

KARYA TULIS ILMIAH

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. Y.N DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANGAN TERATAI RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES 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



**PRIMUS LETUNA
NIM: PO.5303201181227**

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

KARYA TULIS ILMIAH
“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. Y.N DENGAN
DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANGAN TERATAI RSUD.
PROF. DR. W. Z. JOHANNES 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)



PRIMUS LETUNA
NIM: PO.5303201181227

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

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

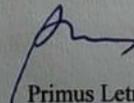
Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Primus Letuna
NIM : PO. 5303201181227
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya 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 dibuktikan karya tulis ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

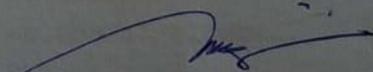
Kupang, 25 Juli 2019

Pembuat Pernyataan



Primus Letnua
PO.5303201181227

Mengetahui
Pembimbing

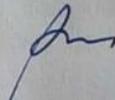


M. Margaretha U.W.S.Kp., MHSc
NIP. 195602171986032001

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Primus Letuna, NIM : PO. 5303201181227
dengan Judul “ Asuhan Keperawatan Pada Ny Y.N Dengan
Diabetes Melitus Tipe II
Di Ruang Teratai
RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang ”
telah disetujui untuk diujikan.

Disusun Oleh :

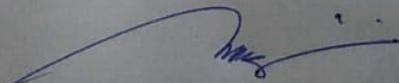


Primus Letuna

PO. 5303201181227

Telah Di Setujui untuk diseminarkan di depan dewan penguji Prodi D-III
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada Tanggal 25 Juli 2019

Pembimbing



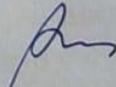
M. Margaretha U.W.S.Kp., MHSc

NIP. 195602171986032001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Primus Letuna dengan Judul
Asuhan Keperawatan Pada Nn. Ny Y.N Dengan Diabetes Melitus Tipe II Di
Ruangan Teratai RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada 25 Juli 2019.

Disusun oleh:

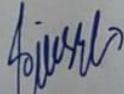


Primus letuna

NIM. PO. 5303201181227

Dewan Penguji

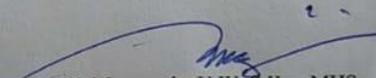
Penguji 1



Pius Selasa S.Kep. Ns., MSc

NIP. 197404301997031001

Penguji II



M. Margaretha U.W. S.Kp., MHSc

NIP. 195602171986032001

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan

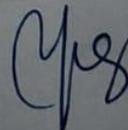


Dr. Florentianus Tat, S. Kp., M. Kes

NIP. 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Program Studi



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

NIP. 197707272000032002

BIODATA PENULIS

Nama Lengkap : Primus Letuna
Tempat tanggal lahir : Oinlasi, 1 Agustus 1977
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat :Desa Oinlasi, Kecamatan Amanatun Selatan,
Riwayat pendidikan :

1. Tamat SD GMIT Oinlasi Tahun 1990.
2. Tamat SMPN Oinlasi Tahun 1993.
3. Tamat SPK Waingapu kelas jauh Waikabubak Tahun 1996.
4. Sejak Tahun 2018 kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

MOTTO:

**" Siapa Mencintai Didikan, Mencintai Pengetahuan, Tetapi Siapa
Membenci Teguran, Adalah Dungu"**

Amsal 12:1

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Nn. Y.N Dengan Diabetes Melitus Tipe II Di Ruang Teratai RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes 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 terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Ibu M. Margaretha U.W, S.Kp., MHSc., selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberi masukan bagi penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini sehingga dapat terselesaikan dengan baik.
2. Bapak Pius Selasa, S.Kep, Ns., MSc yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyempurnaan karya tulis ilmiah ini.
3. Ibu R. H Kristina SKM., M. Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
4. Bapak Dr. Florentianus Tat S. Kp., M. Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Margaretha Teli S. Kep, Ns., Msc-PH selaku Ketua Program Studi Diploma III keperawatan Kupang.
6. Bapak dan ibu dosen Jurusan Keperawatan Kupang yang telah membimbing dan mendidik penulis selama mengikuti perkuliahan.
7. Untuk istri tercinta Tini Natonis dan anak-anak Ralf Letuna dan Rilly Letuna, serta kedua orang tua dan kedua mertua serta saudara-saudara yang telah memberikan dukungan dan nasehat kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

8. Untuk adik Yeyen Joltuwu dan semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
9. Untuk teman-teman RPL angkatan ke-2 yang selama ini selalu berjuang bersama dan sudah banyak membantu penulis selama 1 tahun bersama di Keperawatan Poltekkes Kupang.
10. Untuk teman-teman RPL Kabupaten TTS, Bapak Simon Benmetan, Yes Nenometa, Agape Seo, Yopi Sanam, Yoksan Toh, Theresia Berek, yang membantu memberi masukan kepada penulis dalam membantu pengerjaan tugas-tugas maniri selama mengikuti kuliah.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa laporan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu segala saran dan kritik sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan laporan karya tulis ilmiah ini.

Kupang, 25 Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Hal
Pernyataan Keaslian Tulisan	i
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Biodata	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
BAB 1 Pendahuluan	
1.1. Latar Belakang Masalah	1
1.2. Tujuan Karya Tulis Ilmiah	2
1.3. Manfaat Karya Tulis Ilmiah	4
BAB 2 Tinjauan Pustaka	
2.1 Konsep teori	5
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan	20
BAB 3 Hasil Studi Kasus dan Pembahasan	
3.1 Hasil Studi Kasus	21
3.2 Pembahasan Studi Kasus	30
BAB 4 PENUTUP	
4.1 Kesimpulan	31
4.2 Saran	32
DAFTAR PUSTAKA	33

BAB I

PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Diabetes melitus adalah keadaan hiperglikemia kronik disertai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah disertai lesi pada membrane basalis dalam pemeriksaan dengan mikroskopelektron, (Arif Mansjoer, 2005)

Diabetes melitus adalah gangguan metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia(kenaikan kadar glukosa) akibat kurangnya hormon insulin, menurunnya efek insulin atau keduanya. (kowalak, dkk. 2016).

Diabetes Melitus merupakan salah satu masalah kesehatan yang perlu diwaspadai oleh seluruh dunia . Hal ini dikarenakan adanya peningkatan jumlah penderita diabetes dari tahun ke tahun. Pada tahun 2015 menyebutkan sekitar 415 juta orang dewasa menderita diabetes, kenaikan 4 kali lipat dari 108 juta di tahun 1980an. Diabetes Melitus harus ditangani dengan serius, dengan pemeriksaan gula darah secara teratur karena penyakit ini dapat menimbulkan berbagai komplikasi antara lain gangguan penglihatan mata, katarak, penyakit jantung,sakit ginjal, impotensi seksual, luka sulit sembuh dan membusuk/gangren, infeksi paru-paru,gangguan pembuluh darah, stroke dan sebagainya.

Tingginyan prevalensi diabetes melitus Tipe 2 disebabkan oleh faktor risiko yang tidak dapat berubah misalnya jenis kelamin, umur, dan faktor genetik, selain itu dapat juga disebabkan oleh faktor genetik yang dapat diubah misalnya kebiasaan merokok, tingkat pendidikan, konsumsi alkohol, obesitas. Dampak yang paling serius dari penyakit dibetik ini yaitu komplikasi kaki ulkus diabetik.

Pada tahun 2015 Indonesia menempati peringkat ketujuh prevalensi penderita diabetes tertinggi didunia bersama dengan Negara China, India, Amerika Serikat, Brazil, Rusia dan Mexico, dengan jumlah estimasi orang dengan diabetes sebesar 10 juta jiwa. Di Indonesia, prevalensi DM yang

terdiagnosis dokter atau gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Tengah (3,7%), Sulawesi Utara (3,6%), Sulawesi Selatan (3,4%), dan Nusa Tenggara Timur (3,3 %) (Kemenkes, 2013). Di provinsi NTT Prevelensi penyakit Diabetes Melitus sebanyak 1,2 % yang terdiagnosa oleh dokter dan diperkirakan gejala akan meningkat seiring bertambahnya usia (Riskesdas 2013). Berdasarkan data yang di diperoleh dari buku registrasi diruangan teratai pada tahun 2019 bulan Januari- April sebanyak 9 kasus DM.

Penderita DM penting untuk mematuhi serangkaian pemeriksaan seperti pengontrolan gula darah, serta makanan yang dikonsumsi. Bila kepatuhan dalam pengontrolan gula darah pada penderita DM rendah, maka bisa menyebabkan tidak terkontrolnya kadar gula darah yang akan menyebabkan komplikasi. Mematuhi pengontrolan gula darah pada DM merupakan tantangan yang besar supaya tidak terjadi keluhan subyektif yang mengarah pada kejadian komplikasi. Diabetes melitus apabila tidak tertangani secara benar, maka dapat mengakibatkan berbagai macam komplikasi.

Peran pemerintah dalam mengatasi masalah penyakit diabetes melitus dengan meningkatkan kapasitas sumber daya kesehatan baik untuk pelayanan di Rumah Sakit, Puskesmas maupun untuk kegiatan Pos Pembinaan Terpadu di masyarakat. Data Jaminan Kesehatan (JKN) juga menunjukkan jumlah kasus dan pembiayaan diabetes di Indonesia, dari 135.322 kasus dengan pembiayaan Rp. 700,29 Milyar ditahun 2014 menjadi 322.820 kasus dengan pembiayaan Rp 1,877 Triliun ditahun 2017. Menurut Menteri Kesehatan RI, upaya efektif untuk mencegah dan mengendalikan diabetes harus difokuskan pada faktor-faktor risiko disertai dengan pemantauan yang teratur dan berkelanjutan dari perkembangan karena faktor risiko umum PTM di Indonesia relatif masih tinggi, yaitu 33,5 % tidak melakukan aktivitas fisik, 95% tidak mengonsumsi buah dan sayuran, dan 33,8% populasi usia diatas 15 tahun, merupakan perokok berat. Oleh karena itu, perubahan gaya hidup harus dimasukkan dalam intervensi awal untuk komunitas berisiko.

Peran perawat sebagai edukator sangatlah penting karena DM merupakan sakit kronik yang memerlukan penanganan mandiri. Diet, aktivitas fisik, serta emosional dapat mempengaruhi pengendalian diabetes. Asuhan keperawatan yang professional diberikan melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penetapan diagnosa, pembuatan intervensi, implemmentasi keperawatan, dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan.

1.2. Tujuan Studi Kasus

1.2.1. Tujuan Umum

Setelah melakukan studi kasus tentang Diabetes Melitus pada Ny. Y.N penulis dapat menerapkan asuhan keperawatan secara bertahap di RSUD Prof W.Z. Yohanes Kupang pada tanggal 15-18 juli 2019.

