**BAB 5 PENUTUP**

88

5.1 Kesimpulan

Simpulan Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes mellitus di Ruang Perawatan UPT Puskesmas Wates selama tanggal 28 Desember 2020 sampai dengan 11 Januari 2020, maka dapat penulis simpulkan sebagai berikut :

1. Saat dilakukan pengkajian tanggal 28 Desember 2020 sampai dengan 11 Januari 2020 didapatkan semua pasien (100%) mengalami ketidakstabilan glukosa darah, 2 pasien (50%) mempunyai luka ganggren, 1 pasien (25%) mengeluh sesak, 2 pasien (50%) mengeluh badan panas, dan 2 pasien (50%) mengalami mual,muntah.
2. Saat pengkajian penulis merumuskan 9 (empat) diagnosa, yaitu:
3. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan ketoasidosis sebanyak 1 pasien (25%)
4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin sebanyak 4 pasien (100%).
5. Hipertermi berhubungan dengan gangrene sebanyak 2 pasien (50%)
6. Nyeri akut berhubungan dengan gangrene sebanyak 2 pasien (50%)
7. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan gangrene sebanyak 2 pasien (50%)
8. Nausea berhubungan dengan peningkatan ureum kreatinin dalam darah sebanyak 2 pasien (50%)
9. Resiko hypovolemia berhubungan dengan diuresis osmotic sebanyak 1 pasien (25%)
10. Keletihan berhubungan dengan hipoksia perifer sebanyak 2 pasien (50%)
11. Resiko jatuh berhubungan dengan keletihan sebanyak 2 pasien (50%)

88

5.2 Saran

1. Bagi profesi keperawatan diharapkan lebih memprioritaskan penatalaksanaan diabetes mellitus secara terpadu dengan berdasar pada 4 pilar pengelolaan diabetes mellitus yang meliputi edukasi, terapi diet, farmakologis dan aktivitas fisik, dan kontrol rutin serta managemen stress, serta melaksanakan penatalaksanaan kasus hiperglikemi maupun hipoglikemi sesuai dengan standart yang telah ditetapkan.
2. Bagi lahan praktik diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kepada pasien diabetes mellitus yang terintegrasi dengan beberapa program yang terkait, membuat regulasi yang terkait dengan penatalaksanaan kasus diabetes mellitus, serta meningkatkan sumberdaya baik manusia maupun peralatan untuk melaksanakan penatalaksanaan DM.
3. Bagi pasien dan keluarga diharapkan selalu menerapkan pilar pengelolaan diabetes mellitus, aktif dalam beberapa program yang dikhususkan puskesmas untuk penyakit DM seperti prolanis atau posbindu setempat guna monitoring dan mengevaluasi kondisi dari penyakit DM.

# DAFTAR PUSTAKA

Almatsier, Sunita. 2010. *Penuntun Diet Edisi Baru*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

American Diabetes As sociation (ADA), 2011. *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus* Diakses pada 30 September 2018 (16.30),

<[*www.care.diabetesjournals.org/content/34/Supplement\_1/S62.full*](http://www.care.diabetesjournals.org/content/34/Supplement_1/S62.full)*>*

.(2016*). The Journal of Clinical and Applied Research and Education. Standart of Medical Care in Diabetes* .ISSN 0149-5992.Diakses pada 30 September 2018 (16:25),

<[*www.care.diabetesjournals.org/content/34/Supplement\_1/S62.full*](http://www.care.diabetesjournals.org/content/34/Supplement_1/S62.full)*>*

Brunner and Suddarth. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12*. Jakarta: ECG.

Kemenkes RI. 2008. *Infodatin (Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI*. Diakses

pada 30 81 ptember 2018 (16:50),

Se

[*esources*](http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-diabetes.pdf)

<[*www.depkes.go.id/r /download/pusdatin/infodatin/infodatin-*](http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-diabetes.pdf)[*diabetes.pdf*](http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-diabetes.pdf)*>.*

DINAS KESEHATAN KAB. BLITAR. 2019. Profil Penyakit Tidak Menular Kabupaken Blitar Tahun 2019.

DiPiro J.T., Wells B.G., Schwinghammer T.L. and DiPiro C. V.2015. *Pharmacotherapy Handbook, Ninth Edit., McGraw-Hill Education Companies.* Inggris.

Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular Depkes RI. 2008. *Pedoman Teknis Penemuan dan Tatalaksana Penyakit Diabetes Mellitus*. Jakarta: DEPKES RI

Ekoe, J. M., Zubin Punthakee MD, MSc, FRCPC, Thomas Ransom MD, MSc, FRCPC, Ally P. H.Prebtani BScPhm, MD, FRCPC. 2013. *Screening for Type 1 and T ype 2, Canadian Journal of Diabetes,* Volume 37 : S12- S15. Diakses tanggal 2 Oktober 2018 (17:30),

<[*www.canadianjournalofdiabetes.com*](http://www.canadianjournalofdiabetes.com/)*>.*

Fatimah, Restyana Noor. 2015. *Diabetes Mellitus Tipe 2. J Majority* Vol. 4 No. 5 (101-93). Diakses tanggal 2 Oktober 2018 (16:40),

<[*http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/downlo*](http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/downlo) *ad/615/619>.*

Firdaus, Muhammad. 2017. *Diabetes dan Rumput Laut Cokelat*. Malang: UB Press.

Grace, Pierce A. dan Neil R. Borley. 2007. *At a Glance Ilmu Bedah . Alih Bahasa dr. Vidia Umami. Editor Amalia S. Edisi 3*. Jakarta: Erlangga.

International Diabetes Federation. 2015. *IDF Diabetes Atlas Sixth Edition*. Diakses tanggal 30 September 2018 (15:30),

<[*http://www.oedg.at/pdf/1606\_idf\_atlas\_2015\_uk.pdf*](http://www.oedg.at/pdf/1606_idf_atlas_2015_uk.pdf)*>.*

Lumenta, Nico.A., dkk. 2010. *Kenali Jenis Penyakit dan Cara Penyembuhannya: MANAJEMEN HIDUP SEHAT.* Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

Marewa, Lukman Waris. 2015. *Kencing Manis (Diabetes Mellitus) di Sulawesi Selatan*. Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia.

Ozougwu,J.C, et all. 2013*. The Patogenesis and Pathophysiology of Type 1 and Type 2 Diabetes Mellitus. Vol.4 ISSN 2141-2601*. Diakses tanggal 3 Oktober 2018 (11:45), <[*http://www.academicjournals.org/JPAP*](http://www.academicjournals.org/JPAP)*>.*

PERKENI. 2015. *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia.* Jakarta: PB PERKENI

Soegondo, Sidartawan, dkk. 2010. *Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu*.

Jakarta: Balai Penerbit FKUI

Sudoyo, A.W, Setiyohadi, Alwi, dkk. 2009. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III Edisi V*. Jakarta: Interna Publishing.

Surkesda. 2008. Faktor Resiko Penyakit Tidak Menular. Diakses tanggal 30 September 2018 (11:10), *<*[*http://jogjaprov.go.id/../65/html*](http://jogjaprov.go.id/65/html)*>.*

Tandra, Hans. 2017. *Segala Sesuatu yang Harus Anda Ketahui tentang Diabetes, Panduan Lengkap Mengenal dan Mengatasi Diabetes dengan Cepat dan Mudah*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI.2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik.* Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI.2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan.*Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI.2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan.*Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

**LAMPIRAN ASUHAN KEPERAWATAN**

# ASUHAN KEPERAWATAN

**Tn.T DENGAN DIABETES MELLITUS + GANGREN DI RUANG PERAWATAN UPT PUSKESMAS WATES**



**Oleh:**

**BETY DESIANA (1712043)**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PATRIA HUSADA BLITAR 2020**



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN STIKes PATRIA HUSADA BLITAR**

Pengkajian tgl : 28/12/2019

Tanggal MRS : 28/12/2019

# FORMAT PENGKAJIAN

Jam : 14.30

NO. RM 22024

Dx. Masuk : DM + gangren

Ruang/Kelas : Perawatan, klas II Dokter yang merawat : dr. Indah

Nama : Tn. T Jenis Kelamin : Laki- laki

Umur : 53 th Status Perkawinan : Menikah

Agama :Islam Penanggung Biaya : bpjs Pendidikan : SD

***Identitas***

Pekerjaan : Buruh Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Alamat : Ringinrejo Rt 03 Rw 01, Wates Keluhan utama :

Pasien mengatakan lemas, sering haus, dan mengeluh nyeri di bagian kaki kanan.

# Riwayat penyakit saat ini :

Pasien datang 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 sulit tidur. Pasien mengatakan terdapat luka di bagian kaki karena tersandung batu sejak 3 hari yang alu. 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.

**Riwayat Sakit dan Kesehatan**

# Penyakit yang pernah diderita :

Riwayat masa lalu, pasien mengatakan menderita kencing manis sejak 2 tahun yang lalu

# Riwayat Gaya Hidup:

Konsumsi alcohol 1-2x sebulan, kurang aktivitas, tidak pernaholahraga, perokok aktif 1 hari 1 bungkus rokok, tidak melakukan diet DM, konsumsi obat OHO tidak teratur.

