# BAB 3

44

**LAPORAN MANAJEMAN KASUS**

# 3.1 Profil Lahan

UPT Puskesmas Wates merupakan pusat kesehatan masyarakat yang mennyelenggarakan pelayanan kesehatan berupa upaya promotif, preventif, serta kuratif atau pengobatan untuk Kecamatan Wates dan sekitarnya. Puskesmas ini terletak di Jl. Raya Wates No. 41, Wates- Blitar. Pelayanan kesehatan yang disediakan oleh Puskesmas ini dari sektor pelayanan promotif dan preventif meliputi posyandu balita, posyandu lansia, Posbindu PTM, skrining kesehatan, penyuluhan, pelayanan program KIA, KB, Gizi, Pengendalian Penyakit, Promosi kesehatan, dan lain sebagainya. Sedangkan pelayanan yang disediakan dari sektor kuratif adalah UGD dan ruang perawatan yang terdiri dari ruang perawatan kelas 1,2, dan 3 yang menampung kurang lebih 10-15 pasien. Ruang perawatan ini juga dipergunakan untuk rawat inap penyakit tidak menular,misalnya penyakit Diabetes mellitus. Adapun alur pelayanan rawat inap di ruang perawatan dimulai dari anamnesa dan pemeriksaan fisik dokter yang selanjutnya akan diputuskan untuk menjalani rawat inap atau tidak.

# 3.2 Ringkasan Proses Asuhan Keperawatan

1. Kasus 1

Pasien datang ke UGD tanggal 28/12/2019 dengan keluhan lemas, sering haus, mukosa mulut kering, sering BAK 4-5x, dan mengeluh nyeri di bagian kaki kanan. Nyeri seperti diiris- iris, terus menerus, dan semakin meningkta jika kaki yang terluka tersentuh. Skala nyeri 4-5 ( nyeri sedang), pasien juga mengatakan

44

sulit tidur. Pasien mengatakan terdapat luka di bagian kaki karena tersandung batu sejak 3 hari yang lalu. TD 135/90 mmHg, N: 98x/menit, RR 18x/menit pola nafas cepat, diaphoresis+, pasien terlihat protektif terhadap luka yang terdapat di kaki, tampak meringis, gelisah. Suhu 37,9 C, kulit teraba panas, SpO2 99-100%. GDA datang 481 mg/dl. Terdapat luka di kaki dengan kedalaman 0,5-1 cm, goa-, pus+, nekrosis+ sedikit, warna dasar luka merah. Diagnosa keperawatan yang diangkat :

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin

Intervensi yang diberikan:

1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
2. Memonitor kadar glukosa darah
3. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia
4. Memonitor frekuensi nadi
5. Mengajarkan pengelolaan diabetes (penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan,terapi diet)
6. berkolaborasi pemberian insulin dengan dosis 10 UI
7. berkolaborasi pemberian cairan IV Nacl 2500 cc, 20 tpm Evaluasi:

Pada hari pertama perawatan, pasien masih merasakan lemah, lesu dan merasakan sering haus, tetapi kesadaran komposmentis, pasien terlihat lesu, gemetar, berkeringat, mukosa mulut terlihat kering, GDA evaluasi 4 jam 339 mg/dl. Pada hari kedua pasien masih merasakan lemas, lesu tetapi sudah berkurang, kesadaran komposmentis, pasien terlihat segar, pasien masih terlihat gemetar, tidak berkeringat, mukosa mulut terlihat lembab, GDA evaluasi 184 mg/dl. Di hari ketiga pasien sudah

tidak merasakan lemas, kesadaran komposmentis, pasien terlihat lebih segar, tidak ada gemetar dan tidak berkeringat, mukosa mulut terlihat lembab, GDA evaluasi 132 mg/dl.

1. Hipertermi berhubungan dengan gangrene Intervensi yang diberikan:
2. Mengidentifikasi penyebab hipertermi
3. Memonitor suhu tubuh
4. Melakukan pendingingan eksternal (kompres dingin)
5. Menganjurkan tirah baring
6. Berkolaborasi pemberian cairan elektrolit IV dan terapi medis.