1.2.2. Tujuan Khusus

1. Melakukan Pengkajian secara kompherensif, pemeriksaan fisik pada Ny Y.N
2. Menegakan Diagnosa keperawatan pada pasien Ny. Y.N dengan diabetes melitus tipe II
3. Merumuskan Perencanaan keperawatan pada pasien Ny. Y.N dengan diabetes melitus tipe II
4. Melakukan Implementasi Keperawatan pada pasien Ny. Y.N dengan diabetes melitus tipe II
5. Melakukan Evaluasi keperawatan pada pasien Ny Y.N dengan diabetes melitus tipe II

1.3. Manfaat Penulisan

1. Bagi akademik

Sebagai bahan evaluasi sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Melitus

2. Bagi pembaca

Sebagai salah satu sumber atau literature dalam pengembangan bidang profesi keperawatan khususnya tentang abses pedis

3. Bagi penulis

- a. Untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan pengalaman dalam pemebrian asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus
- b. Menambah ketrampilan atau kemampuan penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kosep Teori Diabetes Melitus Tipe II

2.1.1 Pengertian

Diabetes mellitus adalah merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin dan Diabetes mellitus adalah penyakit yang ditandai oleh tingginya kadar glukosa dalam darah, pada dasarnya hal ini karena tubuh kekurangan hormon insulin yang diproduksi oleh kelenjar pankreas (Sri Hartini, 2009)

Diabetes mellitus adalah keadaan hiperglikemia kronik disertai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah disertai lesi pada membrane basalis dalam pemeriksaan dengan mikroskopelektron, (Arif Mansjoer, 2005)

Diabetes Melitus Tipe II adalah gangguan metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia(kenaikan kadar glukosa) akibat kurangnya hormon insulin, menurunnya efek insulin atau keduanya. (kowalak, dkk. 2016). Diabetes melitus merupakan penyebab hiperglikemi. Hiperglikemi disebabkan oleh berbagaihal, namun hiperglikemi paling sering disebabkanoleh diabetes melitus. Pada diabetes melitus gula menumpuk dalam darah sehingga gagal masuk kedalam sel. Kegagalan tersebut terjadi akibat hormoninsulin jumlahnya kurang atau cacat fungsi. Hormon insulin merupakan hormon yang membantu masuknya gula darah (WHO, 2016).

2.1.2 Etiologi DM Tipe II

Mekanisme yang tepat yang menyebabkan resistensi insuline dan gangguan sekresi insuline pada diabetis tipe II masih belum diketahui. Faktor genetik diperkirakan memegang peran dalam proses terjadinya

resistensi insuline. Selain itu terdapat pula faktor -faktor risiko tertentu yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes tipe II. Faktor-faktor ini adalah

1. Obesitas. Obesitas menurunkan jumlah reseptor insulin dari sel target diseluruh tubuh sehingga insulin yang tersedia menjadi kurang efektif dalam meningkatkan efek metabolik.
2. Usia. Resistensi insulin cenderung meningkat pada usia atas 65 tahun.
3. Gestasional, diabetes melitus dengan kehamilan (diabetes melitus gestasional (DMG) adalah kehamilan normal yang di sertai dengan peningkatan insulin resistensi (ibu hamil gagal mempertahankan euglycemia). Pada golongan ini, kondisi diabetes di alami sementara selama masa kehamilan . Artinya kondisi diabetes atau intoleransi glukosa pertama kali di dapat selama kehamilan , biasanya pada trimester kedua atau ketiga (Brunner & suddarth, 2015).

2.1.3 Klasifikasi Diabetik Melitus menurut American diabetes Asociation adalah sebagai berikut:

1. DM Tipe I Destruksi sel beta, umumnya menjurus ke defisiensi insulin absolute ,Autoimun,Idiopatik.
2. Tipe II Bervariasi mulai dari yang dominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif sampai defek insulin disertai resistensi insulin.
3. Tipe Lain : Defek genetik fungsi sel beta, Defek genetik kerja insulin: resistensi insulin tipe A, leprechaunisme, sindrom rabson Mendenhal, Penyakit eksokrin pancreas: pancreatitis, trauma/pankreatektomi, neoplasma, fibrosis kistik, Endokrinopati: akromegali, sindrom cushing, feokromositoma, Obat atau zat kimia: vacor, pentamidin, asam nikotinat, glukokortikoid, hormone tiroid, diazoxid, tiazyd, Infeksi: rubella congenital , Imunologi (jarang): sindrom stiff-man,

anti bodi anti reseptor insulin, Sindrom genetik lain yang berkaitan dengan DM.

4. Diabetes Melitus Gestasional (Gestational diabetes melitus) GDM. 5%-10% penderita diabetes adalah tipe I Kurang lebih 90% hingga 95% penderita mengalami diabetes tipe I, yaitu diabetes yang tidak tergantung insulin. awetan mendadak biasanya terjadi sebelum usia 30%. Diabetes tipe II terjadi akibat penurunan sensitivitas insulin (yang disebut resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah produksi insulin. Diabetes melitus tipe II umumnya disebabkan oleh obesitas dan kekurangan olahraga. faktor yang mempengaruhi timbulnya diabetes melitus secara umum yaitu usia lebih dari 40 tahun, obesitas dan riwayat keluarga. (Brunner dan Suddarth's)

2.1.4 PatofisiologiDM Tipe II

Terdapat dua masalah utama pada DM Tipe II yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan berkaitan pada reseptor khusus dan meskipun kadar insulin tinggi dalam darah tetap saja glukosa tidak dapat masuk kedalam sel sehingga sel akan kekurangan glukosa. Mekanisme inilah yang dikatakan sebagai resistensi insulin. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah yang berlebihan maka harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan. Namun demikian jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangnya, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadilah DM tipe II. Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas diabetes tipe II, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya . karena itu, ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada diabetis tipe II. (Brunner & suddarth 2015)

2.1.5 Manifestasi klinis

1. Poliuri

Kekurangan insulin untuk mengangkut glukosa melalui membrane dalam sel menyebabkan hiperglikemia sehingga serum plasma meningkat atau hiperosmolariti menyebabkan cairan intrasel berdifusi kedalam sirkulasi atau cairan intravaskuler, aliran darah ke ginjal meningkat sebagai akibat dari hiperosmolaritas dan akibatnya akan terjadi diuresis osmotik (poliuria)

2. Polidipsia

Akibat meningkatnya difusi cairan dari intrasel kedalam vaskuler menyebabkan penurunan volume intrasel sehingga efeknya adalah dehidrasi sel. Akibat dari dehidrasi sel mulut menjadi kering dan sensor haus teraktivasi menyebabkan seseorang haus terus dan ingin selalu minum (polidipsia)

3. Poliphagia

Karena glukosa tidak dapat masuk ke sel akibat dari menurunnya kadar insulin maka produksi energi menurun, penurunan energi akan menstimulasi rasa lapar. Maka reaksi yang terjadi adalah seseorang akan lebih banyak makan (poliphagia).

4. Penurunan berat badan

Karena glukosa tidak dapat di transport kedalam sel maka sel kekurangan cairan dan tidak mampu mengadakan metabolisme, akibat dari itu maka sel akan menciut, sehingga seluruh jaringan terutama otot mengalami atrofi dan penurunan secara otomatis.

5. Malaise atau kelemahan

6. Kesemutan, Lemas dan Mata kabur. (Brunner & Suddart, 2015)

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan yang dapat dilakukan meliputi 4 hal yaitu:

1. Postprandial : Dilakukan 2 jam setelah makan atau setelah minum. Angka diatas 130mg/dl mengindikasikan diabetes.

2. Hemoglobin glikosilat: Hb1C adalah sebuah pengukuran untuk menilai kadar gula darah selama 140 hari terakhir. Angka Hb1C yang melebihi 6,1% menunjukkan diabetes.
3. Tes toleransi glukosa oral : Setelah berpuasa semalaman kemudian pasien diberi air dengan 75 grgula, dan akan diuji selama periode 24 jam. Angka gula darah yang normaldua jam setelah meminum cairan tersebut harus < dari 140 mg/dl.
4. Tes glukosa darah dengan finger stick, yaitu jari ditusuk dengan sebuah jarum, sample darah diletakkan pada sebuah strip yang dimasukkan kedalam celah pada mesin glukometer, pemeriksaan ini digunakan hanyauntuk memantau kadar glukosa yang dapat dilakukan dirumah.

2.1.7 Penatalaksanaan

Diabetes Mellitus jika tidak dikelola dengan baik akan menimbulkan berbagai penyakit dan diperlukan kerjasama semua pihak ditingkat pelayanan kesehatan. Untuk mencapai tujuan tersebut dilakukan berbagai usaha dan akan diuraikan sebagaiberikut : Tujuan utama terapi diabetes adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya untuk mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik. Ada lima komponen dalam penatalaksanaan diabetes : Diet, Latihan, Pemantauan, Terapi (jika diperlukan) dan Pendidikan.

1. Diet untuk pasien Diabetes Melitus meliputi:

Tujuan Diet Penyakit Diabetes melitus adalah membantu pasien memperbaiki kebiasaan makan dan olahraga untuk mendapatkan kontrol metabolik yang lebih baik, dengan cara:

- a. Mempertahankan kadar glukosa darah supaya mendekati normal dengan menyeimbangkan asuhan makanan dengan insulin
- b. Mencapai dan mempertahankan kadar lipida serum normal

- c. Memberi cukup energi untuk mempertahankan atau mencapai berat badan normal
- d. Menghindari atau menangani komplikasi akut pasien yang menggunakan insulin seperti hipoglikemia.
- e. meningkatkan derajat kesehatan secara keseluruhan melalui gizi yang optimal.

2. Syarat diet :

- a. Energi cukup untuk mencapai dan mempertahankan berat badan normal
- b. Kebutuhan protein normal, yaitu 10-15% dari kebutuhan energi total
- c. Kebutuhan lemak sedang, yaitu 10-15% dari kebutuhan energi total
- d. Kebutuhan karbohidrat adalah sisa dari kebutuhan energi total, yaitu 60-70%
- e. Penggunaan gula alternatif dalam jumlah terbatas
- f. Asupan serat dianjurkan 25g/hari dengan mengutamakan serat larut air yang terdapat dalam sayur dan buah
- g. Pasien DM dengan tekanan darah normal diperbolehkan mengonsumsi natrium dalam bentuk garam dapur seperti orang sehat yaitu 3000mg/hari. Cukup vitamin dan mineral.

3. Bahan makanan yang boleh dianjurkan untuk diet DM :

- 1. Sumber karbohidrat kompleks : Seperti nasi, Roti, Kentang, Ubi, Singkong dan sagu
- 2. Sumber Protein Redah Lemak : seperti ikan, ayam tanpa kulit, susu skim, tempe dan kacang-kacangan.
- 3. Sumber lemak dalam jumlah terbatas. Makanan terutama dengan cara dipanggang, dikukus, disetup, direbus dan dibakar.

4. Bahan-bahan makanan yang tidak dianjurkan
(Dibatasi/dihindari)

- a. Mengandung banyak gula sederhana seperti : Gula pasir, Gula Jawa, sirup, jeli, buah-buahan yang diawetkan dengan gula, susu kental manis, minuman botol ringan dan es krim
- b. Mengandung banyak lemak seperti cake, makanan siap saji, gorengan-gorengan.
- c. Mengandung banyak natrium : seperti ikan asin, makanan yang diawetkan.

5. Latihan Jasmani

Pada penyandang diabetes tipe II yang obesitas, latihan dan penatalaksanaan diet akan memperbaiki metabolisme glukosa serta meningkatkan penghilang lemak tubuh. Latihan yang digabung dengan penurunan BB akan memperbaiki sensitivitas insulin dan menurunkan kebutuhan pasien terhadap insuline atau obat hipoglikemia oral. Pada akhirnya, toleransi glukosa dapat kembali normal. Penderita diabetes tipe II yang tidak menggunakan insuline mungkin tidak memerlukan makanan ekstra sebelum melakukan latihan.

6. Obat Hipoglikemik

- a. Sulfonilurea. Obat golongan sulfonilurea bekerja dengan cara: menstimulasi pelepasan insulin yang tersimpan, menurunkan ambang sekresi insulin. meningkatkan sekresi insulin sebagai akibat rangsangan glukosa. Obat golongan ini biasanya diberikan pada pasien dengan BB normal dan masih bisa dipakai pada pasien yang beratnya sedikit lebih.
- b. Insulin.