# Riwayat penyakitkeluarga :

ibu pasien mempunyai riwayat hipertensi dan kencing manis

**Riwayat alergi**:  ya tidak Jelaskan :



Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum:  baik  sedang

lemah Kesadaran: composmntis



Tanda vital TD: 135/90 mmHg Nadi: 98 x/mnt (takikardi) Suhu :37,9 ºC RR:18 x/mnt Pola nafas irama:  Teratur (cepat)  Tidak teratur

**Pernafa san**

Jenis  Dispnoe  Kusmaul  Ceyne Stokes Lain-lain:retraksi-,

Suara nafas:  vesikuler  Stridor  Wheezing  Ronchi Lain-lain: Sesak nafas  Ya  Tidak  Batuk  Ya  Tidak

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Masalah: - | |
| **Kardiovaskuler** | Irama jantung:  Reguler  Ireguler S1/S2 tunggal  Ya  Tidak Nyeri dada:  Ya  Tidak  Bunyi jantung:  Normal  Murmur  Gallop lain-lain CRT:  < 3 dt  > 3 dt (4 detik)  Akral:  Hangat  Panas  Dingin kering  Dingin basah  Pembesaran vena jugularis- | | |
|  | Masalah: 1. Hipertermi | |
| **Persyarafan** | GCS Eye: 4 Verbal: 5 Motorik: 6 Total:15 | | |
| Refleks fisiologis:  patella  triceps  biceps lain-lain:normal Refleks patologis:  babinsky  budzinsky  kernig lain-lain:-  Lain-lain:  Istirahat / tidur: 4-5 jam/hari Gangguan tidur: merasakan nyeri yang terus menerus pada luka gangrene | | |
|  | Masalah:- | |
| **Penginderaan** | Penglihatan (mata)  Pupil :  Isokor  Anisokor  Lain-lain:- Sclera/Konjungtiva :  Anemis  Ikterus  Lain-lain:- Lain-lain :  Pendengaran/Telinga : normal  Gangguan pendengaran :  Ya  Tidak Jelaskan: - Lain-lain :-  Penciuman (Hidung)  Bentuk :  Normal  Tidak Jelaskan: Gangguan Penciuman :  Ya  Tidak Jelaskan: Lain-lain: pernafasan cuping hidung - | | |
|  | | Masalah: - |
| **Perkemihan** | Kebersihan:  Bersih  Kotor  Urin: Jumlah: 540 cc saat pengkajian Warna:kuning Bau: -  Alat bantu (kateter, dan lain-lain): -  Kandung kencing: Membesar  Ya  Tidak  Nyeri tekan  Ya  Tidak Gangguan:  Anuria  Oliguri  Retensi   Nokturia  Inkontinensia  Lain-lain: | | |
|  | | Masalah: - |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pencernaan** | Nafsu makan:  Baik  Menurun Frekuensi: 3 x/hari, Porsi makan: 1 porsi  Habis  Tidak Ket: -  Diet : lunak, RKTP, 1900 kal/hari  Minum: 600 cc/hari Jenis: air putih Mulut dan Tenggorokan  Mulut:  Bersih  Kotor  Berbau  Mukosa  Lembab  Kering  Stomatitis Tenggorokan  Nyeri telan  Kesulitan menelan   Pembesaran tonsil  Lain-lain:-  BB saat pengkajian 65 kg, TB 167 cm, BB sebelum MRS tidak terkaji.  Mual-, muntah -  Abdomen  Tegang  Kembung  Ascites  Nyeri tekan, lokasi: Peristaltik 18 x/mnt  Pembesaran hepar  Ya  Tidak  Pembesaran lien  Ya  Tidak  Buang air besar 1 x/hari Teratur:  Ya  Tidak Konsistensi padat Bau: normal Warna: kuning  Lain-lain: saat pengkajian belum BAB. | |
|  | Masalah- |
| **Muskuloskeletal/ Integumen** | Kemampuan pergerakan sendi:  Bebas  Terbatas  Kekuatan otot: 5 5 (lemah)  5 5  Kulit  Warna kulit:  Ikterus  Sianotik  Kemerahan  Pucat  Hiperpigmentasi Turgor:  Baik  Sedang (kembali 2 detik)  Jelek  Odema:  Ada  Tidak ada Lokasi: kaki kanan Luka  Ada  Tidak ada Lokasi di abdomen  Tanda infeksi luka  Ada  Tidak ada Yang ditemukan :  **kalor/**dolor/tumor/**Nyeri**/Fungsiolesa  Lain-lain : kulit di sekitar luka merah, pus+, nyeri tekan+ skala 4-5,, nekrosis+ sedikit, goa-, luas luka 0,5-1 cm, kedalaman 1 cm | |
|  | Masalah:   1. **Nyeri akut** 2. **Resti infeksi/ resiko infeksi** |
| **Endokrin** | Pembesaran Tyroid  Ya  Tidak  Hiperglikemia  Ya GDA 481 mg/dl  Tidak Hipoglikemia  Ya  Tidak  Luka gangren  Ya  Tidak Pus  Ya  Tidak | |
|  | Masalah: 1. ketidakstabilan kadar glukosa darah |
| **Personal Higiene** | Mandi : seka badan, dibantu istri Sikat gigi : +  Keramas : - Memotong kuku: - Ganti pakaian : | |
|  | Masalah: - |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Psiko-sosio-spiritual** | Orang yang paling dekat: Istri  Hubungan dengan teman dan lingkungan sekitar: keluarga mengatakan, hubungan dengan lingkungan sekitar baik, tidak ada permasalahan  Kegiatan ibadah: Pasien selalu beribadah tepat pada waktunya  Lain-lain : - | |
|  | Masalah: - |
| **Pemeriksaan penunjang** | Laboratorium Darah Lengkap  Hb : 12,8 (12 – 14)  Hematokrit: 43 (40 – 48)  TRombosit : 329.000  Leukosit: 13.300  MCV : 77,1 (82 – 92)  MCH : 25 (27 – 31)  MCHC : 32,4 (32 – 36)  Kimia darah  SGOT : 22 (< 25)  SGPT : 25 (< 20)  Triglicerida : 2,8  Cholesterol : 160 (150-250)  HDL 49  LDL 101  Ureum darah : 39 (20–40)  Kreatinin darah : 1,14 (0,5–1,5  Albumin serum : 3,5 gr/dl (3,4-5,4)  Na : 136 (135–47)  K : 4,1 (8,5-10,1)  Cl : 104 (100-06)  Asam urat : 3,2  GDA : 481mg/dl  HbA1c 9,2 | |
| **Radiologi/USG, dll** | EKG:  -  Radiologi:  - | |

Blitar, 28 Desember 2019 Perawat

Oral :

* Paracetamol 3x1 tab
* Glimepirid 0-1-0 tab

Injeksi:

* Ceftriaxon : 2 x 1 amp
* Pethidin 2x1 amp
* Insulin 10-10-10 iu

IV line

Nacl ; 2500 cc, 20 tpm

Diit: lunak, RKTP, kalori 1900 kal

**Terapi**:

(Bety Desiana)



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS STIKes PATRIA HUSADA BLITAR**

# PENILAIAN RiSIKO JATUH PASIEN DEWASA SKALA MORSE FALL SCALE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **RISIKO** | **SKOR** | **Skor Hari Perawatan Ke-** | | | | | | | | | |
| **1**  **Tgl 28/12** | **2**  **Tgl**  **…** | **3**  **Tgl**  **…** | **4**  **Tgl**  **…** | **5**  **Tgl**  **…** | **6**  **Tgl**  **…** | **7**  **Tgl**  **…** | **8**  **Tgl**  **…** | **9**  **Tgl**  **…** | **10**  **Tgl**  **…** |
| 1. | Mempunyai riwayat jatuh, baru atau 3 bulan terakhir   * Tidak * Ya | **0**  **25** | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Diagnosa sekunder > I |  | 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  Tidak | **0** |  |
|  |  Ya | **25** |  |
| 3. | Ambulasi berjalan   * *Bedrest* /dibantu perawat * Penyangga/tongkat/*walker*/t hreepot/kursi roda * Mencengkeram *furniture* |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **0** |  |
|  | **15** |  |
|  | **30** |  |
| 4. | Terpasang IV line/pemberian |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | antikoagulan (heparin )/obat |  |  |
|  | lain yang digunakan |  |  |
|  | mempunyai *side effects* jatuh |  |  |
|  |  Tidak | **0** |  |
|  |  Ya | **20** |  |
| 5. | Cara berjalan/berpindah |  | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  Normal/*bedrest/*imobilisasi | **0** |  |
|  |  Kelelahan dan lemah | **10** |  |
|  |  Keterbatasan/terganggu | **20** |  |
| 6. | Status mental   * Normal/sesuai kemampuan diri * Lupa keterbatasan diri/penurunan kesadaran |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **0** |  |
|  | **15** |  |
|  | **TOTAL SKOR** |  | 35 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nama dan paraf petugas yang melakukan penilaian** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Kesimpulan: Resiko jatuh rendah dengan skore 35**

Keterangan :

Tingakat resiko :

1. Skor > 51 risiko tinggi, lakukan intervensi jatuh risiko tinggi;
2. Skor 25 – 50 risiko rendah, lakukan intervensi jatuh standar;
3. Skor 0 – 24 tidak berisiko, perawatan yang baik.



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS STIKes PATRIA HUSADA BLITAR**

**LEMBAR PENILAIAN DEKUBITUS (NORTON SCALE)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **PARAMETER** | **SKOR** | **Skor Hari Perawatan Ke-** | | | | | | | | | |
| **1**  **Tgl**  **28/12** | **2**  **Tgl**  **…** | **3**  **Tgl**  **…** | **4**  **Tgl**  **…** | **5**  **Tgl**  **…** | **6**  **Tgl**  **…** | **7**  **Tgl**  **…** | **8**  **Tgl**  **…** | **9**  **Tgl**  **…** | **10**  **Tgl**  **…** |
| 1. | Kondisi Fisik   * Baik * Cukup baik * Buruk * Sangat buruk | **4**  **3**  **2**  **1** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Kondisi Mental   * Waspada * Apatis * Bingung * Pingsan/tidak sadar | **4**  **3**  **2**  **1** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Kegiatan   * Dapat berpindah * Berjalan dengan bantuan * Terbatas kursi * Terbatas ditempat tidur | **4**  **3**  **2**  **1** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Mobilitas   * Penuh * Agak terbatas * Sangat terbatas * Sulit bergerak | **4**  **3**  **2**  **1** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Inkontinensia   * Tidak mengompol * Kadang-kadang * Biasanya yang keluar urine * Biasanya yang keluar urine   dan kotoran | **4**  **3**  **2**  **1** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **TOTAL SCORE** |  | 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nama dan paraf yang melakukan penilaian** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Interpretasi :

Nilai maksimum 20

Nilai minimum 5

Pasien berisiko dekubitus jika nilai < 14

Kesimpulan: tidak beresiko decubitus dengan skore 16



# ANALISA DATA

Nama: Tn. T Umur: 53 Th.