Nacl 2500 cc, 20 tpm, paracetamol 3x1 tab Evaluasi:

Pada hari pertama pasien masih mengeluhkan panas di badannya, kulit terlihat merah, pucat, Takikardi Nadi 88x.menit, RR 20x/menit, Suhu 37,6 C, GDA 339 mg/dl. Pada hari kedua pasien merasakan badannya sudah tidak panas lain, kulit terlihat tidak merah, tidakpucat, nadi 85x/menit, RR 17x.menit, Suhu 36,9 C, TD 125/80 mmHg, GDA 184 mg/dl. Sedangkan pada hari ketiga pasien tidak merasakan panas lagi, kulit tidak merah, tidakpucat, Nadi 80x/menit, RR 18x/menit, Suhu 36,4 C, TD 130/80 mmHg, GDA 132 mg/dl.

1. Nyeri akut berhubungan dengan gangrene Intervensi yang diberikan:
2. Mengidentifikasi kareakteristik nyeri
3. Mengidentifikasi riwayat alergi obat
4. Memonitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgesic
5. Memonitor efektivitas analgesic
6. Berkolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesic, Pethidin 1x1 amp Evaluasi:

Pada hari pertama, pasien masih mengeluh nyeri tapi sudah berkurang, skala

nyeri 3-4, gelisah, kesulitan tidur, diaphoresis, Nadi 88x/menit,RR 20x/menit. Padahari kedua pasien masih merasakan nyeri, tetapi sudah berkurang, skalanyeri 3, tidak gelisah, tidak ada kesulitan tdur, tidak diaphoresis, Nadi 85x/menit, RR 17x/menit. Sedangkan pada hari ketiga, pasien merasakan nyeri sangat berkurang banyak, skala nyeri 2, tidak ada gelisah, tidak ada kesulitan tidur, tidak diaphoresis, Nadi 80x/menit, RR 18x/menit.

1. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan gangren Intervensi yang sudah diberikan:
2. Memonitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)
3. Memonitor tanda- tanda infeksi
4. Membersihkan dengan cairan NAcl sesuai kebutuhan
5. Membersihkan jaringan nekrotik
6. Memasang balutan sesuai dengan jenis luka
7. Mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka
8. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi
9. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
10. Berkolabrasi pemberian antibiotic. Ceftriaxon : 1x 1 amp

Evaluasi:

Pada hari pertama kerusakan jaringan dan kulit terlihat,luas luka 1 cm, kedalaman 1 cm,goa tidak ada, nyeri menurun, skala nyeri 3-4, tidak ada perdarahan, luka tampak kemerahan, tidak ada nekrosis, suhu kulit hangat. padahari kedua kerusakan jaringan dan kulit terlihat,luas luka 1 cm, kedalaman 1 cm,goa tidak ada, nyeri menurun, skala nyeri 3, tidak ada perdarahan, luka tampak kemerahan, tidak ada nekrosis, suhu kulit hangat. Sedangkan pada hari ketiga kerusakan jaringan dan kulit+, luas luka 1 cm, kedalaman 1 cm, goa-, nyeri menurun, skala nyeri 2, tidak ada perdarahan, kemerahan pada luka-, tidak ada nekrosis, suhu kulit hangat.

1. Kasus 2.

Pasien datang di UGD tanggal 03/01/2020 dengan keluhan lemas, sering haus, mukosa mulut kering, sering BAK 6-8x, GDA saat datang 486 mg/dl. Pasien terliat mual, muntah. Saat pengkajian muntah sudah 4-5x. TD 110/70 mmHg, Nadi 98x/menit, RR 18x/menit, Suhu 36,3 C, Spo299-100%, terlihat pucat, diaphoresis+, takikardi+. Pasien tampak lemah, lesu dan tidak mampu untuk berjalan. Ambulansi dibantu oleh keluarga. Diagnosa keperawatan yang diangkat:

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin Intervensi yang sudah dilakukan:
2. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
3. Memonitor kadar glukosa darah
4. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia
5. Memonitor frekuensi nadi
6. Mengajarkan pengelolaan diabetes (penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan,terapi diet)
7. berkolaborasi pemberian insulin dengan dosis 10 UI
8. berkolaborasi pemberian cairan IV Nacl 2500 cc, 20 tpm Evaluasi:

Pada hari pertama pasien masih merasa lemas, tapi sudah berkurang, kesadaran composmentis, tidak mengantuk, tidak pusing, masih terlihat lemah, gemetar, berkeringat,mulut kering, GDA evaluasi: 201 mg/dl. Pada hari kedua pasien masih merasa lemas, tapi sudah berkurang banyak kesadaran composmentis, tidak mengantuk, tidak pusing, masih terlihat lemah, tidak gemetar, tidak berkeringat, mukosamulutlembab, GDA evaluasi 165 mg/dl. Sedangkan pada hari ketiga pasien sudah tidak merasakan lemas, tidak mengantuk, tidak pusing, pasien terlihat segar, tidak gemetar, tidak berkeringat, mukosa mulut lembab, GDA evaluasi 148 mg/dl.