Indikasi pengobatan dengan insulin adalah :

- 1) Semua penderita DM dari setiap umur (baik IDDM maupun NIDDM) dalam keadaan ketoasidosis atau pernah masuk kedalam ketoasidosis.
- 2) DM dengan kehamilan/ DM gestasional yang tidak terkontrol dengan diet (perencanaan makanan).
- 3) DM yang tidak berhasil dikelola dengan obat hipoglikemik oral dosis maksimal. Dosis insulin oral atau suntikan dimulai dengan dosis rendah dan dinaikkan perlahan – lahan sesuai dengan hasil glukosa darah pasien. Bila sulfonilurea atau metformin telah diterima sampai dosis maksimal tetapi tidak tercapai sasaran glukosa darah maka dianjurkan penggunaan kombinasi sulfonilurea dan insulin. Dosis pemberian insulin pada pasien dengan DM:

7. Jenis obat :

- a. Kerja cepat (rapid acting) retensi insulin 5-15 menit puncak efek 1-2 jam, lama kerja 4-6 jam. Contoh obat: insuli lispro(humalo), insulin aspart
- b. Kerja pendek (sort acting) awitan 30-60 menit, puncak efek 2-4 jam, lama kerja 6-8 jam.
- c. Kerja menengah(intermediate acting) awitan 1,5-4 jam , puncak efek 4-10 jam, lama kerja 8-12 jam),awitan 1-3 jam, efek puncak hampir tanpa efek, lama kerja 11-24 jam. Contoh obat: lantus dan levemir. Hitung dosis insulin. Rumus insulin: insulin harian total = 0,5 unit insulin x BB pasien ,Insulin prandial total(IPT) = 60% ,

Sarapan pagi 1/3 dari IPT, Makan siang 1/3 dari IPT,
Makan mala 1/3 dari IPT d.

8. Penyuluhan

Edukator bagi pasien diabetes yaitu pendidikan dan pelatihan mengenai pengetahuan dan keterampilan yang bertujuan menunjang perubahan perilaku untuk meningkatkan pemahaman pasien akan penyakitnya, yang diperlukan untuk mencapai keadaan sehat yang optimal. Penyesuaian keadaan psikologik kualifas hidup yang lebih baik. (Bare & Suzanne, 2002)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pasien Tipe II

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas klien
2. Riwayat kesehatan sekarang
adanya gatal pada kulit disertai luka yang tidak sembuh, kesemutan, menurunnya berat badan, meningkatnya napsu makan, sering haus, banyak kencing, menurunnya ketajaman penglihatan
3. Riwayat kesehatan dahulu: Riwayat penyakit pancreas, hipertensi, ISK berulang
4. Riwayat kesehatan keluarga :Riwayat penyakit pancreas,hipertensi,ISK berulang
5. Pemeriksaan Penunjang
 - a. kadar glukosa darah
 - 1) gula darah sewaktu/random >200 mg/dl
 - 2) gula darah puasa > 140 mg
 - 3) gula darah 2 jam PP > 200 mg/dl
 - b. Aseton plasma – hasil (+) mencolok
 - c. Aseton lemak bebas – peningkatan lipid dan kolestrol

- d. osmolaritas serum (>330 osm/l)
- e. urinalisis – proteinuria, ketonuria, glukosuria

6. Pemeriksaan fisik

Pengkajian (Doengoes, 2001)

- a. Aktivitas atau istirahat. Tanda : Lemah, letih, susah, bergerak/susah berjalan, kram otot, tonus otot menurun. Tachicardi, tachipnea pada keadaan istirahat/daya aktivitas, Letargi / disorientasi, koma.
- b. Sirkulasi : Tanda : Adanya riwayat hipertensi : infark miokard akut, kesemutan pada ekstremitas dan tachicardia. Perubahan tekanan darah postural : hipertensi, nadi yang menurun / tidak ada. Disritmia, krekel DVJ
- c. Neurosensori : Gejala : Pusing / pening, gangguan penglihatan, disorientasi : mengantuk, lifargi, stuport / koma (tahap lanjut). Sakit kepala, kesemutan, kelemahan pada otot, parestesia, gangguan penglihatan, gangguan memori (baru, masa lalu): Kacau mental, refleks tendo dalam (RTD) menurun (koma), aktifitas kejang.
- d. Nyeri / Kenyamanan: Gejala : Abdomen yang tegang / nyeri (sedang berat), wajah meringis dengan palpitasi : tampak sangat berhati – hati.
- e. Keamanan : Gejala : Kulit kering, gatal : ulkus kulit, demam diaphoresis, menurunnya kekuatan immune / rentang gerak, parastesia paralysis otot termasuk otot – otot pernapasan (jika kadar kalium menurun dengan cukup tajam). Urine encer, pucat, kuning, poliuria (dapat berkembang menjadi oliguria / anuria jika terjadi hipololemia berat). Abdomen keras, bising usus lemah dan menurun : hiperaktif (diare).
- f. Pemeriksaan diagnostik: Gejala : - Glukosa darah : meningkat $100 - 200$ mg/dl atau lebih. - Aseton plasma : positif secara menyolok. - Asam lemak bebas : kadar lipid dan kolesterol meningkat Osmolaritas serum: meningkat tetapi biasanya kurang dari osm/l.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Kekurangan volume cairan b.d. diuresis osmotik, kehilangan gastrik berlebihan masukan yang terbatas
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan defisiensi insulin/penurunan intake oral :anoreksia, abdominal pain, gangguan kesadaran/hipermetabolik akibat pelepasan hormone stress, epinefrin, cortisol, GH atau karena proses luka.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan fungsi leukosit/gangguan sirkulasi.
4. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka.
5. Resiko gangguan persepsi sensoris :penglihatan berhubungan dengan perubahan fungsi fisiologis akibat ketidakseimbangan glukosa atau insulin atau karena ketidakseimbangan elektrolit.
6. Nyeri berhubungan dengan adanya ulcus (luka diabetes mellitus).
7. Kurang pengetahuan mengenai penyakitnya, prognosis penyakit dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kesalahan interpretasi

2.2.3 Intervensi Keperawatan

1. Diagnosa Kekurangan volume cairan b.d. diuresis osmotik,kehilangan gastrik berlebihan masukan yang terbatas (Saferi, 2013)

Tujuan : Pasien akan menunjukkan cairan dalam batas normal selama dalam perawatan.

Kriteria hasil :

- a. Turgor kulit baik
- b. Tanda vital stabil,
- c. Nadi perifer dapat teraba
- d. cairan dan elektrolit dalam batas normal.

Intervensi:

- a. kaji riwayat pasien berhubungan dengan lamanya/intensitas dari gejala seperti muntah,pengeluaran berlebihan

Rasional: membantu dalam memperkirakan kekurangan volume tubuh total

b. Pantau Tanda Vital

Rasional: hipovolemi dapat ditandai dengan hipotensi dan takikardi

c. pantau masukan dan haluaran, catatat BJ urine

Rasional: memberikan perkiraan akan pergantian cairan dan fungsi ginjal dan keefektifan terapi.

d. Ukur BB setiap hari

Rasional: memberikan hasil pengkajian terbaik dan status cairan yang sedang berlangsung

Kalaborasi: Berikan terapi cairan sesuai indikasi

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

2. Diagnosa Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak cukupan insuline, penurunan masukan oral, hipermetabolisme (Clevo 2012)

Tujuan: Pasien akan meningkatkan nutrisi nutrisi dalam batas normal selama dalam perawatan

Kriteria hasil: Berat badabn normal , Menghabiskan porsi makan sesuai diit, Keluhan mual/ muntah berkurang atau tidak ada.

Intervensi mandiri:

a. Timbang BB setiap hari

Rasional: mengkaji pemasukan makanan yang adekuat

b. Tentukan program diet dan pola makanan pasien dan bandingkan dengan makana yang dihabiskan pasien

Rasional: mengidentifikasi kekurangan dan penyimpangan dari kebutuhan

c. Auskultasi bising usus ,catat adanya nyeri ,abdomen, mual, muntah

Rasional: hiperglikemi dapat menurunkan motilitas atau fungsi lambung(distensi atau ileus paralitik)

d. Libatkan keluarga pada perencanaan makanan sesuai indikasi

Rasional: memberiksn informasi kepada keluarga untuk memahami nutrisi klien.

e. Kalaborasi dengan ahli nutrisi

Rasional: sangat bermanfaat dalam perhituingan dan penyusasian diet untuk memenuhi kebutuhan pasien.

3. Diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan fungsi leucosit/gangguan sirkulasi(Saferi 2013).

Tujuan : Klien terbebas dari resiko infeksi selama dalam perawatan

Kriteria hasil: infeksi tidak terjadi, luka tampak bersih tidak bernanah dan tidak berbau.

Intervensi:

a. Obserrvasi tanda-tanda infeksi dan peradangan

Rasional: pasien mungkin masuk dengan infeksi yang mencentus keadaan infeksi nosokimial

b. Tingkatkan upaya pencegahan mencuci tangan bagi semua orang yang berhubungan dengan pasien ,meskipun pasien itu sendiri.

Rasional: mencegah timbulnya infeksi nosokimial

c. Pertahankan teknik aseptik prosedur invasive

Rasional: kadar glukosa tinggi akan menjadi media terbaik bagi pertumbuhan kuman

d. Anjurkan pasien untuk makan dan minum adekuat

Rasional: menurunkan kemungkin terjadinya infeksi

e. Kalaborasi tentang pemberian antibiotik yang sesuai

Rasional: penanganan awal dapat membantu mencegah timbulnya sepsis.

4. Kerusakan integritas kulit b.d. perubahan status metabolik (neuropati perifer). (Padila 2012).

Tujuan: gangguan integritas kulit akan berkurang atau menunjukkan penyembuhan.

Kriteria hasil : Kondisi luka menunjukkan adanya perbaikan jaringan dan tidak terinfeksi.

Intervensi:

- a. Kaji luka, adanya epitaksis, perubahan warna, adanya push, edema
 - b. Kaji adanya nyeri dan infeksi
 - c. Lakukan perawatan luka dengan teknik steril
 - d. Kalaborasi pemberian insuline dan medikasi
 - e. Kalaborasi pemeberian antibiotik sesuai indikasi.
5. Diagnosa Nyeri berhubungan dengan adanya ulcus (luka diabetes mellitus). (Clevo, 2012)

Tujuan : pasien dapat mengontrol dan mengidentifikasi Nyeri

Kriteria Hasil: Penampilan rileks, Klien menyatakan nyeri berkurang, Skal nyeri 0-2.

Intervensi

- a. Kaji tingkat nyeri,kualitas, frekuensi,presipitasi, durasi dan lokasi

Rasional: mengetahui subjectivitas klien terhadap nyeri untuk menentukan tindakan selanjutnya

- b. Monitor vital sign

Rasional: nyeri mempengaruhi TTV c. Lakukan teknik distraksi dan relaksasi

Rasional: mengalihkan perhatian untuk mengurangi nyeri

c. Lakukan teknik distraksi dan relaksasi

Rasional : mengalihkan perhatian untuk mengurangi nyeri

6. Diagnosa : Kurang pengetahuan mengenai penyakitnya, prognosis penyakit dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kesalahan interpretasi

Tujuan : Pasien akan meningkatkan pengetahuan selama dalam perawatan

Kriteria hasil : Pasien dapat mengungkapkan masalah, meminta informasi dan selalu bertanya, mengungkapkan pemahaman terhadap penyakit

Intervensi:

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

Rasioanal: menanggapi perlu diciptakan sebelum pasien bersedia mengambil bagian dalam proses belajar

b. Diskusikan tentang rencana diet dan penggunaan makanan tinggi serat

Rasional: kesadaran pentingnya kontrol diet akan membantu pasien dalam merencanakan makan dan mentaati program diet.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah dicapai.