Alamat: Wates No. register: 22024

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **DATA** | **MASALAH** | **PENYEBAB** |
| 1 | Ds: | Ketidakstabilan | Factor resiko    Kerusakan reseptor insulin  Glucagon meningkat    Ketidakstabilan kadar glukosa darah |
|  | Pasien mengatakan lemas, sering haus | kadar glukosa |
|  | Do: | darah |
|  | GDA 481 mg/dl |  |
|  | Mukosa mulut kering |  |
|  | BAK 4-5x |  |
| 2 | Ds:-  Do:  Suhu 37,9 C, kulit teraba panas Kulit terlihat memerah  N: 98x/menit RR 18x/menit | hipertermi | Hiperglikemia |
|  |  | Glikosuria |
|  |  | Osmotic diuresis |
|  |  | Hemoconsentrasi |
|  |  | Thrombosis |
|  |  | Athrerosclerosis |
|  |  | Komplikasi macrovasculer, gangrene |
|  |  | Infeksi |
|  |  | Hipertermia |
| 3 | Ds:  Pasien mengeluh nyeri bagian kaki seperti diris- iris, terus menerus, nyeri semakin meningkat jika luka di kaki  tersentuh, skala nyeri 4-5, dan sulit tidur | Nyeri akut | Hiperglikemia Glikosuria Osmotic diuresis  Hemoconsentrasi |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Do:  Pasien tampak meringis  Pasien bersikap protektif pada luka Gelisah  N: 98x.menit  TD 135/90 mmHg  RR 18x/menit, cepat, berkeringat |  | Thrombosis Athrerosclerosis  Komplikasi macrovasculer, gangrene    Nyeri akut |
| 4. | Ds:  Pasien mengatakan terdapat luka di bagian kaki karena tersandung batu sejak 3 hari yang lalu  Do:  Kerusakan lapisan kulit+ Gangrene+  Nyeri + skala nyeri 4-5 ( nyeri sedang) Perdarahan-  Warna kulit kemerahan, luas luka 0,5-1  cm, kedalaman 1 cm, goa-, pus+, nekrosis+ sedikit | Gangguan | Hiperglikemia |
|  | integritas kulit | Glikosuria |
|  | dan jaringan | Osmotic diuresis |
|  |  | Hemoconsentrasi |
|  |  | Thrombosis |
|  |  | Athrerosclerosis |
|  |  | Komplikasi macrovasculer, gangrene |
|  |  | Gangguan integritas kulit dan jaringan |



Nama: Tn. T Umur: 53 Th.

Alamat: Wates No. register: 22024

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO.** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **KET** |
| 1. | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan  dengan kerusakan reseptor insulin | 28/12/2019 |
| 2. | Hipertermi berhubungan dengan gangren | 28/12/2019 |
| 3. | Nyeri akut berhubungan dengan gangren | 28/12/2019 |
| 4 | Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan  dengan gangren | 28/12/2019 |

# DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama: Tn. T Umur: 53 Th.

Alamat: Wates No. register: 22024

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **TGL**  **MUNCUL** | **TGL**  **TERATASI** |
| 1. | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan  dengan kerusakan reseptor insulin | 28/12/2019 |  |
| 2. | Hipertermi berhubungan dengan gangren | 28/12/2019 |  |
| 3. | Nyeri akut berhubungan dengan gangren | 28/12/2019 |  |
| 4 | Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan  dengan gangren | 28/12/2019 |  |

Nama: Tn. T Umur: 53 Th.

Alamat: Wates No. register: 22024.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA** | **SLKI** | **SDKI** |
| **HASIL** | **INTERVENSI** |
| 1 | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin | Setelah dilakukan intervensi selama 1 x24 jam, kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil:   1. Kesadaran composmentis 2. Tidak mengantuk 3. Tidak pusing 4. Tidak Lelah/lesu 5. Tidak gemetar 6. Tidak berkeringat 7. Mulut lembab 8. Tidak ada rasa haus   i. Kadar glukosa 90-140 mg/dl | Managemen hiperglikemia Observasi:   1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat 3. Monitor kadar glukosa darah 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 5. Monitor intake dan output cairan 6. Monitor frekuensi nadi Terapeutik 7. Berikan asupan cairan oral 8. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk   Edukasi   1. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 2. Ajarkan pengelolaan   diabetes (misalkan penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan,penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)  Kolaborasi   1. Kolaborasi pemberian insulin 2. Kolaborasi pemberian   cairan IV |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| 2 | Hipertermi berhubungan dengan gangren | Setelah dilakukan intervensi selama 1x24 jam, termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:   1. kulit normal, tidak merah 2. tidak pucat 3. tidak ada takikardi 4. RR normal 5. suhu tubuh normal 6. TD normal 7. kadar glukosa darah normal, rentang 90-140 mg/dl. | Managemen hipertermi Observasi:   1. identifikasi penyebab hipertermi 2. monitor suhu tubuh |
|  |  | terapeutik:   1. berikan cairan per oral 2. lakukan pendingingan eksternal (kompres dingin) |
|  |  | edukasi:  anjurkan tirah baring Kolaborasi:  Kolaborasi pemberian cairan elektrolit IV dan terapi medis. |
| 3 | Nyeri akut berhubungan dengan gangren | Setelah dilakukan intervensi selama1x24 jam, tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:   1. tidak ada keluhan nyeri 2. tidak gelisah, tidak ada kesulitan tidur 3. tidak diaphoresis 4. Nadi normal 80x/menit 5. pola nafas normal | 1. Pemberian analgesic   \*Observasi   * 1. Identifikasi kareakteristik nyeri   2. identifikasi riwayat alergi obat   3. monitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgesic   4. monitor efektivitas analgesic |
|  |  | \*Terapeutik   1. pertimbangkan penggunaan infus secara kontinu 2. tetapkan target efektivitas analgesic untuk mengobtimalkan respon pasien 3. dokumentasikan respon terhadap efek anlagesik dan efek yang tidak diinginkan |
|  |  | \*edukasi  a. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | \*Kolaborasi  a. kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik  2. Managemen nyeri  \*Observasi   1. identifikasi karakteristik nyeri, lokasi, durasi, frekuensim kualitas, dan intensitas nyeri 2. identifikasi skala nyeri 3. identifikasi respon nyeri non verbal 4. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan   \*terapeutik   1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri   \*edukasi   1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. jelaskan strategi meredakan nyeri 3. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri   \*kolaborasi  a. kolaborasi pemberian analgesic |
| 4 | Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan gangren | Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:  a. Kerusakan jaringan  menurun | Perawatan luka Observasi:   1. Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda- tanda |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Kerusakan lapisan kulit menurun 2. Nyeri menurun 3. Tidak ada perdarahan 4. Tidak ada kemerahan 5. Tidak ada nekrosis 6. Suhu kulit hangat | infeksi Terapeutik   1. Bersihkan dengan cairan NAcl sesuai kebutuhan 2. Bersihkan jaringan nekrotik 3. Pasang balutan sesuai dengan jenis luka 4. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 5. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam sesuai kondisi pasien 7. Berikan diet dengan kaloro 30-35 kkal/kgbb/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgbb/hari 8. Berikan suplemen vitamin dan mineral |
| Edukasi:   1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri |
| Kolaborasi:   1. Kolaborasi prosedur debridement jika perlu 2. Kolabrasi pemberian   antibiotic. |

# IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama: Tn. T Umur: 53 Th.

Alamat: Wates No. register: 22024

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N O.** | **DIAGNOSA** | **Hari/Tan ggal** | **JAM** | **IMPLEMENTASI** | **EVALUASI** | **Paraf** |
| 1 | Ketidakstabilan | Sabtu, 28 | 14.30 | Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia  Memonitor kadar glukosa darah  Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia  Memonitor intake dan output cairan  Memonitor frekuensi nadi  Mengajarkan pengelolaan diabetes (misalkan penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan,penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)  berkolaborasi pemberian insulin   * Insulin 10 unit   berkolaborasi pemberian cairan IV Nacl ; 2500 cc, 20 tpm | S:  Pasien masih merasakan lemas, lesu, dan masih merasakan sering haus.  O:  Kesadaran composmentis Pasien terlihat Lelah, lesu Sedikit gemetar Berkeringat  Mulut kering  GDA evaluasi 4 jam= 339 mg/dl.  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
|  | kadar glukosa  darah | Desember  2019 |  |
|  | berhubungan |  | 14.30 |
|  | dengan |  |  |
|  | kerusakan reseptor insulin |  | 14.45 |
|  |  |  | 15.00 |
|  |  |  | 16.00 |
|  |  |  | 17.30 |
|  |  |  | 14.30 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | Hipertermi berhubungan dengan gangren | Sabtu, 28 Desember 2019 | 14.30  14.35  14.45  14.45  14.30 | Mengidentifikasi penyebab hipertermi  Memonitor suhu tubuh  melakukan pendingingan eksternal (kompres dingin)  Menganjurkan tirah baring Berkolaborasi pemberian cairan elektrolit IV dan terapi medis.  Nacl ; 2500 cc, 20 tpm Paracetamol 1x1 tab | S:  Pasien mengeluh panas di badannya  O:  Kulit terlihat merah Pucat  Takikardi-, Nadi 88x/menit RR 20x/menit  S: 37,6 C  TD 120/80 mmHg GDA 339 mg/dl  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
| 3 | Nyeri akut  berhubungan dengan gangren | Sabtu, 28 Desember 2019 | 14.30  14.30 | mengidentifikasi kareakteristik nyeri  mengidentifikasi riwayat alergi  obat | S:  Pasien masih mengeluhkan nyeri, tetapi sudah berkurang O:  Keluhan nyeri +, Skala nyeri 3- 4  gelisah, kesulitan tidur + diaphoresis+  N: 88x/menit  Pola nafas normal, RR 20x.menit  A: masalah teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi |  |
|  |  |  |  | memonitor TTV sebelum dan |
|  |  |  |  | sesudah pemberian analgesic |
|  |  |  |  | memonitor efektivitas analgesic |
|  |  |  |  | berkolaborasi pemberian dosis dan |
|  |  |  |  | jenis analgesic |
|  |  |  | 14.50 | * Pethidin 1x1 amp |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4 | Gangguan  integritas kulit dan jaringan | Sabtu, 28 Desember 2019 | 16.00  16.15 | Memonitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau) Memonitor tanda- tanda infeksi  Membersihkan dengan cairan NAcl | S:- O:  Kerusakan jaringan dan kulit+, luas luka 1 cm, kedalaman 1 cm, goa-  Nyeri menurun, skala nyeri 3-4 Tidak ada perdarahan Kemerahan pada luka+  Tidak ada nekrosis Suhu kulit hangat  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
|  | berhubungan |  |  | sesuai kebutuhan |
|  | dengan gangren |  |  | Membersihkan jaringan nekrotik  memasang balutan sesuai dengan |
|  |  |  |  | jenis luka |
|  |  |  |  | mempertahankan Teknik steril saat |
|  |  |  |  | melakukan perawatan luka |
|  |  |  | 16.30 | Menjelaskan tanda dan gejala |
|  |  |  |  | infeksi |
|  |  |  |  | Menganjurkan mengkonsumsi |
|  |  |  |  | makanan tinggi kalori dan protein |
|  |  |  | 16.30 | berkolabrasi pemberian antibiotic. |
|  |  |  |  | * Ceftriaxon : 1x 1 amp |

# IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama: Tn. T Umur: 53 Th.

Alamat: Wates No. register: 22024

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N O.** | **DIAGNOSA** | **Hari/Tan ggal** | **JAM** | **IMPLEMENTASI** | **EVALUASI** | **Paraf** |
| 1 | Ketidakstabilan | Minggu, 29  Desember 2019 | 08.00 | Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia  Memonitor kadar glukosa darah  Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia  Memonitor intake dan output cairan  Memonitor frekuensi nadi  Mengajarkan pengelolaan diabetes (misalkan penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan,penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)  berkolaborasi pemberian insulin   * Insulin 10 unit | S:  Pasien masih merasakan lemas, lesu, tetapi sudah berkurang  O:  Kesadaran composmentis Pasien mulai terlihat segar Sedikit gemetar Berkeringat-  Mulut lembab  GDA evaluasi 12 jam= 184 mg/dl.  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
|  | kadar glukosa |  |
|  | darah |  |
|  | berhubungan |  |
|  | dengan |  |
|  | kerusakan reseptor insulin | 08.45 |
|  |  | 09.00 |
|  |  | 08.00 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | Hipertermi berhubungan dengan gangren | Minggu, 29  Desember 2019 | 08.00 | Mengidentifikasi penyebab hipertermi  Memonitor suhu tubuh  Menganjurkan tirah baring Berkolaborasi pemberian cairan elektrolit IV dan terapi medis.  Nacl ; 2500 cc, 20 tpm Paracetamol 1x1 tab | S:  Pasien merasakan badannya sudah tidak panas lagi  O:  Kulit terlihat merah- Pucat-  Takikardi-, Nadi 85x/menit RR 17x/menit  S: 36,9 C  TD 125/80 mmHg GDA 184 mg/dl  A: masalah teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi |  |
|  |  |  | 08.35 |
|  |  |  | 09.00 |
| 3 | Nyeri akut  berhubungan dengan gangren | Minggu, 29  Desember 2019 | 08.30 | mengidentifikasi kareakteristik nyeri  mengidentifikasi riwayat alergi  obat | S:  Pasien masih mengeluhkan nyeri, tetapi sudah berkurang O:  Keluhan nyeri +, Skala nyeri 3 Gelisah-  kesulitan tidur - diaphoresis-  N: 85x/menit  Pola nafas normal, RR 17x.menit  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
|  |  |  |  | memonitor TTV sebelum dan |
|  |  |  |  | sesudah pemberian analgesic |
|  |  |  |  | memonitor efektivitas analgesic |
|  |  |  | 09.00 | berkolaborasi pemberian dosis dan |
|  |  |  |  | jenis analgesic |
|  |  |  |  | * Pethidin 1x1 amp |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4 | Gangguan  integritas kulit dan jaringan | Minggu, 29  Desember 2019 | 09.00 | Memonitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau) Memonitor tanda- tanda infeksi  Membersihkan dengan cairan NAcl | S:- O:  Kerusakan jaringan dan kulit+, luas luka 1 cm, kedalaman 1 cm, goa-  Nyeri menurun, skala nyeri 3 Tidak ada perdarahan Kemerahan pada luka-  Tidak ada nekrosis Suhu kulit hangat  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
|  | berhubungan |  |  | sesuai kebutuhan |
|  | dengan gangren |  |  | Membersihkan jaringan nekrotik  memasang balutan sesuai dengan |
|  |  |  |  | jenis luka |
|  |  |  |  | mempertahankan Teknik steril saat |
|  |  |  |  | melakukan perawatan luka |
|  |  |  | 09.15 | Menjelaskan tanda dan gejala |
|  |  |  |  | infeksi |
|  |  |  |  | Menganjurkan mengkonsumsi |
|  |  |  |  | makanan tinggi kalori dan protein |
|  |  |  | 09.20 | berkolabrasi pemberian antibiotic. |
|  |  |  |  | * Ceftriaxon : 1x 1 amp |

# IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama: Tn. T Umur: 53 Th.

Alamat: Wates No. register: 22024

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N O.** | **DIAGNOSA** | **Hari/Tan ggal** | **JAM** | **IMPLEMENTASI** | **EVALUASI** | **Paraf** |
| 1 | Ketidakstabilan  kadar glukosa darah | Senin, 30 Desember 2019 | 13.30 | Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia  Memonitor kadar glukosa darah  Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia  Memonitor intake dan output cairan  Memonitor frekuensi nadi  Mengajarkan pengelolaan diabetes (misalkan penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan,penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)  berkolaborasi pemberian insulin   * Insulin 10 unit | S:  Pasien mengatakan sudah tidak merasakan lemas |  |
|  | berhubungan |  |  | O: |
|  | dengan |  |  | Kesadaran composmentis |
|  | kerusakan |  |  | Pasien mulai terlihat segar |
|  | reseptor insulin |  |  | Gemetar- |
|  |  |  |  | Berkeringat- |
|  |  |  |  | Mulut lembab |
|  |  |  |  | GDA evaluasi 12 jam= 132 |
|  |  |  |  | mg/dl. |
|  |  |  |  | A: masalah teratasi |
|  |  |  | 13.40 | P: pertahankan intervensi |
|  |  |  |  | Visite jam 13.00 |
|  |  |  |  | A/P dr, GDA stabil, K/u bagus, |
|  |  |  |  | Acc pulang |
|  |  |  | 14.00 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | Hipertermi berhubungan dengan gangren | Senin, 30 Desember 2019 | 13.30 | Mengidentifikasi penyebab hipertermi  Memonitor suhu tubuh  Menganjurkan tirah baring Berkolaborasi pemberian cairan elektrolit IV dan terapi medis.  Nacl ; 2500 cc, 20 tpm Paracetamol 1x1 tab | S:  Pasien merasakan badannya sudah tidak panas lagi  O:  Kulit terlihat merah- Pucat-  Takikardi-, Nadi 80x/menit RR 18x/menit  S: 36,4 C  TD 130/80 mmHg GDA 132 mg/dl A: masalah teratasi  P: hentikan intervensi |  |
| 3 | Nyeri akut  berhubungan dengan gangren | Senin, 30 Desember 2019 | 13.30 | mengidentifikasi kareakteristik nyeri  mengidentifikasi riwayat alergi  obat | S:  Pasien masih mengeluhkan nyeri, tetapi sudah berkurang banyak  O:  Keluhan nyeri +, Skala nyeri 2 Gelisah-  kesulitan tidur - diaphoresis-  N: 80x/menit  Pola nafas normal, RR 18x.menit  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
|  |  |  |  | memonitor TTV sebelum dan |
|  |  |  |  | sesudah pemberian analgesic |
|  |  |  |  | memonitor efektivitas analgesic |
|  |  |  | 14.00 | berkolaborasi pemberian dosis dan |
|  |  |  |  | jenis analgesic |
|  |  |  |  | * Pethidin 1x1 amp |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4 | Gangguan  integritas kulit dan jaringan | Senin, 30 Desember 2019 | 14.00 | Memonitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau) Memonitor tanda- tanda infeksi  Membersihkan dengan cairan NAcl | S:- O:  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  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
|  | berhubungan |  |  | sesuai kebutuhan |
|  | dengan gangren |  |  | Membersihkan jaringan nekrotik  memasang balutan sesuai dengan |
|  |  |  |  | jenis luka |
|  |  |  |  | mempertahankan Teknik steril saat |
|  |  |  |  | melakukan perawatan luka |
|  |  |  |  | Menjelaskan tanda dan gejala |
|  |  |  |  | infeksi |
|  |  |  |  | Menganjurkan mengkonsumsi |
|  |  |  |  | makanan tinggi kalori dan protein |
|  |  |  | 16.00 | berkolabrasi pemberian antibiotic. |
|  |  |  |  | * Ceftriaxon : 1x 1 amp |

Nama: Tn. T Umur: 53 Th.

# CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal 29/12/2019

Alamat: Wates No. register: 22024

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **CATATAN PERKEMBANGAN** | **PARAF** |
| 1 | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin | S:  Pasien masih merasakan lemas, lesu, tetapi sudah berkurang  O:  Kesadaran composmentis Pasien mulai terlihat segar Sedikit gemetar Berkeringat-  Mulut lembab  GDA evaluasi 12 jam= 184 mg/dl. A: masalah teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi |  |
| 2 | Hipertermi berhubungan dengan gangren | S:  Pasien merasakan badannya sudah tidak panas lagi O:  Kulit terlihat merah- Pucat-  Takikardi-, Nadi 85x/menit RR 17x/menit  S: 36,9 C  TD 125/80 mmHg GDA 184 mg/dl  A: masalah teratasi sebagian |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | P: lanjutkan intervensi |  |
| 3 | Nyeri akut berhubungan dengan gangren | S:  Pasien masih mengeluhkan nyeri, tetapi sudah berkurang  O:  Keluhan nyeri +, Skala nyeri 3 Gelisah-  kesulitan tidur - diaphoresis-  N: 85x/menit  Pola nafas normal, RR 17x.menit A: masalah teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi |  |
| 4 | Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan gangren | S:- O:  Kerusakan jaringan dan kulit+, luas luka 1 cm, kedalaman 1 cm, goa-  Nyeri menurun, skala nyeri 3 Tidak ada perdarahan Kemerahan pada luka-  Tidak ada nekrosis Suhu kulit hangat  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |

Nama: Tn. A Umur: 40 Th.

# CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal 30/12/2019

Alamat: papungan- kanigoro No. register: 22017

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **CATATAN PERKEMBANGAN** | **PARAF** |
| 1 | Ketidakstabilan kadar | S:  Pasien mengatakan sudah tidak merasakan lemas O:  Kesadaran composmentis Pasien mulai terlihat segar Gemetar-  Berkeringat- Mulut lembab  GDA evaluasi 12 jam= 132 mg/dl. A: masalah teratasi  P: pertahankan intervensi |  |
|  | glukosa darah berhubungan |
|  | dengan kerusakan reseptor |
|  | insulin |
|  |  | Visite jam 13.00  A/P dr, GDA stabil, K/u bagus, Acc pulang |
| 2 | Hipertermi berhubungan dengan gangren | S:  Pasien merasakan badannya sudah tidak panas lagi O:  Kulit terlihat merah- Pucat-  Takikardi-, Nadi 80x/menit RR 18x/menit  S: 36,4 C |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | TD 130/80 mmHg GDA 132 mg/dl A: masalah teratasi  P: hentikan intervensi |  |
| 3 | Nyeri akut berhubungan dengan gangren | S:  Pasien masih mengeluhkan nyeri, tetapi sudah berkurang banyak  O:  Keluhan nyeri +, Skala nyeri 2 Gelisah-  kesulitan tidur - diaphoresis-  N: 80x/menit  Pola nafas normal, RR 18x.menit A: masalah teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi |  |
| 4 | Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan gangren | S:- O:  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  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |

# ASUHAN KEPERAWATAN

**Ny. N DENGAN DIABETES MELLITUS**

**DI RUANG PERAWATAN UPT PUSKESMAS WATES**



**Oleh:**

**BETY DESIANA (1712043)**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PATRIA HUSADA BLITAR 2020**



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN STIKes PATRIA HUSADA BLITAR**

**FORMAT PENGKAJIAN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jam : 15.00  Pengkajian tgl : 03/01/2020 NO. RM 22060  Tanggal MRS : 03/01/2020 Dx. Masuk : DM + hiperglikemia Ruang/Kelas : Perawatan, klas II Dokter yang merawat : dr. Indah | | |
| ***Identitas*** | Nama : Ny. N Jenis Kelamin : Perempuan  Umur : 68 th Status Perkawinan : Cerai hidup  Agama :Islam Penanggung Biaya : umum Pendidikan : SD  Pekerjaan : IRT Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia  Alamat : Tugurejo RT 001 RW 001 | |
| **Riwayat Sakit dan Kesehatan** | Keluhan utama :  Pasien mengatakan lemas, Lelah, tidak bertenaga, dan mengatakan sering haus. Pasien juga merasakan mual dan muntah serta merasakan asam dan pahit di mulut.  **Riwayat penyakit saat ini :**  Pasien datang 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.  **Penyakit yang pernah diderita :**  Riwayat masa lalu, pasien mengatakan menderita kencing manis sejak 10 tahun yang lalu, pengobatan tidak teratur.  **Riwayat gaya hidup:** kurang aktivitas, tidak pernah olahraga, perokok aktif I hari 4-5 batang, tidak diit DM, tidak ikut posyandu lansia,  **Riwayat penyakit keluarga :**  Keluarga tidak ada yang menderita kencing manis  **Riwayat alergi**:  ya  tidak Jelaskan : | |
|  | Pemeriksaan Fisik | |
| Keadaan Umum:  baik  sedang  lemah Kesadaran: composmntis  Tanda vital TD: 110/70 mmHg Nadi: 98 x/mnt (takikardi) Suhu :36,3 ºC RR:18 x/mnt | |
| **Pernafasan** | Pola nafas irama:  Teratur  Tidak teratur  Jenis  Dispnoe  Kusmaul  Ceyne Stokes Lain-lain:retraksi-, Suara nafas:  vesikuler  Stridor  Wheezing  Ronchi Lain-lain:  Sesak nafas  Ya  Tidak  Batuk  Ya  Tidak | |
|  | Masalah: - |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kardiovaskuler** | Irama jantung:  Reguler  Ireguler S1/S2 tunggal  Ya  Tidak Nyeri dada:  Ya  Tidak  Bunyi jantung:  Normal  Murmur  Gallop lain-lain CRT:  < 3 dt  > 3 dt (4 detik)  Akral:  Hangat  Panas  Dingin kering  Dingin basah  Pembesaran vena jugularis- | | |
|  | Masalah: - | |
| **Persyarafan** | GCS Eye: 4 Verbal: 5 Motorik: 6 Total:15 | | |
| Refleks fisiologis:  patella  triceps  biceps lain-lain:normal Refleks patologis:  babinsky  budzinsky  kernig lain-lain:-  Lain-lain:  Istirahat / tidur: 4-5 jam/hari Gangguan tidur: - | | |
|  | Masalah:- | |
| **Penginderaan** | Penglihatan (mata)  Pupil :  Isokor  Anisokor  Lain-lain:- Sclera/Konjungtiva :  Anemis  Ikterus  Lain-lain:- Lain-lain :  Pendengaran/Telinga : normal  Gangguan pendengaran :  Ya  Tidak Jelaskan: - Lain-lain :-  Penciuman (Hidung)  Bentuk :  Normal  Tidak Jelaskan: Gangguan Penciuman :  Ya  Tidak Jelaskan: Lain-lain: pernafasan cuping hidung - | | |
|  | | Masalah: - |
| **Perkemihan** | Kebersihan:  Bersih  Kotor  Urin: Jumlah: 400 cc saat pengkajian Warna:kuning Bau: -  Alat bantu (kateter, dan lain-lain): -  Kandung kencing: Membesar  Ya  Tidak  Nyeri tekan  Ya  Tidak Gangguan:  Anuria  Oliguri  Retensi   Nokturia  Inkontinensia  Lain-lain: | | |
|  | | Masalah: - |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pencernaan** | Nafsu makan:  Baik  Menurun Frekuensi: 3 x/hari, Porsi makan: 1 porsi  Habis  Tidak Ket: -  Diet : lunak, RKTP, 1800 kal/hari  Minum: 2500 cc/hari Jenis: air putih Mulut dan Tenggorokan  Mulut:  Bersih  Kotor  Berbau  Mukosa  Lembab  Kering  Stomatitis Tenggorokan  Nyeri telan  Kesulitan menelan   Pembesaran tonsil  Lain-lain:-  BB saat pengkajian 56 kg, TB 155 cm, BB sebelum MRS tidak terkaji.  Mual+, muntah + 4-5x selama pengkajian  Abdomen  Tegang  Kembung  Ascites  Nyeri tekan, lokasi: Peristaltik 22 x/mnt  Pembesaran hepar  Ya  Tidak  Pembesaran lien  Ya  Tidak  Buang air besar 1 x/hari Teratur:  Ya  Tidak Konsistensi padat Bau: normal Warna: kuning  Lain-lain: saat pengkajian belum BAB. | |
|  | Masalah: Nausea |
| **Muskuloskeletal/ Integumen** | Kemampuan pergerakan sendi:  Bebas  Terbatas  Kekuatan otot: 5 5 (lemah)  5 5  Kulit  Warna kulit:  Ikterus  Sianotik  Kemerahan  Pucat  Hiperpigmentasi Turgor:  Baik  Sedang (kembali 2 detik)  Jelek  Odema:  Ada  Tidak ada Lokasi: kaki kanan Luka  Ada  Tidak ada Lokasi di abdomen  Tanda infeksi luka  Ada  Tidak ada Yang ditemukan :  kalor**/**dolor/tumor/Nyeri/Fungsiolesa  Lain-lain : | |
|  | Masalah: |
| **Endokrin** | Pembesaran Tyroid  Ya  Tidak  Hiperglikemia  Ya GDA 486 mg/dl  Tidak Hipoglikemia  Ya  Tidak  Luka gangren  Ya  Tidak Pus  Ya  Tidak | |
|  | Masalah: 1. ketidakstabilan kadar glukosa darah |
| **Personal Higiene** | Mandi : seka badan, dibantu istri Sikat gigi : +  Keramas : - Memotong kuku: - Ganti pakaian : | |
|  | Masalah: - |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Psiko-sosio-spiritual** | Orang yang paling dekat: Anak  Hubungan dengan teman dan lingkungan sekitar: keluarga mengatakan, hubungan dengan lingkungan sekitar baik, tidak ada permasalahan  Kegiatan ibadah: Pasien selalu beribadah tepat pada waktunya  Lain-lain : - | |
|  | Masalah: - |
| **Pemeriksaan penunjang** | Laboratorium Darah Lengkap  Hb : 13 (12 – 14)  Hematokrit: 46 (40 – 48)  TRombosit : 229.000  Leukosit: 16.200  MCV : 84 (82 – 92)  MCH : 28 (27 – 31)  MCHC : 33 (32 – 36)  Kimia darah  SGOT : 24 (< 25)  SGPT : 22 (< 20)  Triglicerida : 1,4  Cholesterol : 175 (150-250)  HDL 50  LDL 121  Ureum darah : 44 (20–40)  Kreatinin darah : 1,5 (0,5–1,5  Albumin serum : 3,9 gr/dl (3,4-5,4)  Na : 130 (135–47)  K : 3,1 (8,5-10,1)  Cl : 89 (100-06)  Asam urat : 4,6  GDA : 486 mg/dl  HBa1c 8,1 | |
| **Radiologi/USG, dll** | EKG:  -  Radiologi:  - | |

Blitar, 03 Januari 2019 Perawat

Oral :

* Glimepirid 0-1-0 tab
* Cimetidine tab 1-1-1 tab

Injeksi:

* Insulin 10-10-10 iu
* Ondansentron 2 ml 2x1 inj

IV line

Nacl ; 2500 cc, 20 tpm

Diit: lunak, rendah kalori tinggi protein, kalori 1800 kal

**Terapi**:

(Bety Desiana)



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS STIKes PATRIA HUSADA BLITAR**

# PENILAIAN RiSIKO JATUH PASIEN DEWASA SKALA MORSE FALL SCALE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **RISIKO** | **SKOR** | **Skor Hari Perawatan Ke-** | | | | | | | | | |
| **1**  **Tgl 03/01** | **2**  **Tgl**  **…** | **3**  **Tgl**  **…** | **4**  **Tgl**  **…** | **5**  **Tgl**  **…** | **6**  **Tgl**  **…** | **7**  **Tgl**  **…** | **8**  **Tgl**  **…** | **9**  **Tgl**  **…** | **10**  **Tgl**  **…** |
| 1. | Mempunyai riwayat jatuh, baru |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | atau 3 bulan terakhir |  |  |
|  |  Tidak | **0** |  |
|  |  Ya | **25** |  |
| 2. | Diagnosa sekunder > I |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  Tidak | **0** |  |
|  |  Ya | **25** |  |
| 3. | Ambulasi berjalan   * *Bedrest* /dibantu perawat * Penyangga/tongkat/*walker*/t hreepot/kursi roda * Mencengkeram *furniture* |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **0** |  |
|  | **15** |  |
|  | **30** |  |
| 4. | Terpasang IV line/pemberian |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | antikoagulan (heparin )/obat |  |  |
|  | lain yang digunakan |  |  |
|  | mempunyai *side effects* jatuh |  |  |
|  |  Tidak | **0** |  |
|  |  Ya | **20** |  |
| 5. | Cara berjalan/berpindah |  | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  Normal/*bedrest/*imobilisasi | **0** |  |
|  |  Kelelahan dan lemah | **10** |  |
|  |  Keterbatasan/terganggu | **20** |  |
| 6. | Status mental   * Normal/sesuai kemampuan diri * Lupa keterbatasan diri/penurunan kesadaran |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **0** |  |
|  | **15** |  |
|  | **TOTAL SKOR** |  | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nama dan paraf petugas yang melakukan penilaian** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Kesimpulan: tidak beresiko dengan skore 10**

Keterangan :

Tingakat resiko :

1. Skor > 51 risiko tinggi, lakukan intervensi jatuh risiko tinggi;
2. Skor 25 – 50 risiko rendah, lakukan intervensi jatuh standar;
3. Skor 0 – 24 tidak berisiko, perawatan yang baik.