1. Nausea berhubungan dengan peningkatan ureum kreatinin dalam darah Intervensi yang sudah dilakukan:
2. Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup
3. Menganjurkan makanan rendah lemak
4. Berkolaborasi pemberian antiemetic

Cimetidine tab 1-1-1 tab Ondansentron 2 ml 1x1 inj

Evaluasi:

Pada hari pertama, pasien tidak merasakan mual. Nafsu makan meningkat, 1 porsi makanan, sisa 1/3porsi, keluhan mual-, ada perasaan asam di mulut, diaphoresis, Pucat+, takikardi, Nadi 92x/menit. Pada hari kedua pasien tidak merasakan mual.

Nafsu makan meningkat, 1 porsi makanan, sisa 1/3porsi, keluhan mual-, tidak ada perasaan asam di mulut, tidak diaphoresis, Pucat+, takikardi, Nadi 85x/menit. Sedangkan pada hari ketiga pasien tidak merasakan mual, nafsu makan meningkat, 1 porsi makanan, sisa-, keluhan mual-, tidak ada perasaan asam di mulut, tidak diaphoresis, pucat-, Nadi 82 x/menit.

1. Resiko hypovolemia berhubungan dengan diuresis osmotic Intervensi yang sudah dilakukan:
   1. Memeriksa tanda dan gejala hypovolemia (frekuensi nadi, TD menurun, turgor menurun, mmbran mukosa kering, volume urin menurun, Ht meningkat, haus, lemah)
   2. Memonitor intake dan output cairan
   3. Menganjurkan untuk memperbanyak asupan cairan oral
   4. Menganjurkan menghindari perubahan posisi mendadak
   5. Berkolaborasi pemberian cairan IV isotonis Nacl ; 2500 cc, 20 tpm Evaluasi:

Pada hari pertama pasien masih merasakan lemas, tapi sudah berkurang. Nadi 92x/menit, kuat, turgor kulit baik, output urine normal (0,5-1 cc/kgBB), evaluasi 1 shift ±500 cc, tidak ada sesak, membran mukosa kering, TD 130/80 mmhg, Suhu tubuh normal 36, 5C. Pada hari kedua pasien masih merasakan lemas, tapi sudah berkurang banyak, Nadi 85x/menit, kuat, turgor kulit baik, output urine normal (0,5-1 cc/kgBB), evaluasi 1 shift ±460 cc, tidak ada sesak, membran mukosa lembab, TD 120/80 mmhg, suhu tubuh normal 36, 2C. Sedangkan pada hari ketiga pasien sudah tidak merasakan lemas, nadi 82x/menit, kuat, turgor kulit baik,

output urine normal (0,5-1 cc/kgBB), evaluasi 1 shift ± 320 cc, tidak ada sesak, membran mukosa lembab, TD 130/80 mmhg, suhu tubuh normal 36, 5C.

1. Keletihan berhubungan dengan hipoksia perifer Intervensi yang sudah dilakukan:
2. Memonitor kelelahan fisik dan emosional
3. Memonitor pola dan jam tidur
4. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
5. Melakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif
6. Menganjurkan tirah baring
7. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
8. Menganjurkan menghubungi perawat jika ada tanda dan gejala kelelahan yang tidak berkurang
9. Berkolaborasi dengan ahli gixi tentang cara meningkatkan asupan makanan. lunak, rendah kalori tinggi protein, kalori 1800 kal

Evaluasi:

Pada hari pertama pasien masih merasakan lemas tapi sudah berkurang. Verbalisasi kepulihan energi+, tenaga meningkat+, kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat+ , verbalisasi Lelah menurun+, pasien masih tampak sedikit lesu, frekuensi nafas normal 19x/menit, tidak gelisah. Pada hari kedua pasien masih merasakan lemas tapi sudah berkurang banyak. Verbalisasi kepulihan energi+, tenaga meningkat+, kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat+ , verbalisasi Lelah menurun+, pasien masih tampak sedikit lesu, frekuensi nafas normal 17x/menit, tidak gelisah. Sedangkan pada hari ketiga pasien sudah tidak merasakan lemas. Verbalisasi kepulihan energi+, tenaga

meningkat+, kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat+ ( pasien terlihat bisa berjalan sendiri tanpa bantuan dari keluarga), verbalisasi Lelah menurun+, pasien tampak segar, frekuensi nafas normal 19x/menit, tidak gelisah.