BAB 3

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Hasil Studi Kasus

3.1.1. Gambaran Lokasi.

Penelitian dilaksanakan di rsud Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang yang berlokasi di Jl. Moch Hatta Kuanino, Kecamatan Kota Raja – Kota Kupang. Rumah sakit ini memiliki 13 fasilitas unggul yakni fasilitas pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, IGD, kamar operasi, ruang endoskopi, klinik VCT, klinik edukasi DM, pelayanan pemeriksaan kesehatan, Pelayanan PKT, pelayanan kemothorapi, dan apelayanan echokardiografi.

Pelayanan rawat inap RSUD Johannes memiliki fasilitas kelas utama/paviliun, kelas I, II dan III, kelas perawatan bedah, kamar bersalin dan kamar perawatan intensif (ICU, ICCU, HCU DAN nicu). Ruangan teratai yang diambil sebagai tempat penelitian merupakan ruang rawat inap (ruang interna kelas 3) bagi laki-laki dan perempuan yang dirawat terpisah, untuk ruangan pasien laki-laki terdiri 6 tempat tidur dan perempuan 10 tempat tidur.

3.1.2. Pengkajian

3.1.2.1. Pengumpulan data

a. Data pasien

Dalam pengkajian ini pasien yang dirawat atas nama Ny Y.N. jenis kelamin perempuan, umur 51 tahun, suku timor, pekerjaan IRT, pendidikan SD, alamat TDM II RT/RW:10/13. Ny Y.N masuk rumah sakit pada tanggal 09 Juli 2019 dengan diagnosa medis diabetes melitus tipe II, merupakan hari ke enam rawat diruangan Teratai.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Pasien mengatakan kesemutan pada tungkai bawah, sering haus dan sering kencing, mulai timbulnya keluhan 4 hari yang lalu,

sifat keluhan, menetap, lokasi ekstremitas bawah, upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan adalah berobat ke rumah sakit.

- 2) Riwayat penyakit sebelumnya: pasien mengatakan pernah menderita penyakit hipertensi dan batuk pilek, cara mengatasi dengan berobat ke puskesmas terdekat, tidak ada riwayat alergi, tidak pernah melakukan operasi, tidak merokok dan minum alkohol, pasien suka minum kopi dan dalam 1 hari 2 gelas pada waktu pagi dan sore hari. Pasien tidak minum obat-obatan.
- 3) Riwayat penyakit keluarga: pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menebrita diabetes seperti dirinya.
- 4) Pemeriksaan fisik:

Saat dilakukan pemerksaan didapatkan TD: 100/60, N:104x/m, RR:20x/m, S: 36⁰c, kepala dan leher: pasien mengeluh kepala pusing, bentuk ukuran dan posisi normal, tidak ada lesi dan masa, wajah simetris, tidak ada gangguan penglihatan, konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak menggunakan kacamata, penglihatan tidak kabur, tidak ada nyeri pada mata, tidak ada peradangan, tidak pernah melakukan operasi, tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada nyeri pada telinga, pasien tidak pernah mengalami alergi rinitus, tidak mempunyai riwayat polip, sinusitis dan epitaksis. Tenggorakan dan mulut: Keadaan gigi bersih, mukosa bibir kering, tidak ada karies gigi, tidak memakai gigi palsu, tidak ada gagguan bicara dan menelan, tidak ada pembesaran kelenjar leher. Kardiovaskuler: tidak ada keluhan nyeri dada, kesadaran komposmentis, GCS:E4V5M6, bentuk dada normal, bibir normal, kuku normal, CRT 3detik tidak ada edema pada ekstrenitas atas dan bawah. Vena jugularis teraba, tidak ada pembesaran jantung, bunyi jantung 1 dan 2 normal, tidak ada mur-

mur. Respirasi: tidak ada keluhan pada sistem respirasi, tidak ada jjas pada dada, bentuk dada normal, irama nafas teratur, tidak ada retraksi pernafasan, tidak menggunakan alat bantu nafas, tidak ada runchi dan weezing. Pencernaan: tidak ada keluhan pada sistem pencernaan, turgor kulit normal, bising usus 18x/m, tidak ada nyeri tekan abdomen. Persyarafan: tidak ada keluhan dalam sistem persyarafan. Muskuloskeletal tidak ada keluhan, tidak ada kelainan ekstremitas, kekuatan otot masing-masing 5. Perkemihan: intake cairan per hari 1000/cc, pasien mengatakan sering buang air kencing, tidak menggunakan alat bantu kateter, tidak ada pembesaran kandung kemih, tidak ada keluhan pada sistem endokrin, tidak ada pembesaran kelenjar prostat, pola nutrisi: pola makan baik, frekuensi 3x sehari, nafsu makan baik, tidak ada makanan pantangan, banyak minum dalam sehari 8 gelas, BB: 41kg, TB: 156cm, ada kenaikan berat badan 44 kg. Eliminasi: BAK sehari 5-6x dalam sehari, bau khas urin, warna kuning jernih, perubahan selama sakit 10-11x dalam sehari, BAB: 1x dalam sehari, warna kuning kecoklatan, bau khas feses, konsistensi lunak. Tidak ada olahraga yang disukai, aktivitas pasien setiap hari membersihkan rumah dan memasak. Istirahat dan tidur tidak ada gangguan tidur, pada siang maupun malam.

Peran interaksi sosial: pasien mengatak orang yang terdekat adalah suami, tidak mengikuti organisasi, keadaan rumah baik, pasien mengatakan jika mempunyai masalah biasanya menceritakan kepada suami untuk mencari solusi dan interaksi dengan anak-anak baik, pasien mengatakan dalam sebulan 2 kali kegeraja, pasien mengatakan penyakit yang diderita adalah bukan kutukan, dan pasien menerima penyakit yang diderita, pasien mengatakan semua

aktivitas terhambat karena penyakit yang dialami sekarang, pasien kooperatif dengan tenaga kesehatan dan lingkungan

Pemeriksaan laboratorium: GDS: hasil: 36,4 (4,0-10,0), GDP: 464(74-109). Gula darah 2 jam: 530 (75-140). Terapi yang didapatkan: infus naCl 0,9% 20tpm, ceftriaxon 2x1gr/iv, piracetam 3x1 tab/oral, ranitidin 2x1gram/iv, nompid 1x40 mg, intravena fluid 500cc/24 jam/iv, antasida 3x1 tablet.

3.1.3. Diagnosa keperawatan

3.1.3.1. Analisa data

1. Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan gangguan sensasi yang ditandai dengan DS: pasien mengatakan merasa kesemutan pada ekstremitas bawah, DO: kulit tampak kering, ada bekas luka di ujung ibu jari kaki, pasien memiliki riwayat penyakit DM.
2. Risiko kekurangan cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif yang ditandai dengan DS: pasien mengatak sering haus dan sering kencing, frekuensi kencing dalam sehari 6-7 kali, DO: kulit pasien terlihat kering, mukosa bibir kering.

3.1.3.2. Diagnosa keperawatan

1. Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan gangguan sensasi yang ditandai dengan kaki terasa kesemutan
2. Risiko kekurangan cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif yang ditandai dengan sering kencing, dan mukosa bibir kering.

3.1.4. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang direncanakan pada tanggal 15 juli sampai 17 juli 2019.

1. Diagnosa risiko kerusakan integritas kulit gangguan sensasi

Goal: pasien akan mempertahankan integritas kulit yang normal selama dalam perawatan

Objektif: Dalam jangka waktu 3x24 jam, tidak ada tanda kerusakan integritas kulit. Intervensi: Diagnosa risiko kerusakan integritas kulit: 1). Menjaga linen agar tetap bersih, kering, dan tidak mengkerut, 2). Jaga kulit tetap kering dan bersih, 3). Hindari pengelupasan epidermis, 4). Kalaborasi pemberian terapi sesuai indikasi.

2. Risiko kekurangan cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif.

Goal: pasien akan mempertahankan volume cairan yang normal selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 3x24 jam, pasien akan meningkatkan volume cairan yang adekuat dengan kriteria hasil: membran mukosa lembab, turgor kulit baik, haluaran urin normal. Intervensi diagnosa risiko kekurangan volume cairan: 1). Pantau TTV pasien, 2). Pantau masukan dan haluaran pasien, 3). Kaji nadi perifer, 4). Catat hal yang dilaporkan seperti: mual, nyeri abdomen, muntah, distensi lambung.

3.1.5. Implementasi keperawatan

Implementasi pada 16 Juli 2019

Diagnosa risiko kerusakan integritas kulit. Tindakan yang dilakukan adalah: 1). Membantu keluarga memandikan pasien, 2). Memberi lotion pada ekstremitas, 3). Mengajarkan pasien senam kaki diabetes 4). memberi injeksi levemir 1x1/iv.

Diagnosa resiko kekurangan volume cairan, tindakan yang dilakukan adalah: 1). Pantau TTV pasien, 2). Pantau masukan dan haluaran pasien

(masukan:parenteral 500cc, cairan peroral 2200cc, pengeluaran urin 1500cc), 3). Kaji nadi perifer, 4). Catat hal yang dilaporkan seperti: mual, nyeri abdomen, muntah, distensi lambung (tidak ada mual, nyeri abdomen, dan distensi lambung).

Implementasi pada (17 Juli 2019)

Tindakan yang dilakukan pada diagnosa risiko kerusakan integritas kulit adalah: 1). Jaga kulit tetap kering dan bersih, 2). Hindari pengelupasan epidermis, 3). Mengajarkan pasien senam kaki diabetes 4). memberi injeksi lavemir 1x1/iv, pada diagnosa risiko kekurangan volume cairan, tindakan adalah: 1). Pantau TTV pasien, 2). Pantau masukan dan haluaran pasien (masukan: parenteral 500cc, cairan peroral 2000cc, pengeluaran: urin 1400 cc),3). Kaji nadi perifer 78x/m, 4). Catat hal yang dilaporkan seperti: mual, nyeri abdomen, muntah, distensi lambung (tidak ada nyeri abdomen, distensi lambung) , 5). Timbang berat badan pasien 45kg.

3.1.6. Evaluasi keperawatan

Evaluasi tanggal 17 juli 2019

untuk diagnosa 1 adalah: S: pasien mengatakan masih merasa kesemutan pada ekstremitas bawah, O: kulit pasien tampak kering, bersih dan tidak ada luka, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi.

Diagnosa kedua: Evaluasi yang didapatkan S: pasien mengatakan masih kencing terus menerus dengan frekuensi5-6 kali dalam sehari, sering haus sehingga banyak minum, A: mukosa bibir pasien tampak kering, TTV: 100/60, RR:20x/m, S:36⁰c, N: 104x/m, pasien minum air 1000cc/hari, pasien sering minum air dan sering BAK, A: masalah belum teratasi, P: Lanjutkan intervensi

Evaluasi tanggal 18 juli 2019

Evaluasi pada diagnosa risiko kerusakan integritas kulit: S: pasien mengatakan sudah tidak merasakan kesemutan, O: kulit tampak kering

dan bersih, A: masalah teratasi, P: intervensi dihentikan karena pasien pulang.