1. Kasus 3

Pasien datang diUGD tanggal 08/01/2020 dengan keluhan lemas, haus yang terus menerus, mukosa mulut kering, GDA 515 mg/dl, sering BAK ±5-7x, pasien tampak lemah, lesu, tidak bertenaga, bahkan saat berjalan, pasien dibantu oleh keluarganya. Pada pemeriksaan kondisi pasien ditemukan sesak, penggunaan otot bantu pernafasan+, pola nafas hiperventilasi, dengan ekspirasi memanjang, ada pernafasan cuping hidung, RR 24x/menit, cepat dan dangkal, Nadi 95x/menit, TD 130/90 mmHg, Suhu 38,2 C, kulit terlihat memerah dan teraba panas. Spo2 98-99%. Morse fall scale nilai 60 ( resiko jatuh tinggi). Diagnosa keperawatan yang diangkat:

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresan pusat pernafasan sebagai manifest peningkatan glukosa.

Intervensi yangsudah dilakukan:

1. Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)
2. Memonitor bunyi nafas tambahan (gurgling, whezingm ronkhi)
3. Memposisikan semi fowler
4. Memberikan oksigen , O2 4 lpm nasal canul
5. Menganjurkan asupan cairan 2000 ml/hari Evaluasi:

Pada hari pertama, pasien mengatakan masih sesak, tapi sudah berkurang, dipsneu/ sesak+, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, tidak ada pemanjangan fase ekspirasi, tidak ada pernafasan cuping hidung, frekuensi nafas 22x/menit. Pada hari kedua, pasien mengatakan masih sesak, tapi sudah berkurang banyak, dipsneu/ sesak+, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, tidak ada pemanjangan fase ekspirasi, tidak ada pernafasan cuping hidung, frekuensi nafas 23x/menit. Sedangkan pada hari ketiga, pasien mengatakan sudah tidak sesak, dipsneu/ sesak, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, tidak ada pemanjangan fase ekspirasi, tidak ada pernafasan cuping hidung, frekuensi nafas 18x/menit.

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin

Intervensi yang sudah dilakukan:

1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
2. Memonitor kadar glukosa darah
3. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia
4. Memonitor intake dan output cairan
5. Memonitor frekuensi nadi
6. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet ( Rendah kalori, rendah lemak) 7.Mengajarkan pengelolaan diabetes (misalkan penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan,penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)
7. Berkolaborasi pemberian insulin, Insulin 15 UI, Glimepirid 1x1 tab
8. Berkolaborasi pemberian cairan IV, Nacl 2500 cc, 20 tpm Evaluasi:

Pada hari pertama, pasien masih merasakan lemas, tapi sudah berkurang, dan masih merasakan haus terus menerus, kesadaran composmentis, tidak mengantuk, tidak pusing, pasien masih terlihat Lelah/lesu, gemetar+,berkeringat+,mulut kering, GDA evaluasi 333 mg/dl. Pada hari kedua, pasien masih merasakan lemas, tapi sudah berkurang, dan perasaan haus terus menerus sudah mulai berkurang, kesadaran composmentis, tidak mengantuk, tidak pusing, pasien masih terlihat Lelah/lesu, gemetar-, berkeringat-, mulut lembab, kadar glukosa evaluasi 210 mg/dl. Sedangkan pada hari ketiga, pasien merasakan sudah mulai bertenaga, kesadaran composmentis, tidak mengantuk, tidak pusing, pasien tampak segar, gemetar-, berkeringat-, mulut lembab, kadar glukosa evaluasi 145 mg/dl.

1. Hipertermi berhubungan dengan penurunan imunitas Intervensi yang sudah dilakukan:
2. Mengidentifikasi penyebab hipertermi
3. Memonitor suhu tubuh
4. Melakukan pendingingan eksternal (kompres dingin)
5. Menganjurkan tirah baring
6. Berkolaborasi pemberian cairan elektrolit IV dan terapi medis. Nacl 2500 cc, 20 tpm, Paracetamol 3x1 tab

Evaluasi:

Pada hari pertama, pasien sudah tidak merasakan meriang, kulit normal, tidak merah, pucat+, takikardi, Nadi 92x/menit, RR 22x/menit, suhu tubuh 37,6 C, TD 130/80 mmHg, kadar glukosa darah evaluasi 333 mg/dl. Pada hari kedua, pasien sudah tidak merasakan meriang, kulit normal, tidak merah, pucat+, takikardi- Nadi 80x/menit, RR 23x/menit, suhu tubuh 36,3 C, TD 120/80 mmHg, kadar

glukosa darah evaluasi 210 mg/dl. Sedangkan pada hari ketiga, pasien sudah tidak merasakan meriang, kulit normal, tidak merah, pucat-, takikardi- Nadi 82x/menit,RR 18x/menit, suhu tubuh 36,2 C, TD 110/80 mmHg, kadar glukosa darah evaluasi 145 mg/dl.

1. Keletihan berhubungan dengan hipoksia perifer Intervensi yang sudah dilakukan:
2. Memonitor kelelahan fisik dan emosional
3. Memonitor pola dan jam tidur
4. Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus seperti cahaya, suara, kunjungan
5. Melakukan latihan rentang gerak aktif 5.Menganjurkan tirah baring
6. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
7. Menganjurkan menghubungi perawat jika ada tanda dan gejala kelelahan yang tidak berkurang

Evaluasi:

Pada hari pertama, pasien masih merasakan lemas, tapi sudah berkurang, verbalisasi kepulihan energi, tenaga meningkat, kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat (dapat duduk sendiri, tanpa bantuan keluarga), verbalisasi Lelah menurun, pasien masih nampak lesu, frekuensi nafas 22x/menit, tidak gelisah. Pada hari kedua, pasien masih merasakan lemas, tapi sudah berkurang, verbalisasi kepulihan energi, tenaga meningkat, kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat (dapat duduk sendiri, tanpa bantuan keluarga), verbalisasi Lelah menurun, pasien masih nampak lesu, frekuensi nafas 23x/menit, tidak gelisah. Sedangkan pada hari ketiga, pasien merasakan sudah tidak lemas lagi, verbalisasi

kepulihan energy, tenaga meningkat, kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat (dapat duduk sendiri, berjalan sendiri, tanpa bantuan keluarga), verbalisasi Lelah menurun, pasien masih nampak segar, frekuensi nafas 18x/menit, tidak gelisah

1. Resiko jatuh berhubungan dengan keletihan Intervensi yang sudah dilakukan:
2. Mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh
3. Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda atau sebaliknya
4. Mengorientasikan ruangan kepada pasien dan keluarga
5. Memastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci
6. Memasang handrall tempat tidur
7. Menempatkan pasien beresiko jatuh tinggi dekat dengan pantauan perawat dari nurse station
8. Mempersiapkan dan menganjurkan pasien untuk menggunakan alat bantu berjalan misal kursi roda, walker
9. Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien
10. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
11. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
12. Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh Evaluasi:

Pada hari pertama, kedua, dan ketiga, pasien tidak jatuh dari tempat tidur, tidak jatuh saat berdiri, tidak jatuh saat berjalan

1. Kasus 4.

Pasien datang di UGD pada tanggal 11/01/2020 dengan keluhan lemas, sering haus, mukosa mulut kering, sering BAK 4-6x, dan mengeluh nyeri di bagian kaki kanan. Nyeri seperti ditusuk-tusuk, terus menerus, dan semakin meningkat jika kaki yang terluka tersentuh. Skala nyeri 5-6 ( nyeri sedang), pasien juga mengatakan sulit tidur. Pasien mengatakan terdapat luka di bagian kaki karena terkena pisau sejak 1 minggu yang lalu. TD 125/90 mmHg, N: 92x/menit, RR 19x/menit pola nafas cepat, diaphoresis+, pasien terlihat protektif terhadap luka yang terdapat di kaki, tampak meringis, gelisah. Suhu 36,1 C, kulit teraba hangat, SpO2 99-100%. GDA datang 364 mg/dl. Terdapat luka di kaki dengan kedalaman 1-2 cm, goa+ 2 cm, pus+, nekrosis+ sedikit, warna dasar luka merah, kerusakan jaringan dan kulit+. Pasien juga merasakan mual, tetapi tidak muntah. Pasien terlihat pucat. Diangnosa keperawatan yang diangkat:

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin

Intervensi yang sudah dilakukan:

1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
2. Memonitor kadar glukosa darah
3. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia
4. Memonitor intake dan output cairan
5. Memonitor frekuensi nadi
6. Mengajarkan pengelolaan diabetes (misalkan penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan,penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)
7. Berkolaborasi pemberian insulin, Insulin 10 unit, Glimepirid 0-1-0 tab
8. Berkolaborasi pemberian cairan IV, Nacl 2500 cc, 20 tpm