Diagnosa kedua, evaluasi adalah: pasien mengatakan masih sering kencing dan haus, O: pasien minum 1000cc/hari, membran mukosa masih terlihat kering, A: masalah belum teratasi, P: intervensi dihentikan karena pasien pulang.

3.2. Pembahasan

Berdasarkan asuhan keperawatan pada Ny Y. N dengan Diabetes Melitus Tipe II, yang dilaksanakan diruangan Teratai, RSUD. Prof. Dr. W.Z johanes kupang selama 2 hari dari tanggal 15 sampai 17 Juli 2019, pada bab ini penulis membahas seluruh tahapan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

3.2.1. Pengkajian

Menurut (Brunner & Suddart, 2015) tanda dan gejala pada pasien dengan diabetes melitus adalah kesemutan, lemas, sering haus, dan sering kencing, berdasarkan kasus nyata pada Ny Y. N ditemukan tanda dan gejala seperti disebutkan pada teori diatas, maka menurut penulis ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

3.2.2. Diagnosa keperawatan

Menurut teori Doengoes 2001, diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan diabetes melitus adalah: 1) Kekurangan volume cairan b.d diuresis osmotik, kehilangan gastrik berlebihan masukan yang terbatas: untuk diagnosa ini tidak diangkat karena pada pasien Ny Y. N baru menunjukkan resiko kekurangan volume cairan, belum masuk pada tahap kekurangan volume cairan. 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan defisiensi insulin/penurunan intake oral: anoreksia, abnominal pain, gangguankesadaran/ hipermetabolik akibat pelepasan

hormone stress, epinefrin, cortisol, GH atau karena proses luka, pada diagnosa ini tidak diangkat karena pasien Ny Y. N tidak mengalami tanda dan gejala ketidakseimbangan nutrisi diantaranya penurunan berat badan, mual muntah, penurunan nafsu makan, dan saat pasien keluar dari rumah sakit, berat badan bertambah dari 41 kg menjadi 43 kg. 3) Risiko infeksi berhubungan dengan penurunan fungsi leukosit/ gangguan sirkulasi, tidak diambil karena pada pasien Ny Y. N, tidak terdapat luka yang menyebabkan infeksi sehingga diagnosa resiko infeksi tidak diangkat. 4) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka, pada pasien ini, baru menunjukkan resiko kerusakan integritas kulit yang ditandai dengan tidak ada luka dan hanya menunjukkan gejala seperti kulit kering. 5) Risiko gangguan persepsi sensoris :penglihatan berhubungan dengan perubahan fungsi fisiologis akibat ketidakseimbangan glukosa atau insulin atau karena ketidakseimbangan elektrolit, 6) Nyeri berhubungan dengan adanya ulcus (luka diabetes mellitus), tidak diangkat karena pada pasien ini tidak terdapat luka yang menimbulkan adanya keluhan nyeri. 7) Kurang pengetahuan mengenai penyakitnya, prognosis penyakit dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kesalahan interpretasi, diagnosa ini tidak diangkat karena pasien mengetahui penyakit yang di derita dan juga mengatakan bahwa dapat menjaga pola makan . sehingga menurut penulis, terjadi kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

3.2.3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan pada diagnosa Risiko kerusakan integritas ulit berhubungan dengna neuropati perifer, 1). Anjurkan mobilitas pada tingkat yang paling tinggi untuk menghindai periode tekanan yang lama, 2). Jaga kulit tetap kering dan bersih, 3). Hindari pengelupasan epidermis, 4).Ajarkan untuk mengenali tanda-tanda awal kerusakan jaringan, 5). Ajarkan pasien atau orang terdekat tindakan yang tepat untuk mencegah tekanan, robekan, gesekan, laserasi. 6). Kalaborasi pemeberian antibiotik sesuai indikasi. Pada diagnosa kedua, rencana keperawatan yang ditetapkan adalah: 1). Pantau TTV

pasien, 2). Pantau masukan dan haluaran pasien, 3). Kaji nadi perifer, 4). Catat hal yang dilaporkan seperti: mual, nyeri abdomen, muntah, distensi lambung.

3.2.4. Implementasi keperawatan

Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek, karena semua implementasi yang diberikan disesuaikan dengan intervensi yang telah ditetapkan untuk kedua diagnosa.

Implementasi yang dilakukan yang dilakukan adalah: pada diagnosa risiko kerusakan integritas kulit: 1). Anjurkan mobilitas pada tingkat yang paling tinggi untuk menghindari periode tekanan yang lama, 2). Jaga kulit tetap kering dan bersih, 3). Hindari pengelupasan epidermis, 4). Mengajarkan pasien senam kaki diabetikum, 5). melayani injeksi lavemir 1x1/iv. Diagnosa risiko kekurangan volume cairan, tindakan yang dilakukan adalah: 1). Pantau TTV pasien, 2). Pantau masukan dan haluaran pasien, 3). Kaji nadi perifer, 4). Diagnosa kedua resiko kekurangan volume cairan, tindakan yang dilakukan adalah: 1). Pantau TTV pasien, 2). Pantau masukan dan haluaran pasien, 3). Kaji nadi perifer.

3.2.5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan: Sebagai tahap akhir dari proses keperawatan adalah setelah melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa, menetapkan tindakan keperawatan, dan implementasi. Pada tahap evaluasi kegiatan yang dilakukan adalah mengevaluasi selama proses berlangsung dengan menggunakan metode SOAP. Evaluasi yang dilakukan pada Ny Y. N. sesuai dengan hasil implementasi yang telah dibuat pada kriteria objektif yang ditetapkan. Evaluasi yang didapatkan pada diagnosa risiko kerusakan integritas kulit yaitu, pasien mengatakan tidak merasa kesemutan pada tungkai bawah, evaluasi pada diagnosa risiko kekurangan cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif, evaluasi yang didapatkan, pasien

mengatakan masih sering kencing dan haus. Hasil TTV didapatkan TD: 100/70 mmHg, N: 102x/menit, S: 36,4⁰c, RR: 18x/menit.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dapat diberikan secara sistematis dan terorganisir dengan menggunakan pengkajian yang baku serta hasil yang diharapkan sesuai dengan harapan pasien, sehingga dapat disimpulkan bahwa:

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019, keluhan utama yaitu pasien mengatakan merasa kesemutan pada tungkai bawah sejak 4 hari yang lalu, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 09 Juli 2019, pemeriksaan fisik yang ditemukan pada Ny Y.N. ditemukan turgor kulit kering, membran mukosa kering, hasil TTV didapatkan TD: 100/60 mmHg, N: 104x/m, S:36⁰c, RR: 20x/m, GCS: E4V5M6, jumlah 15.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan adalah 1) risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer, 2) risiko kekurangan cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif.

Intervensi keperawatan yang dibuat untuk mengatasi kedua diagnosa keperawatan pada Ny Y. N diantaranya untuk diagnosa risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer 1). Anjurkan mobilitas pada tingkat yang paling tinggi untuk menghindari periode tekanan yang lama, 2). Jaga kulit tetap kering dan bersih, 3). Hindari pengelupasan epidermis, 4). Ajarkan untuk mengenali tanda-tanda awal kerusakan jaringan, 5). Ajarkan pasien atau orang terdekat tindakan yang tepat untuk mencegah tekanan, robekan, gesekan, laserasi. 6). Kalaborasi pemberian antibiotik sesuai indikasi, sedangkan intervensi pada diagnosa risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif adalah 1). Pantau TTV pasien, 2). Pantau masukan dan haluaran pasien, 3). Kaji nadi perifer, 4). Catat hal yang dilaporkan seperti: mual, nyeri abdomen, muntah, distensi lambung.

Implementasi yang dilakukan pada Ny Y.N. setiap hari sesuai dengan intervensi adalah mengkaji: 1).Anjurkan mobilitas pada tingkat yang paling tinggi untuk menghindari periode tekanan yang lama, 2).Jaga kulit tetap kering dan bersih, 3). Hindari pengelupasan epidermis, melayani injeksi lavemir 1x1/iv. Diagnosa risiko kekurangan volume cairan, tindakan yang dilakukan adalah: 1). Pantau TTV pasien, 2). Pantau masukan dan haluaran pasien, 3). Kaji nadi perifer, 4). Catat hal yang dilaporkan seperti: mual, nyeri abdomen, muntah, distensi lambung

Evaluasi keperawatan yang ditemukan pada Ny Y.N. setelah tindakan keperawatan selama 2 hari didapatkan dua masalah keperawatan dan kedua masalah keperawatan belum teratasi dan pasien minta untuk pulang rumah.

4.2 Saran

1. Bagi Penulis

Dalam melaksanakan praktek diharapkan menguasai konsep dasar materi yang dibahas dan menyesuaikan dengan keadaan di lapangan praktek sehingga dapat memperkaya wawasan berpikir penulis tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe II.

2. Bagi Institusi

Diharapkan dapat memperbanyak fasilitas dalam proses pendidikan dan melengkapi perpustakaan dengan buku-buku keperawatan khususnya buku tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe II.

3. Bagi Rumah Sakit

Untuk pihak rumah sakit khususnya perawat, dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe II diharapkan dapat melakukan setiap tindakan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddarth.2015. Keperawatan Medikal bedah. Jakarta : EGC.
- Ed. Herman T.H ., & Komitsuru. S. 2014. Nanda Internasional Nursing Diagnosis, Definition and Clasification. EGC Jakarta.
- Kowalak dkk 2016. Buku Ajar Patofisiologi. EGC: Jakarta.
- Nurarif & Kusuma, 2015, Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc. Edisi Revisi Jilid 3, Jogjakarta: Medication Jogja.
- Padila, 2012. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah . Yogyakarta : Nusa Medika
- Rendy, Clevo. 2012. Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dan Penyakit Dalam. Yogyakarta : Nusa Medika.
- Sri hartini 2009. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam: Jakarta
- Suzanne C & Bare.2002. Buku Ajar Keperawatan medikal Bedah. Jakarta: EGC
- Wijaya Saferi dkk. 2013. KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah. 2. Yogyakarta : Nusa Medika
- Wilkinson, J. M. 2017. Diagnosa Keperawatan edisi 10. Jakarta: EGC.

LAMPIRAN



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 : Primus Letuna

Nim : PO5303201181227

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Ny. Y.N

Ruangan/Kamar : Ruang Teratai

Diagnosa Medis : Diabetes Melitus Tipe II

No.Medikal Record : 515836

Tanggal Pengkajian : 15 Juli 2019 Jam : 08.00

Masuk Rumah Sakit : 09 Juli 2019 Jam : 19.00

Identitas Penanggung

Nama : Tn. S.O.B Pekerjaan : Security

Jenis Kelamin : Laki-Laki

Hubungan dengan Klien : anak kandung

Alamat : Fatubesi

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama: Pasien mengeluh kesemutan pada ekstremitas bawah

- Kapan : 4 hari yang lalu
- Lokasi : Payudara kiri

2. Riwayat Keluhan Utama

- Mulai timbulnya keluhan : Kurang lebih 4 hari lalu.
- Sifat keluhan :
- Lokasi : ekstremitas bawah

- Keluhan lain yang menyertai : pasien mengatakan tidak ada keluhan lain yang menyertai
- Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Pasien mengatakan kesemutan tiba-tiba muncul
- Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana): Pasien mengatakan bertambah pada saat duduk
- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan: Pasien mengatakan jika merasa kesemutan langsung meluruskan kainnya

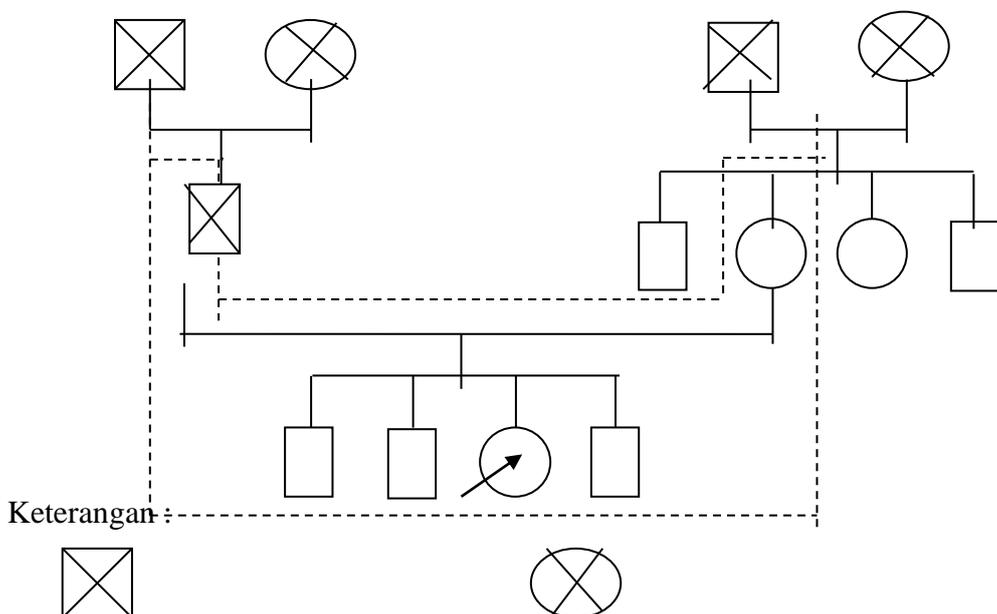
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

- Riwayat penyakit yang pernah diderita : Pasien mengatakan menderita penyakit hipertensi
- Riwayat alergi : Tidak ada riwayat alergi.
- Riwayat operasi: Pasien mengatakan tidak pernah melakukan operasi sebelumnya.
- Kebiasaan merokok : Tidak pernah merokok.
- Minum alkohol : Tidak pernah minum alkohol
- Minum kopi : Pasien mengatakan suka minum kopi dan dalam sehari frekuensi minum kopi 2x pada pagi dan sore hari.
- Minum obat-obatan :
 Saat ini pasien mendapat obat IVFD NaCl 0,9% 20tpm, ceftriaxon 2x1gram/iv, Neurodex 1x1, Levemir 1x1, Dexamethason 1x1, OMZ 2x1tablet, Piracetam 3x1 tablet, asering 500/8 jam/iv.

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.

Bagan 3.1 Genogram



Epistaksis : Ya, Jelaskan : **tidak**
Tenggorokan dan mulut:
Keadaan gigi : Bersih
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**

Sistem Kardiovaskuler:

Nyeri Dada : Ya, Jelaskan : **tidak**
Inspeksi :
Kesadaran/ GCS : Compos Mentis E:4,V:5,M: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 : Tidak ada

Sistem Respirasi

Keluhan : Tidak ada keluhan
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

Sistem Pencernaan:

Keluhan : Tidak ada keluhan
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**
Auskultasi :
Bising usus/Peristaltik : Normal 5-30x/menit
Perkusi : Cairan : Abnormal, Jelaskan **normal**
Udara : Abnormal, Jelaskan **normal**
Massa : Abnormal, Jelaskan **normal**
Palpasi:
Tonus otot: Abnormal, Jelaskan **normal**
Nyeri : Abnormal, Jelaskan **normal**
Massa : Abnormal, Jelaskan **normal**

Sistem Persyarafan:

Keluhan : Tidak ada keluhan
Tingkat kesadaran: Compos Mentis GCS (E4/M6/V4) jumlah 14.
Pupil : **Isokor** anisokor

Kejang : Abnormal, Jelaskan normal
 Jenis kelumpuhan : Ya, Jelaskan **tidak**
 Parasthesia : Ya, Jelaskan **tidak**
 Koordinasi gerak : Abnormal, Jelaskan **normal**
 Cranial Nerves : Abnormal, Jelaskan **normal**
 Reflexes : Abnormal, Jelaskan **normal**

Sistem Musculoskeletal

Keluhan : Tidak ada keluhan
 Kelainan Ekstremitas : ada, Jelaskan **tidak ada**
 Nyeri otot : ada **tidak ada**
 Nyeri Sendi : ada **tidak ada**
 Refleksi sendi : abnormal, Jelaskan **normal**
 kekuatan otot :

Atropi hiperthropi **normal**

5		5
5		5

Sistem Integumen:

Rash : ada, Jelaskan tidak ada keluhan **tidak ada**
 Lesi : ada, Jelaskan **tidak ada**
 Turgor : Baik Warna : Sawo matang
 Kelembaban : Abnormal, Jelaskan **normal**
 Petchie : ada, Jelaskan **Tidak ada**
 Lain lain: Tidak ada

Sistem Perkemihan:

Gangguan : kencing menetes inkontinensia retensi
 gross hematuri disuria **poliuri**
 oliguri anuri
 Alat bantu (kateter, dll) ya **tidak**
 Kandung kencing : membesar ya **tidak**
 Nyeri tekan ya **tidak**
 Produksi urine : 500cc/hari
 Intake cairan : oral :. 1500 cc/hr
 parenteral :
 Bentuk alat kelamin : **Nomal** Tidak normal, sebutkan
 Uretra : **Normal** Hipospadia/ Epispadia

Lain-lain : Tidak ada

Sistem Endokrin:

Keluhan : Tidak ada keluhan

Pembesaran Kelenjar : Tidak ada pembesaran kelenjar

Lain – lain : Tidak ada.

Sistem Reproduksi

Keluhan : Tidak ada

Wanita : Siklus menstruasi : Teratur setiap bulan

Keadaan payudara : **Abnormal**, Jelaskan normal

Riwayat Persalinan: Tidak ada

Abortus: Tidak ada

Pengeluaran pervagina: Abnormal, Jelaskan **normal**

Lain-lain: Tidak ada

Pria : Pembesaran prostat : ada tidak ada

Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL):

Nutrisi:

Pola makan : Pasien mengatakan nafsu makan menurun

Frekuensi makan : 3x1/hari dengan porsi sedikit tapi sering

Nafsu makan : baik

Makanan pantangan : Pasien mengatakan tidak ada pantangan.

Makanan yang disukai : Semua makanan.

Banyaknya minuman dalam sehari : 1500ml/hari

Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Tidak ada

BB : 43 Kg TB : 150 Cm

Kenaikan/ Penurunan BB: -kg, dalam waktu: -

Perubahan selama sakit : tidak ada perubahan makan selama sakit

Eliminasi:

• Buang air kecil (BAK)

Frekuensi dalam sehari : 5-6x/hari Warna : Kuning

Bau : Khas

Perubahan selama sakit : Tidak ada

• Buang air besar (BAB)

Kebiasaan : 1-2x/hari Frekuensi dalam sehari : 1-2x/hari

Warna : Kuning Bau : Khas

Konsistensi : Lembek

Perubahan selama sakit : Tidak ada

Olah raga dan Aktivitas:

Aktivitas yang dilakukan pasien adalah setiap bangun pagi selalu membersihkan halaman rumah

Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : setiap pagi

Istirahat dan tidur:

Tidur malam jam : 22.00

Bangun jam : 04.00

Tidur siang jam : 13.00

Bangun jam : 15.00

Apakah mudah terbangun : Tidak ada

Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : Tidak ada

Pola Interaksi Sosial

Siapa orang yang penting/ terdekat : Suami dan keluarga

Organisasi sosial yang diikuti : ibadah kaum ibu

Keadaan rumah dan lingkungan : Baik

Status rumah : Kontrakan

Cukup / tidak : Cukup

Bising / tidak: Tidak

Banjir / tidak : Tidak

Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Dibicarakan dengan suami

Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : Dibicarakan dengan baik

Bagaimana interaksi dalam keluarga : Baik dan harmonis

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

Ketaatan menjalankan ibadah : Sesuai dengan keyakinan

Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : ibadah kaum ibu

Keadaan Psikologis Selama Sakit

Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : Pasien mengatakan dirinya benar-benar sakit

Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : Yakin akan sembuh

Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : Pelayanannya baik dan jelas bicaranya

Data Laboratorium & Diagnostik:

- Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				
			13-07-2019				
1	Gula darah puasa	74-109mg/dl	464				

2	Gula darah 2 jam PP	75-140	530				
---	---------------------	--------	-----	--	--	--	--

- Pemeriksaan urine:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				
			15-07-2019				
1	pH		6,0				
2	BJ		1,015				

Diagnostik Test:

Foto Rontgen

Foto gigi dan mulut : Tidak dilakukan pemeriksaan

Foto oesophagus, lambung, dan usus halus : Tidak dilakukan

Cholescystogram : Tidak dilakukan

Foto colon : Tidak dilakukan

Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi : Tidak di lakukan pemeriksaan

Biopsy : Tidak dilakukan

Colonoscopy : Tidak dilakukan

DII :

Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

Pembedahan: Tidak dilakukan

LAMPIRAN

**FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKES KEMENKES KUPANG**

Nama Pasien : Tn. W.I.B
Ruang/Kamar : Cempaka/B1
Diagnosa Medis : Appendiksitis Akut post op
Laparotomi
No. Medical Record : -
Tanggal Pengkajian : 15 Juli 2019 Jam : 08.00
Masuk Rumah Sakit : 14 Juli 2019 Jam : 16.00

Identitas Pasien
Nama Pasien : Tn. W.I.B Jenis Kelamin : L
Umur/Tanggal : 17 Tahun/ Airnona, 11 April Status : -
Lahir : 2002 Perkawinan :
Agama : Kristen Protestan Suku Bangsa : Timor
Pendidikan Terakhir : SMA Pekerjaan : Pelajar
Alamat : Airnona

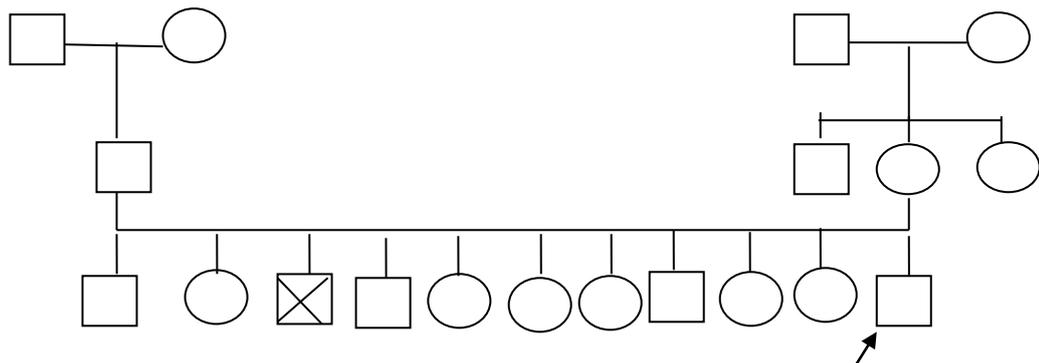
Identitas Penanggung
Nama : Ny. R.Y.N Pekerjaan : IRT
Jenis Kelamin : Perempuan Hubungan dengan klien : Ponaan
Alamat : Airnona

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : Nyeri di perut yang bekas luka post op laparotomi
 - Kapan : 13 Juli 2019
 - Lokasi : Nyerinya di perut kanan
2. Riwayat Keluhan Utama
 - Mulai timbulnya keluhan : 12 Juli 201.
 - Sifat keluhan : Nyerinya tertikam dan panas
 - Lokasi : Nyeri Di Perut Kanan.
 - Keluhan lain yang menyertai : -.
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Pasien mengatakan minum alkohol dan merokok
 - Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana):
Kadang-kadang.

- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan: Beristirahat dan minum obat,dan atur posos
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya
- Riwayat penyakit yang pernah diderita: Tidak ada
 - Riwayat Alergi: Tidak ada
 - Riwayat Operasi: Pernah operasi Usus Buntu,Waktu: 15 Juli 2019
4. Kebiasaan
- Merokok : Merokok kurang lebih 1 bungkus/hari
 - Minum alcohol: minum alcohol kurang lebih 1 botol
 - Minum kopi : Tidak minum Kopi
 - Minum obat-obatan : Tidak

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :
Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



Keterangan:

- ↖ : Pasien
- : Laki-laki
- : Perempuan
- ⊗ : Yang Sudah Meninggal

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah: 110/80 mmHg
- Nadi : 88 x/menit
- Pernapasan : 20 x/menit
- Suhu badan : 37°C.

2. Kepala dan leher

- Kepala : Normal
 - Sakit kepala : Tidak sakit kepala
 - Bentuk, ukuran dan posisi: Normal
 - Lesi : Tidak ada
 - Masa : Tidak ada
 - Observasi Wajah : Simetris
 - Penglihatan :
 - Konjungtiva: Merah muda
 - Sklera: Putih
 - Pakai kaca mata : Tidak
 - Penglihatan kabur : Tidak
 - Nyeri : Tidak ada nyeri
 - Peradangan : -
 - Operasi :
 - Jenis :-
 - Waktu :-
 - Tempat :-
- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : Tidak
 - Nyeri : Tidak
 - Peradangan : Tidak
- Hidung
 - Alergi Rhinitus : Tidak
 - Riwayat Polip : Tidak
 - Sinusitis : Tidak
 - Epistaksis : Tidak
- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : Lubang gigi belakang
 - Caries : TGigi belakang
 - Memakai gigi palsu : Tidak
 - Gangguan bicara : Tidak
 - Gangguan menelan : Tidak

- Pembesaran kelenjar leher : Tidak

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : Tidak
- Inspeksi :
 - Kesadaran/ GCS : Composmentis/E4V5M 6
 - Bentuk dada : Normal
 - Bibir : Normal
 - Kuku : Normal
 - Capillary Refill : Normal
 - Tangan : Normal
 - Kaki : Normal
 - Sendi : Normal
- Ictus cordis/Apical Pulse: Teraba tidak teraba
- Vena jugularis : Teraba
- Perkusi : pembesaran jantung : Normal
- Auskultasi : BJ I : Normal
BJ II : Normal

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : tidak ada
- Inspeksi :
 - Jejas : Tidak
 - Bentuk Dada : Normal
 - Jenis Pernapasan : Tidak
 - Irama Napas : Teratur
 - Retraksi otot pernapasan : Tidak
 - Penggunaan alat bantu pernapasan : Tidak
- Perkusi : Tidak
 - Udara : Tidak
 - Massa : Tidak
- Auskultasi :
 - Inspirasi : Normal
 - Ekspirasi : Normal
 - Ronchi : Ya tidak
 - Wheezing : Ya tidak
 - Krepitasi : Ya tidak
 - Rales : Ya tidak

Clubbing Finger : Normal

5. Sistem Pencernaan

- a. Keluhan : nyeri pada perut dibekas luka operasi
- b. Inspeksi :
 - Turgor kulit : Normal
 - Keadaan bibir :Lembab

- Keadaan rongga mulut
 - Warna Mukosa : Normal
 - Luka/ perdarahan : Tidak
 - Tanda-tanda radang : Tidak
 - Keadaan gusi : Normal
- Keadaan abdomen
 - Warna kulit :
 - Luka : Tidak
 - Pembesaran : normal
- Keadaan rektal
 - Luka : Tidak
 - Perdarahan : Tidak
 - Hemmoroid : Tidak
 - Lecet/ tumor/ bengkak : Tidak

c. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : 28 x permenit

d. Perkusi : Normal

Udara : Normal

Massa : Normal

e. Palpasi:

Tonus otot: Normal

Nyeri : Normal

Massa : Normal

6. Sistem Persyarafan

- a. Keluhan : Tidak ada keluhan
- b. Tingkat kesadaran: Composmentis GCS (E4/M5/V6): 15
- c. Pupil : Isokor
- d. Kejang : Normal
- e. Jenis kelumpuhan : Tidak
- f. Parasthesia : Tidak
- g. Koordinasi gerak : Normal
- h. Cranial Nerves : Normal
- i. Reflexes : Normal

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : Tidak ada keluhan
- b. Pria : Pembesaran prostat : Tidak
- c. Lain-lain:-

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan : Makan 3 kali sehari

- Pola makan : Baik
- Frekuensi makan : 3 kali sehari
- Nafsu makan : Baik
- Makanan pantangan : Sayuran
- Makanan yang disukai : Daging
- Banyaknya minuman dalam sehari : 1000 cc
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Kopi dan sayuran
- BB : 65 kg TB : 160 cm
- Kenaikan/Penurunan BB:kg, dalam waktu:

2. Perubahan selama sakit : Tidak ada perubahan selama sakit

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : 3 kali sehari Warna : Kuning
Bau : Tidak Jumlah/ hari :

b. Perubahan selama sakit : Tidak ada perubahan

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : >2 hari Frekuensi dalam sehari : 2 kali sehari

Warna : Kuning Bau : ya
Konsistensi : Padat

b. Perubahan selama sakit : Tidak ada perubahan selama sakit

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : Bola Kaki
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : Kadang-kadang

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 00.00

- Bangun jam : 07.00
- Tidur siang jam : 13.00
- Bangun jam : 16.00
- Apakah mudah terbangun : Tidak
 - Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : -

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : Keluarga dan teman
2. Organisasi sosial yang diikuti : Pemuda
3. Keadaan rumah baik dan bersih
Status rumah : Milik sendiri (orang tua)
Cukup ,tidak bising,tidak banjir
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Keluarga
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : Bimbingan keluarga
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : Baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : Ya
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : Pemuda

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : Cepat sembuh
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : Mudah-mudahan cepat sembuh
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : Baik

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan
			Tanggal
			Minggu,14 Juli 2019
1	Hemoglobin	13,0-17,0 g/dL	11,9 g/dL
2	Jumlah eritrosit	4,00-6,00 10^6 /ul	5,52 10^6 /ul
3	Hematokrit	35,0-55,0%	38,0 %
4	MCV	81,0-96,0 fL	68,8 fL
5	RDW-CV	11,0-16,0%	13, 6 %
6	RDW-SD	30-150 fL	51,9 fL
7	jumlah Lekosit	5.0 – 10.0	16,8 % 10^9 /l
8	PLT	150-400 10^9 /l	476 10^9 /l
9	MPV	8,0-11,0 Fl	7,3 Fl

10	Limfosit	15 – 50 %	15,9 %
11	Jumlah Limfosit	0,5 – 5.0 10 ^{9/l}	2,6 10 ^{9/l}

- b. Pemeriksaan faeces: Tidak ada
- c. Pemeriksaan urine: Tidak ada

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen
 - a. Foto gigi dan mulut : Tidak ada
 - b. Cholescystogram : Tidak ada
 - c. Foto colon : Tidak ada
2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus
 - Ultrasonographi : Tidak ada
 - Biopsy : Tidak ada
 - Colonoscopy : Tidak ada
 - Dll : Tidak Ada

Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan
Tidak ada
- Obat
 - 1) IVFD Ringer Laktat 20 tpm
 - 2) Ketorolax 2 x 30 mg
 - 3) Cefotaxime 2 x 1 gr/IV
 - 4) Tradosih 50 mg 2 x 1 kapsul
 - 5) Asam Traneksamat 500 mg 2 x 1 tablet
 - 6) Ocfixime Trihydrate 100 mg 3 x 1 tablet.
- Lain-lain : Tidak ada

Analisa data

No	Data-data	penyebab	Masalah
1	<p>Data subyektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan Nyeri pada luka post operasi 2) (PQRST) Provokatif : Nyeri muncul karena luka post op App, Qualitas : Nyeri terasa seperti tertikam, Region : Nyeri menyebar sampai ke seluruh area perut, Skala : skala Nyeri 4-6 (Nyeri sedang) , Timing : Nyeri Akut muncul pada pagi dan malam hari saat aktivitas, Mobilisasi di miring kiri dan kanan,duduk,durasi ± 30 Menit <p>Data obyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keadaan umum, tampak lemah, raut wajah meringis menahan sakit 2) Tanda-tanda vital: Tekanan darah 110/80 mmHg,Nadi: 88 x/menit,Pernapasan : 20 x/menit,Suhu tubuh: 37°C. 	Adanya luka operasi laparatomi	Nyeri akut
2	<p>Data subyektif:</p> <p>Pasien mengatakan ia merasa sakit pada perut ketika</p>	Luka operasi kaparatomi	Resiko infeksi

	<p>bergerak</p> <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keadaan umum tampak lemah, 2) Kesadaran composmentis, gcs ; E 4 V5 M 6 = 15 3) Luka masih ditutupi kasa steril, Drain pada perut sebelah kanan bawah 4) Terpasang Drain dengan 4 jahitan terdapat luka sayatan post op di area perut kurang lebih 15 cm dengan 11 jahitan dan tertutup kasa steril , bising usus 16 x /m 5) Flactus sudah 4-5 x, 6) Palpasi perut teraba tegang. 		
3	<p>Data subjektif:</p> <p>Pasien mengatakan ingin bangun duduk tapi perut terasa Nyeri ketika bergerak atau berpindah</p> <p>Data objektif:</p> <p>Badan bau keringat, pakaian belum diganti.</p>	Nyeri	Defisit perawatan diri

Intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan (NOC)	Intervensi (NIC)
1	Nyeri akut berhubungan dengan Agen Cedera Fisik	<p>NOC: Tingkat Nyeri Kode 2102</p> <p>Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri pasien berkurang dengan kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melaporkan Nyeri berkurang (210201) 2) Ekspresi wajah rileks/tenang (210206) 3) Tidak gelisah (210222) 4) Nadi 60-100 x/menit (210220) 5) TD 120/80 mmHg (210212) 	<p>NIC: Manajemen Nyeri Kode: 1400</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lakukan pengkajian Nyeri yang komprehensif, 2) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis (relaksasi, terapi musik, cerita hiburan, aplikasi panas/dingin dan masase) 3) Dukung istirahat / tidur yang adekuat untuk menurunkan Nyeri, 4) Bantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman 5) Kolaborasi pemberian analgetik.
2	Resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi	<p>NOC: Keparahan Infeksi Kode 0703</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan terbebas dari tanda-tanda infeksi dengan kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak ada 	<p>NIC: Kontrol Infeksi Kode 6540</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kaji adanya tanda – tanda infeksi 2) Monitor TTV dan perhatikan, demam, menggigil,