Evaluasi:

Pada hari pertama, pasien masih merasakan lemas, lesu, dan masih merasakan sering haus, kesadaran composmentis, pasien terlihat Lelah, lesu, sedikit gemetar, berkeringat, mulut kering, GDA evaluasi= 211 mg/dl. Pada hari kedua, pasien masih merasakan lemas, tapi sudah berkurang, kesadaran composmentis, pasien terlihat Lelah, lesu, sedikit gemetar, berkeringat-, mulut lembab, GDA evaluasi

180 mg/dl. Sedangkan pada hari ketiga, pasien mengatakan sudah mulai bertenaga, kesadaran composmentis, pasien terlihat lebih segar, gemetar, berkeringat-, mulut lembab, GDA evaluasi 138 mg/dl.

1. Nyeri akut berhubungan dengan perlukaan di kaki Intervensi yang sudah dilakukan:
2. Mengidentifikasi kareakteristik nyeri
3. Mengidentifikasi riwayat alergi obat
4. Memonitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgesic
5. Memonitor efektivitas analgesic
6. Berkolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesic Pethidin 1x1 amp

Evaluasi:

Pada hari pertama, pasien masih mengeluhkan nyeri, tetapi sudah berkurang, keluhan nyeri +, Skala nyeri 3-4, gelisah, kesulitan tidur +, diaphoresis+, N: 89x/menit, pola nafas normal, RR 20x.menit. Pada hari kedua, pasien masih mengeluhkan nyeri, tetapi sudah berkurang banyak, keluhan nyeri +, Skala nyeri 3, gelisah-, kesulitan tidur -, diaphoresis-,N: 85x/menit, pola nafas normal, RR 19x.menit. Sedangkan padahari ketiga, pasien masih mengeluhkan nyeri, tetapi sudah berkurang banyak, keluhan nyeri +, Skala nyeri 2, gelisah-, tidak ada kesulitan tidur, diaphoresis-, N: 80x/menit, pola nafas normal, RR 19x.menit.

1. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan gangrene Intervensi yang sudah dilakukan:
2. Memonitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)
3. Memonitor tanda- tanda infeksi
4. Membersihkan dengan cairan NAcl sesuai kebutuhan
5. Membersihkan jaringan nekrotik
6. Memasang balutan sesuai dengan jenis luka
7. Mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka
8. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi
9. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
10. Berkolabrasi pemberian antibiotic, Ceftriaxon : 1x 1 amp Evaluasi:

Pada hari pertama kerusakan jaringan dan kulit+, luas luka 2 cm, kedalaman 1 cm, goa+, nyeri menurun, skala nyeri 3-4, tidak ada perdarahan, kemerahan pada luka+,nekrosis+, suhu kulit hangat. Pada hari kedua kerusakan jaringan dan kulit+, luas luka 2 cm, kedalaman 1 cm, goa+, nyeri menurun, skala nyeri 3, tidak

ada perdarahan,kemerahan pada luka+,nekrosis-, suhu kulit hangat. Sedangkan pada hari ketiga kerusakan jaringan dan kulit+, luas luka 2 cm, kedalaman 1 cm, goa+, warna dasar luka merah, nyeri menurun, skala nyeri 2, tidak ada perdarahan, kemerahan pada luka-, nekrosis-, suhu kulit hangat.

1. Nausea berhubungan dengan peningkatan ureum kreatinin dalam darah Intervensi yang sudah dilakukan:
2. Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup
3. Menganjurkan makanan rendah lemak
4. Berkolaborasi pemberian antiemetic Ondansentron 2 ml 1x1 inj

Evaluasi:

Pada hari pertama, pasien tidak merasakan mual, nafsu makan meningkat, 1 porsi makanan, sisa 1/3porsi, keluhan mual-, ada perasaan asam di mulut, diaphoresis+, Pucat+, takikardi, Nadi 89x/menit. Pada hari kedua, pasien tidak merasakan mual, nafsu makan meningkat, 1 porsi makanan, sisa 1/3porsi, keluhan mual-, tidak ada perasaan asam di mulut, diaphoresis-, Pucat+, Nadi 85x/menit. Sedangkan pada hari ketiga, pasien tidak merasakan mual, nafsu makan meningkat, 1 porsi makanan, sisa -, keluhan mual-, tidak ada perasaan asam di mulut, diaphoresis- Pucat-, takikardi-, Nadi 80x/menit.