		<p>tanda-tanda infeksi (070301)</p> <p>2) Cairan (Luka) tidak berbau busuk (070303)</p> <p>3) Suhu normal (36°C-37,5°C) (070330)</p> <p>4) Tidak nyeri (070333)</p> <p>5) Tidak ada gejala-gejala gastrointestinal (070309)</p>	<p>berkeringat, perubahan mental</p> <p>3) Lakukan teknik cuci tangan efektif bagi pasien dan keluarga</p> <p>4) Pertahankan teknik Aseptik ketat pada perawatan luka insisi</p> <p>5) Kolaborasi pemberian antibiotic.</p>
3	Deficit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri	<p>NOC: Perawatan Diri: Aktivitas sehari-hari; Kode 0300</p> <p>Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan kebersihan klien dapat dipertahankan dengan</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <p>1) Pasien bisa makan sendiri (030001)</p> <p>2) Pasien bisa ke toilet sendiri (030003)</p> <p>3) Pasien bisa mandi sendiri (030004)</p> <p>4) Pasien mampu berpakaian sendiri (030005)</p> <p>5) Pasien mampu menjaga kebersihan (030006)</p>	<p>NIC: Bantuan perawatan Diri: mandi/kebersihan; Kode 1801</p> <p>1) Ganti pakaian yang kotor dengan yang bersih</p> <p>2) Berikan Hynegy Edukasi pada klien dan keluarganya tentang pentingnya kebersihan diri</p> <p>3) Berikan pujian pada klien tentang kebersihannya</p> <p>4) Bimbing keluarga klien memandikan / menyeka pasien</p> <p>5) Bersihkan dan rapikan tempat tidur klien.</p>

Catatan perkembangan

Hari/Tanggal: Senin,15 Juli 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut berhubungan dengan Agen Cedera Fisik	08.00	<p>1) Melakukan pengkajian Nyeri yang komprehensif (PQRST) Provokatif : Nyeri muncul karena luka post op App, Qualitas : Nyeri terasa seperti tertikam, Region : Nyeri menyebar sampai ke seluruh area perut, Skala : skala Nyeri 4-6 (Nyeri sedang) , Timing : Nyeri Akut muncul pada pagi dan malam hari saat aktivitas</p> <p>2) Mengobservasi adanya petunjuk nonverbal dari ketidaknyamanan</p>	<p>Jam 14.00wita</p> <p>Subyek : Pasien mengatakan masih Nyeri saat miring kiri atau kanan. Skala Nyeri 4-6 (sedang)</p> <p>Obyektif : Keluhan utama masih lemah kesadaran composmentis, pasien dan keluarga melakukan ambulasi dini miring kiri dan kanan,</p> <p>Assesment : Masalah belum teratasi,</p> <p>Planning : intervensi 1-5 dilanjutkan.</p>	
	09.10	<p>3) Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologis (relaksasi, terapi musik, cerita hiburan, aplikasi panas/dingin dan masase)</p>		
	12.45	<p>4) Mendukung istirahat / tidur yang adekuat untuk menurunkan Nyeri, 5) Membantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman 6) Berkolaborasi pemberian analgetik</p>		

	12.50	analgetik ketorolac 30mg 1 amp IV, Cefotaxime 1 gr 1 amp		
Resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi	09.00 11.00 11.30 12.00 13.00	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengkaji adanya tanda – tanda infeksi 2) Memonitor TTV dan perhatikan, demam, menggigil, berkeringat, perubahan mental tanda-tanda vital pasien, Tekanan darah 110/80 mmHg,Nadi: 88 x/menit,Pernapasan: 20 x/menit,Suhu tubuh: 37°C. 3) Melakukan teknik cuci tangan efektif bagi pasien dan keluarga 4) Pertahankan teknik Aseptik ketat pada perawatan luka insisi 5) Berkolaborasi pemberian antibiotic. Ranitidin 50 gr 1 amp. Ringer Laktat infus 20 tpm 	Jam 14.00 Subyektif : Pasien mengatakan perut masih sakit jika bergerak . Obyektif : Keadaan umum pasien nampak lemah, tidak ada tanda – tanda infeksi pada luka post op. Rawat luka secara steril,Keadaan luka : baik , tidak ada bengkak, merah , tidak ada pus/nanah,Crt < 3 detik, tanda - tanda vital: Tekanan darah 110/80 mmHg,Nadi: 88 x/menit,Pernapasan: 20 x/menit,Suhu tubuh: 37°C, Assesment: Masalah belum teratasi. Planning: Intervensi 1-5 dilanjutkan.	
Deficit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri	8.30 09.30	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengganti pakaian yang kotor dengan yang bersih 2) Memberikan Hynege Edukasi pada klien dan keluarganya tentang pentingnya 	Jam 14.00 Subyektif: pasien mengatakan ingin bangun duduk tapi perut terasa Nyeri ketika bergerak atau berpindah.	

		kebersihan diri	Obyektif ; Badan	
	09.45	3) Memberikan pujian pada klien tentang kebersihannya	bau keringat, pakaian belum diganti.	
	10.00	4) Membimbing keluarga klien memandikan / menyeka pasien	Assesment : Masalah belum teratasi,	
		5) Membersihkan dan rapikan tempat tidur klien.	Planing : Intervensi 1-5 dilanjutkan.	

Hari/Tanggal: Selasa, 16 Juli 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut berhubungan dengan Agen Cedera Fisik	08.00	<p>1) Melakukan pengkajian Nyeri yang komprehensif (PQRST) Provokatif : Nyeri muncul karena luka post op App, Qualitas : Nyeri terasa seperti tertikam, Region : Nyeri menyebar sampai ke seluruh area perut, Skala : skala Nyeri 4-6 (Nyeri sedang) , Timing : Nyeri Akut muncul pada pagi dan malam hari saat aktivitas</p>	<p>Jam 14.00wita</p> <p>Subyek : Pasien mengatakan masih Nyeri saat miring kiri atau kanan. Skala Nyeri 4-6 (sedang) Obyektif : Keluhan utama masih lemah kesadaran composmentis, pasien dan keluarga melakukan ambulasi dini miring kiri dan kanan. Assesment : Masalah belum teratasi. Planning : intervensi 1-5 dilanjutkan.</p>	
	09.10	<p>2) Mengobservasi adanya petunjuk nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>3) Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologis (relaksasi, terapi musik, cerita hiburan, aplikasi panas/dingin dan masase)</p>		
	12.45	<p>4) Mendukung istirahat / tidur yang adekuat untuk menurunkan Nyeri,</p> <p>5) Membantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman</p> <p>6) Berkolaborasi pemberian analgetik analgetik ketorolac 30mg 1 amp IV,</p>		

	12.50	Cefotaxime 1 gr 1 amp		
	13.00			
Resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi	09.00	1) Mengkaji adanya tanda – tanda infeksi	Jam 14.00	
	11.00	2) Memonitor TTV dan perhatikan, demam, menggigil, berkeringat, perubahan mental	Subyektif : Pasien mengatakan perut masih sakit jika bergerak .	
	11.30	3) Melakukan teknik cuci tangan efektif bagi pasien dan keluarga	Obyektif : Keadaan umum pasien nampak lemah, tidak ada tanda – tan infeksi pada luka post op. Rawat luka secara steril,Keadaan luka : baik , tidak ada bengkak, merah , tidak ada pus/nanah,Crt < 3 detik Tanda-tanda vital:	
	12.00	4) Pertahankan teknik Aseptik ketat pada perawatan luka insisi	Tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi: 84x/menit, Suhu: 36,5 °C, Pernapasan 2-x/menit.	
	12.00	5) Berkolaborasi pemberian antibiotic. Ranitidin 50 gr 1 amp. Ringer Laktat infus 20 tpm	Assesment: Masalah belum teratasi.	
	13.00			

			Planning: Intervensi 1-5 dilanjutkan.	
Deficit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri	8.30	1) Mengganti pakaian yang kotor dengan yang bersih	Jam 14.00 Subyektif: Pasien mengatakan ingin bangun duduk tapi perut terasa Nyeri Obyektif: pasien kelihatan bersih karena sudah merawat diri dengan di bantu keluarga.. Assesment : Masalah teratasi sebagian. Planing : Intervensi 2-5 dilanjutkan.	
	09.30	2) Memberikan Hygiene Edukasi pada klien dan keluarganya tentang pentingnya kebersihan diri		
	09.45	3) Memberikan pujian pada klien tentang kebersihannya		
	10.00	4) Membimbing keluarga klien memandikan / menyeka pasien		
	10.30	5) Membersihkan dan rapikan tempat tidur klien.		

Hari/Tanggal: Rabu,17 Juli 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut berhubungan dengan Agen Cedera Fisik	08.00	1) Melakukan pengkajian Nyeri yang komprehensif,(PQRST) Provokatif : Nyeri muncul karena luka post op App, Kualitas : Nyeri terasa seperti tertikam, Region : Nyeri menyebar sampai ke seluruh area perut, Skala : skala Nyeri 4-6 (Nyeri sedang) , Timing : Nyeri Akut muncul pada pagi dan malam hari saat aktivitas	Jam 14.00wita Subyek : Pasien mengatakan Nyeri berkurang saat beraktivitas. Skala Nyeri 2-3 (Ringan). Obyektif : Keluhan utama masih lemah kesadaran composmentis, pasien dan keluarga melakukan ambulasi dini miring kiri dan kanan. Assesment : Masalah belum teratasi. Planning : intervensi 1-5 dilanjutkan.	
	09.10	2) Mengobservasi adanya petunjuk nonverbal dari ketidaknyamana 3) Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologis (relaksasi, terapi musik, cerita hiburan, aplikasi panas/dingin dan masase)		
	12.45	4) Mendukung istirahat / tidur yang adekuat untuk menurunkan Nyeri, 5) Membantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman 6) Berkolaborasi pemberian analgetik		

	12.50	analgetik ketorolac 30mg 1 amp IV, Cefotaxime 1 gr 1 amp		
Resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi	09.00	1) Mengkaji adanya tanda – tanda infeksi	Jam 14.00	
	11.00	2) Memonitor TTV dan perhatikan, demam, menggigil, berkeringat, perubahan mental,tanda-tanda vital pasien, Tekanan darah 110/80 mmHg,Nadi: 88 x/menit,Pernapasan : 20 x/menit,Suhu tubuh: 37°C.	Subyektif : Pasien mengatakan perut masih sakit jika bergerak.	
	11.30	3) Melakukan teknik cuci tangan efektif bagi pasien dan keluarga	Obyektif : Keadaan umum pasien nampak lemah, tidak ada tanda – tan infeksi pada luka post op.	
	12.00	4) Pertahankan teknik Aseptik ketat pada perawatan luka insisi	Rawat luka secara steril,Keadaan luka : baik , tidak ada bengkak, merah , tidak ada pus/nanah,Crt < 3 detik, tanda-tanda vital pasien, Tekanan darah: 110/70 mmHg, Nadi: 80x/menit,	
	13.00	5) Berkolaborasi pemberian antibiotic. Ranitidin 50 gr 1 amp. Ringer Laktat infus 20 tpm	Suhu: 36 °C, Pernapasan 20 x/menit, Assesment: Masalah belum teratasi. Planning: Intervensi 1-5 dilanjutkan.	
Deficit	8.30	1) Mengganti pakaian	Jam 14.00	

perawatan diri berhubungan dengan Nyeri	09.30	yang kotor dengan yang bersih	Subyektif: Pasien mengatakan ingin bangun duduk tapi perut terasa Nyeri Obyektif : pasien kelihatan bersih karena sudah merawat diri dengan di bantu keluarga. Assesment : Masalah teratasi sebagian Planing : Intervensi 3-5 dilanjutkan.
		2) Memberikan Hynege Edukasi pada klien dan keluarganya tentang pentingnya kebersihan diri	
	09.45	3) Memberikan pujian pada klien tentang kebersihannya	
		4) Membimbing keluarga klien memandikan / menyeka pasien	
	10.00	5) Membersihkan dan rapikan tempat tidur klien.	
	10.30		