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS STIKes PATRIA HUSADA BLITAR**

**LEMBAR PENILAIAN DEKUBITUS (NORTON SCALE)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **PARAMETER** | **SKOR** | **Skor Hari Perawatan Ke-** | | | | | | | | | |
| **1**  **Tgl**  **03/01** | **2**  **Tgl**  **…** | **3**  **Tgl**  **…** | **4**  **Tgl**  **…** | **5**  **Tgl**  **…** | **6**  **Tgl**  **…** | **7**  **Tgl**  **…** | **8**  **Tgl**  **…** | **9**  **Tgl**  **…** | **10**  **Tgl**  **…** |
| 1. | Kondisi Fisik   * Baik * Cukup baik * Buruk * Sangat buruk | **4**  **3**  **2**  **1** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Kondisi Mental   * Waspada * Apatis * Bingung * Pingsan/tidak sadar | **4**  **3**  **2**  **1** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Kegiatan   * Dapat berpindah * Berjalan dengan bantuan * Terbatas kursi * Terbatas ditempat tidur | **4**  **3**  **2**  **1** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Mobilitas   * Penuh * Agak terbatas * Sangat terbatas * Sulit bergerak | **4**  **3**  **2**  **1** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Inkontinensia   * Tidak mengompol * Kadang-kadang * Biasanya yang keluar urine * Biasanya yang keluar urine   dan kotoran | **4**  **3**  **2**  **1** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **TOTAL SCORE** |  | 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nama dan paraf yang melakukan penilaian** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Interpretasi :

Nilai maksimum 20

Nilai minimum 5

Pasien berisiko dekubitus jika nilai < 14

Kesimpulan: tidak beresiko decubitus dengan skore 16



# ANALISA DATA

Nama: Ny. N Umur: 68 Th.

Alamat: Wates No. register: 22060

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **DATA** | **MASALAH** | **PENYEBAB** |
| 1 | Ds: | Ketidakstabilan | Factor resiko    Kerusakan reseptor insulin    Glucagon meningkat Hiperglikemia |
|  | Pasien mengeluh lemas, Lelah, dan | kadar glukosa |
|  | sering haus | darah |
|  | Do: |  |
|  | GDA 486 mg/dl |  |
|  | Mulut kering |  |
|  | BAK 6-8 x |  |
| 2 | Ds: | Nausea | Penurunan produksi insulin  Glikogenilisis Hiperglikemia Glucosuria Diuresis osmotic Nefropati diabetic  Peningkatan ureum, kreatinin    Mual, muntah |
|  | Pasien mengeluh mual, serta merasakan |  |
|  | asam serta pahit di mulut. |  |
|  | Do: |  |
|  | Pucat+ |  |
|  | Diaphoresis+ |  |
|  | Takikardia+, Nadi 98x/menit |  |
| 3 | Ds: | Resiko | Penurunan produksi insulin  Glikogenilisis Hiperglikemia Glucosuria |
|  | Pasien merasakan mual dan muntah, | hipovolemia |
|  | serta merasakan sering haus |  |
|  | Do: |  |
|  | Kehilangan cairan aktif+, muantah 4-5x |  |
|  | Pasien tergolong usia lanjut dengan |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | umur 68 th  TD 110/70 mmHg N: 98x/menit, lemah Mukosa kering. |  | Diuresis osmotic Nefropati diabetic  Peningkatan ureum, kreatinin  Mual, muntah Resiko hipovolemia |
| 4. | Ds:  Pasien mengeluh lemas, Lelah Do:  Pasien tampak lemah, lesu+  Tidak mampu untuk berjalan sendiri, Ambulansi dibantu oleh keluarga. | Keletihan | Produksi insulin menurun |
|  |  | Lipolysis |
|  |  | Peningkatan keton dalam darah |
|  |  | Asidosis |
|  |  | Gangguan  keseimbangan PH |
|  |  | Hipoksia perifer |
|  |  | Kelemahan, keletihan |



Nama: Ny. N Umur: 68 Th.

Alamat: Wates No. register: 22060

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO.** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **KET** |
| 1. | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan  dengan resistensi insulin | 03/01/2020 |
| 2. | Nausea berhubungan dengan peningkatan ureum  kreatinin dalam darah | 03/01/2020 |
| 3. | Resiko hypovolemia berhubungan dengan diuresis  osmotic | 03/01/2020 |
| 4 | Keletihan berhubungan dengan hipoksia perifer | 03/01/2020 |

# DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama: Ny. N Umur: 68 Th.

Alamat: Wates No. register: 22060

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **TGL**  **MUNCUL** | **TGL**  **TERATASI** |
| 1. | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan  dengan resistensi insulin | 03/01/2020 |  |
| 2. | Nausea berhubungan dengan peningkatan ureum  kreatinin dalam darah | 03/01/2020 |  |
| 3. | Resiko hypovolemia berhubungan dengan diuresis  osmotic | 03/01/2020 |  |
| 4 | Keletihan berhubungan dengan hipoksia perifer | 03/01/2020 |  |

Nama: Ny. N Umur: 68 Th.

Alamat: Wates No. register: 22060.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA** | **SLKI** | **SDKI** |
| **HASIL** | **INTERVENSI** |
| 1 | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin | Setelah dilakukan intervensi selama 1 x24 jam, kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil:   1. Kesadaran composmentis 2. Tidak mengantuk 3. Tidak pusing 4. Tidak Lelah/lesu 5. Tidak gemetar 6. Tidak berkeringat 7. Mulut lembab 8. Tidak ada rasa haus   i. Kadar glukosa 90-140 mg/dl | Managemen hiperglikemia Observasi:   1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat 3. Monitor kadar glukosa darah 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 5. Monitor intake dan output cairan 6. Monitor frekuensi nadi Terapeutik 7. Berikan asupan cairan oral 8. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk   Edukasi   1. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 2. Ajarkan pengelolaan   diabetes (misalkan penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan,penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)  Kolaborasi   1. Kolaborasi pemberian insulin 2. Kolaborasi pemberian   cairan IV |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2 | Nausea berhubungan dengan peningkatan ureum kreatinin dalam darah | Setelah dilakukan intervensi selama 1x24 jam, tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil:   1. Nafsu makan meningkat 2. Tidak ada keluhan mual 3. Tidak ada perasaan asam di mulut 4. Tidak diaphoresis 5. Tidak pucat 6. Tidak takikardi, Nadi 80- 85x/menit | Managemen mual Observasi:   1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup 3. Identifikasi factor penyebab mual 4. Identifikasi antiemetic untuk mencegah mual 5. Monitor mual 6. Monitor asupan nutrisi dan kalori   Terapeutik:   1. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual 2. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik   Edukasi:   1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 2. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 3. Anjurkan makananrendah lemak 4. Ajarkan penggunaan Teknik nonfarmakkologis untuk mengurangi mual misalnya relaksasi, terapi music, akupresur   Kolaborasi:  a. Kolabirasi pemberian antiemetic jika perlu |
| 3 | Resiko hypovolemia berhubungan dengan diuresis osmotic | Setelah dilakukan intervensi selama 1x24 jam, ststus cairan membaik dengan kriteria hasil:   1. Nadi kuat (80-85x/menit) 2. Turgor kulit baik 3. Output urine normal | Managemen hypovolemia Observasi:  a. Periksa tanda dan gejala hypovolemia (frekuensi nadi, TD menurun, turgor  menurun, mmbran mukosa |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | (0,5-1 cc/kgBB)   1. Tidak ada sesak 2. Membran mukosa lembab   f. TD 120-130/80 mmHg   1. Intake cairan baik 2. Suhu tubuh normal 36-37 C | kering, volume urin menurun, Ht meningkat, haus, lemah)  b. Monitor intake dan output cairan  Terapeutik:   1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan asupan cairan oral   Edukasi:   1. Anjurkan untuk memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak   Kolaborasi:  a. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (Nacl, RL) |
| 4 | Keletihan berhubungan dengan hipoksia perifer | Setelah dilakukan intervensi selama 1x24 jam, tingkat keletihan menurun dengan kriteria hasil:   1. Verbalisasi kepulihan energi 2. Tenaga meningkat 3. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat 4. Verbalisasi Lelah menurun 5. Tidak nampak lesu 6. Frekuensi nafas normal 18-20x/menit 7. Tidak gelisah | Managemen energi Observasi;   1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas   Terapeutik   1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus seperti cahaya, suara, kunjungan 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi   yang menenangkan |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | d. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.  Edukasi:   1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika ada tanda dan gejala kelelahan yang tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan   Kolaborasi:  a. Kolaborasi dengan ahli gixi tentang cara meningkatkan asupan  makanan. |

# IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama: Ny. N Umur: 68 Th.

Alamat: Wates No. register: 22060

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N O.** | **DIAGNOSA** | **Hari/Tan ggal** | **JAM** | **IMPLEMENTASI** | **EVALUASI** | **Paraf** |
| 1 | Ketidakstabilan  kadar glukosa darah | Jumat, 03 januari 2020 | 14.00 | memonitor kadar glukosa darah  Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia  Memonitor intake dan output cairan Memonitor frekuensi nadi  Menganjurkan kepatuhan terhadap diet  Berkolaborasi pemberian insulin   * Insulin 10-10-10 iu   berkolaborasi pemberian cairan IV Nacl ; 2500 cc, 20 tpm | S: pasien masih merasa lemas, tapi sudah berkurang  O: |  |
|  | berhubungan |  | 14.10 | Kesadaran composmentis |
|  | dengan resistensi |  |  | Tidak mengantuk |
|  | insulin |  |  | Tidak pusing |
|  |  |  |  | Masih terlihat lemah |
|  |  |  |  | Gemetar+ |
|  |  |  |  | Berkeringat+ |
|  |  |  |  | Mulut kering |
|  |  |  |  | GDA 4 jam evaluasi: 201 |
|  |  |  |  | mg/dl |
|  |  |  |  | A: masalah teratasi sebagian |
|  |  |  | 16.00 | P: lanjutkan intervensi |
| 2 | Nausea berhubungan dengan  peningkatan | Jumat, 03 januari 2020 | 15.00 | menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup  Menganjurkan makanan rendah lemak | S: pasien tidak merasakan mual O:  Nafsu makan meningkat, 1 porsi makanan, sisa 1/3porsi keluhan mual- |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ureum kreatinin dalam darah |  | 16.00 | Berkolaborasi pemberian antiemetic   * Cimetidine tab 1-1-1 tab * Ondansentron 2 ml 1x1 inj | ada perasaan asam di mulut diaphoresis  Pucat+  takikardi, Nadi 92x/menit A; masalah teratasi sebagian P; lanjutkan intervensi |  |
| 3 | Resiko hypovolemia  berhubungan | Jumat, 03 januari 2020 | 15.15 | Memeriksa tanda dan gejala hypovolemia (frekuensi nadi, TD menurun, turgor menurun, mmbran  mukosa kering, volume urin | S: Pasien masih merasakan lemas, tapi sudah berkurang O:  Nadi 92x/menit, kuat |  |
|  | dengan diuresis |  |  | menurun, Ht meningkat, haus, | Turgor kulit baik |
|  | osmotic |  |  | lemah) | Output urine normal (0,5-1  cc/kgBB), evaluasi 1 shift |
|  |  |  | 15.30 | memonitor intake dan output cairan | ±500 cc |
|  |  |  |  | Menganjurkan untuk | Tidak ada sesak |
|  |  |  |  | memperbanyak asupan cairan oral | Membran mukosa kering |
|  |  |  |  |  | TD 130/80 mmhg |
|  |  |  |  | menganjurkan menghindari | Suhu tubuh normal 36, 5C |
|  |  |  |  | perubahan posisi mendadak | A: masalah teratasi sebagian |
|  |  |  |  |  | P; lanjutkan intervensi |
|  |  |  | 16.00 | berkolaborasi pemberian cairan IV |  |
|  |  |  |  | isotonis |  |
|  |  |  |  | Nacl ; 2500 cc, 20 tpm |  |
| 4 | Keletihan berhubungan dengan hipoksia | Jumat, 03 januari 2020 | 15.00 | Memonitor kelelahan fisik dan emosional  Memonitor pola dan jam tidur | S: Pasien masih merasakan lemas tapi sudah berkurang |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | perifer |  |  |  | O:  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  A: masalah teratasi sebagian P; lanjutkan intervensi |  |
|  |  | Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas |
|  |  | melakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif |
|  |  | menganjurkan tirah baring |
|  |  | menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap |
|  |  | menganjurkan menghubungi perawat jika ada tanda dan gejala kelelahan yang tidak berkurang |
|  | 16.00 | berkolaborasi dengan ahli gixi tentang cara meningkatkan asupan makanan. |
|  |  | lunak, rendah kalori tinggi protein, kalori 1800 kal |

# IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama: Ny. N Umur: 68 Th.

Alamat: Wates No. register: 22060

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N O.** | **DIAGNOSA** | **Hari/Tan ggal** | **JAM** | **IMPLEMENTASI** | **EVALUASI** | **Paraf** |
| 1 | Ketidakstabilan  kadar glukosa darah | Sabtu, 04 januari 2020 | 14.00 | memonitor kadar glukosa darah  Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia  Memonitor intake dan output cairan Memonitor frekuensi nadi  Menganjurkan kepatuhan terhadap diet  Berkolaborasi pemberian insulin   * Insulin 10-10-10 iu   berkolaborasi pemberian cairan IV Nacl ; 2500 cc, 20 tpm | S: pasien masih merasa lemas,  tapi sudah berkurang banyak O: |  |
|  | berhubungan |  | 14.10 | Kesadaran composmentis |
|  | dengan resistensi |  |  | Tidak mengantuk |
|  | insulin |  |  | Tidak pusing |
|  |  |  |  | Masih terlihat lemah |
|  |  |  |  | Gemetar- |
|  |  |  |  | Berkeringat- |
|  |  |  |  | Mulut lembab |
|  |  |  |  | GDA 12 jam evaluasi: |
|  |  |  |  | 165mg/dl |
|  |  |  |  | A: masalah teratasi sebagian |
|  |  |  | 16.00 | P: lanjutkan intervensi |
| 2 | Nausea berhubungan dengan  peningkatan | Sabtu, 04 januari 2020 | 15.00 | menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup  Menganjurkan makanan rendah lemak | S: pasien tidak merasakan mual O:  Nafsu makan meningkat, 1 porsi makanan, sisa 1/3porsi keluhan mual- |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ureum kreatinin dalam darah |  | 16.00 | Berkolaborasi pemberian antiemetic   * Cimetidine tab 1-1-1 tab * Ondansentron 2 ml 1x1 inj | Tidak ada perasaan asam di mulut  Tidak diaphoresis Pucat+  takikardi, Nadi 85x/menit A; masalah teratasi sebagian P; lanjutkan intervensi |  |
| 3 | Resiko  hypovolemia berhubungan | Sabtu, 04 januari 2020 | 15.15 | Memeriksa tanda dan gejala hypovolemia (frekuensi nadi, TD menurun, turgor menurun, mmbran  mukosa kering, volume urin | S: Pasien masih merasakan lemas, tapi sudah berkurang banyak  O: |  |
|  | dengan diuresis |  |  | menurun, Ht meningkat, haus, | Nadi 85x/menit, kuat |
|  | osmotic |  |  | lemah) | Turgor kulit baik  Output urine normal (0,5-1 |
|  |  |  | 15.30 | memonitor intake dan output cairan | cc/kgBB), evaluasi 1 shift |
|  |  |  |  | Menganjurkan untuk | ±460 cc |
|  |  |  |  | memperbanyak asupan cairan oral | Tidak ada sesak |
|  |  |  |  |  | Membran mukosa lembab |
|  |  |  |  | menganjurkan menghindari | TD 120/80 mmhg |
|  |  |  |  | perubahan posisi mendadak | Suhu tubuh normal 36, 2C |
|  |  |  |  |  | A: masalah teratasi |
|  |  |  | 16.00 | berkolaborasi pemberian cairan IV | P; pertahankan intervensi |
|  |  |  |  | isotonis |  |
|  |  |  |  | Nacl ; 2500 cc, 20 tpm |  |
| 4 | Keletihan berhubungan | Sabtu, 04 januari 2020 | 15.00 | Memonitor kelelahan fisik dan emosional | S: Pasien masih merasakan lemas tapi sudah berkurang  banyak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | dengan | hipoksia |  |  | Memonitor pola dan jam tidur | O:  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  A: masalah teratasi sebagian P; lanjutkan intervensi |  |
| perifer |  |  | Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas |
|  |  |  | melakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif |
|  |  |  | menganjurkan tirah baring |
|  |  |  | menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap |
|  |  |  | menganjurkan menghubungi perawat jika ada tanda dan gejala kelelahan yang tidak berkurang |
|  |  | 16.00 | berkolaborasi dengan ahli gixi tentang cara meningkatkan asupan makanan. |
|  |  |  | lunak, rendah kalori tinggi protein, kalori 1800 kal |

# IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama: Ny. N Umur: 68 Th.

Alamat: Wates No. register: 22060

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N O.** | **DIAGNOSA** | **Hari/Tan ggal** | **JAM** | **IMPLEMENTASI** | **EVALUASI** | **Paraf** |
| 1 | Ketidakstabilan  kadar glukosa darah | Minggu, 05 januari  2020 | 14.00 | memonitor kadar glukosa darah  Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia  Memonitor intake dan output cairan Memonitor frekuensi nadi  Menganjurkan kepatuhan terhadap diet  Berkolaborasi pemberian insulin   * Insulin 10-10-10 iu   berkolaborasi pemberian cairan IV Nacl ; 2500 cc, 20 tpm | S: pasien sudah tidak merasakan lemas  O: |  |
|  | berhubungan |  | 14.10 | Kesadaran composmentis |
|  | dengan resistensi |  |  | Tidak mengantuk |
|  | insulin |  |  | Tidak pusing |
|  |  |  |  | Pasien terlihat segar |
|  |  |  |  | Gemetar- |
|  |  |  |  | Berkeringat- |
|  |  |  |  | Mulut lembab |
|  |  |  |  | GDA evaluasi: 148 mg/dl |
|  |  |  |  | A: masalah teratasi sebagian |
|  |  |  |  | P: lanjutkan intervensi |
|  |  |  | 16.00 |  |
|  |  |  |  | Visite dr jam 16.00, K/u baik, |
|  |  |  |  | GDA kurang dari 200 mg/dl |
|  |  |  |  | Acc pulang |
| 2 | Nausea berhubungan dengan  peningkatan | Minggu, 05 januari  2020 | 15.00 | menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup  Menganjurkan makanan rendah lemak | S: pasien tidak merasakan mual O:  Nafsu makan meningkat, 1 porsi makanan, sisa - keluhan mual- |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ureum kreatinin dalam darah |  | 16.00 | Berkolaborasi pemberian antiemetic   * Cimetidine tab 1-1-1 tab * Ondansentron 2 ml 1x1 inj | Tidak ada perasaan asam di mulut  Tidak diaphoresis Pucat-  takikardi, Nadi 82 x/menit A; masalah teratasi P;hentikan intervensi |  |
| 3 | Resiko  hypovolemia berhubungan | Minggu, 05 januari  2020 | 15.15 | Memeriksa tanda dan gejala hypovolemia (frekuensi nadi, TD menurun, turgor menurun, mmbran  mukosa kering, volume urin | S: Pasien sudah tidak merasakan lemas.  O:  Nadi 82x/menit, kuat |  |
|  | dengan diuresis |  |  | menurun, Ht meningkat, haus, | Turgor kulit baik |
|  | osmotic |  |  | lemah) | Output urine normal (0,5-1  cc/kgBB), evaluasi 1 shift ± |
|  |  |  | 15.30 | memonitor intake dan output cairan | 320 cc |
|  |  |  |  | Menganjurkan untuk | Tidak ada sesak |
|  |  |  |  | memperbanyak asupan cairan oral | Membran mukosa lembab |
|  |  |  |  |  | TD 130/80 mmhg |
|  |  |  |  | menganjurkan menghindari | Suhu tubuh normal 36, 5C |
|  |  |  |  | perubahan posisi mendadak | A: masalah teratasi |
|  |  |  |  |  | P; hentikan intervensi |
|  |  |  | 16.00 | berkolaborasi pemberian cairan IV |  |
|  |  |  |  | isotonis |  |
|  |  |  |  | Nacl ; 2500 cc, 20 tpm |  |
| 4 | Keletihan berhubungan | Minggu, 05 januari  2020 | 15.00 | Memonitor kelelahan fisik dan emosional | S: Pasien sudah tidak merasakan lemas  O: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | dengan hipoksia perifer |  | 16.00 | Memonitor pola dan jam tidur  Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas  melakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif  menganjurkan tirah baring  menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap  menganjurkan menghubungi perawat jika ada tanda dan gejala kelelahan yang tidak berkurang  berkolaborasi dengan ahli gixi tentang cara meningkatkan asupan makanan.  lunak, rendah kalori tinggi protein, kalori 1800 kal | Verbalisasi kepulihan energi+ Tenaga meningkat+ Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat+ ( pasien terlihat bias berjalan sendiri tanpa bantuan dari keluarga)  Verbalisasi Lelah menurun+ Pasien tampak segar Frekuensi nafas normal 19x/menit  Tidak gelisah  A: masalah teratasi P; hentikan intervensi |  |

Nama: Ny. N Umur: 68 Th.

# CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal 04/01/2020

Alamat: Wates No. register: 22060

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **CATATAN PERKEMBANGAN** | **PARAF** |
| 1 | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin | S: pasien masih merasa lemas, tapi sudah berkurang banyak  O:  Kesadaran composmentis Tidak mengantuk  Tidak pusing  Masih terlihat lemah Gemetar- Berkeringat-  Mulut lembab  GDA 12 jam evaluasi: 165mg/dl A: masalah teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi |  |
| 2 | Nausea berhubungan dengan peningkatan ureum kreatinin dalam darah | S: pasien tidak merasakan mual O:  Nafsu makan meningkat, 1 porsi makanan, sisa 1/3porsi  keluhan mual-  Tidak ada perasaan asam di mulut Tidak diaphoresis  Pucat+  takikardi, Nadi 85x/menit |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | A; masalah teratasi sebagian P; lanjutkan intervensi |  |
| 3 | Resiko hypovolemia berhubungan dengan diuresis osmotic | S: Pasien masih merasakan lemas, tapi sudah berkurang banyak  O:  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 A: masalah teratasi  P; pertahankan intervensi |  |
| 4 | Keletihan berhubungan dengan hipoksia perifer | S: Pasien masih merasakan lemas tapi sudah berkurang banyak  O:  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  A: masalah teratasi sebagian  P; lanjutkan intervensi |  |

Nama: Ny. N Umur: 68 Th.

# CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal 05/01/2020

Alamat: Wates No. register: 22060

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **CATATAN PERKEMBANGAN** | **PARAF** |
| 1 | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin | S: pasien sudah tidak merasakan lemas O:  Kesadaran composmentis Tidak mengantuk  Tidak pusing Pasien terlihat segar Gemetar- Berkeringat-  Mulut lembab  GDA evaluasi: 148 mg/dl A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
|  |  | Visite dr jam 16.00, K/u baik, GDA kurang dari 200 mg/dl Acc pulang |
| 2 | Nausea berhubungan dengan peningkatan ureum kreatinin dalam darah | S: pasien tidak merasakan mual O:  Nafsu makan meningkat, 1 porsi makanan, sisa - keluhan mual-  Tidak ada perasaan asam di mulut Tidak diaphoresis  Pucat- |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | takikardi, Nadi 82 x/menit A; masalah teratasi P;hentikan intervensi |  |
| 3 | Resiko hypovolemia berhubungan dengan diuresis osmotic | S: Pasien sudah tidak merasakan lemas. O:  Nadi 82x/menit, kuat Turgor kulit baik  Output urine normal (0,5-1 cc/kgBB), evaluasi 1 shift  ± 320 cc  Tidak ada sesak Membran mukosa lembab TD 130/80 mmhg  Suhu tubuh normal 36, 5C A: masalah teratasi  P; hentikan intervensi |  |
| 4 | Keletihan berhubungan dengan hipoksia perifer | S: Pasien sudah tidak merasakan lemas O:  Verbalisasi kepulihan energi+ Tenaga meningkat+  Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat+ ( pasien terlihat bias berjalan sendiri tanpa bantuan dari keluarga)  Verbalisasi Lelah menurun+ Pasien tampak segar  Frekuensi nafas normal 19x/menit Tidak gelisah  A: masalah teratasi  P; hentikan intervensi |  |

# ASUHAN KEPERAWATAN

**Tn.G DENGAN DIABETES MELLITUS**

**DI RUANG PERAWATAN UPT PUSKESMAS WATES**



**Oleh:**

**BETY DESIANA (1712043)**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PATRIA HUSADA BLITAR 2020**



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN STIKes PATRIA HUSADA BLITAR**

Pengkajian tgl : 08/01/2019

Tanggal MRS : 08/01/2019

# FORMAT PENGKAJIAN

Jam : 14.00

NO. RM 22069

Dx. Masuk : DM tipe 2

Ruang/Kelas : Perawatan, klas II Dokter yang merawat : dr. Indah

Nama : Tn. G Jenis Kelamin : Laki- laki

Umur : 49 th Status Perkawinan : Menikah

Agama :Islam Penanggung Biaya : bpjs Pendidikan : SMA

***Identitas***

Pekerjaan : Swasta Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Alamat : Wates RT 006 RW 001 Keluhan utama :

Pasien merasakan badan lemas tidak bertenaga, sesak, sulit untuk bernafas dan meriang.

# Riwayat penyakit saat ini :

Pasien datang 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

**Riwayat Sakit dan Kesehatan**

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 erlihat memerah dan teraba panas. Spo2 98-99%

# Penyakit yang pernah diderita :

Riwayat masa lalu, pasien mengatakan mengetahui dirinya menderita kencing manis sejak 1 minggu yang lalu, tetapi diabaikan.

**Riwayat gaya hidup:** kurang aktivitas, tidak pernah olahraga, tidak diet DM,mengkonsumsi makanan apa saja, tidak teratur minum obat OHO.

# Riwayat penyakitkeluarga :

Keluarga pasien tidak mempunyai riwayat penyakit kencing manis maupun hipertensi.

**Riwayat alergi**:  ya tidak Jelaskan :



Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum:  baik  sedang

lemah Kesadaran: composmntis



Tanda vital TD: 130/90 mmHg Nadi: 95 x/mnt (takikardi) Suhu :38,2 ºC RR:24 x/mnt Pola nafas irama:  Teratur (cepat, dangkal)  Tidak teratur





Jenis

**Pernafasan**

Suara nafas: memanjang

Dispnoe  Kusmaul  Ceyne Stokes Lain-lain:retraksi+

vesikuler  Stridor  Wheezing  Ronchi Lain-lain:ekspirasi

Sesak nafas  Ya  Tidak  Batuk  Ya  Tidak

Masalah: pola nafas tidak efektif

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kardiovaskuler** | Irama jantung:  Reguler  Ireguler S1/S2 tunggal  Ya  Tidak Nyeri dada:  Ya  Tidak  Bunyi jantung:  Normal  Murmur  Gallop lain-lain CRT:  < 3 dt  > 3 dt (4 detik)  Akral:  Hangat  Panas  Dingin kering  Dingin basah  Pembesaran vena jugularis- | | |
|  | Masalah: 1. Hipertermi | |
| **Persyarafan** | GCS Eye: 4 Verbal: 5 Motorik: 6 Total:15 | | |
| Refleks fisiologis:  patella  triceps  biceps lain-lain:normal Refleks patologis:  babinsky  budzinsky  kernig lain-lain:-  Lain-lain:  Istirahat / tidur: 5-6 jam/hari Gangguan tidur: - | | |
|  | Masalah:- | |
| **Penginderaan** | Penglihatan (mata)  Pupil :  Isokor  Anisokor  Lain-lain:- Sclera/Konjungtiva :  Anemis  Ikterus  Lain-lain:- Lain-lain :  Pendengaran/Telinga : normal  Gangguan pendengaran :  Ya  Tidak Jelaskan: - Lain-lain :-  Penciuman (Hidung)  Bentuk :  Normal  Tidak Jelaskan: Gangguan Penciuman :  Ya  Tidak Jelaskan: Lain-lain: pernafasan cuping hidung + | | |
|  | | Masalah: pola nafas tidak efektif |
| **Perkemihan** | Kebersihan:  Bersih  Kotor  Urin: Jumlah: tidak terkaji cc saat pengkajian Warna:kuning Bau: -  Alat bantu (kateter, dan lain-lain): -  Kandung kencing: Membesar  Ya  Tidak  Nyeri tekan  Ya  Tidak Gangguan:  Anuria  Oliguri  Retensi   Nokturia  Inkontinensia  Lain-lain: | | |
|  | | Masalah: - |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pencernaan** | Nafsu makan:  Baik  Menurun Frekuensi: 3-4x/hari, Porsi makan: 1 porsi  Habis  Tidak Ket: -  Diet : pasien tidak menerapkan diet DM.  Minum: 2000-3000 cc/hari Jenis: air putih, teh, kopi. Mulut dan Tenggorokan  Mulut:  Bersih  Kotor  Berbau  Mukosa  Lembab  Kering  Stomatitis Tenggorokan  Nyeri telan  Kesulitan menelan   Pembesaran tonsil  Lain-lain:-  BB saat pengkajian 80 kg, TB 175 cm, BB sebelum MRS tidak terkaji.  Mual-, muntah -  Abdomen  Tegang  Kembung  Ascites  Nyeri tekan, lokasi: Peristaltik 21 x/mnt  Pembesaran hepar  Ya  Tidak  Pembesaran lien  Ya  Tidak  Buang air besar 1 x/hari Teratur:  Ya  Tidak Konsistensi padat Bau: normal Warna: kuning  Lain-lain: saat pengkajian belum BAB. | |
|  | Masalah- |
| **Muskuloskeletal/ Integumen** | Kemampuan pergerakan sendi:  Bebas  Terbatas  Kekuatan otot: 5 5 (lemah)  5 5  Kulit  Warna kulit:  Ikterus  Sianotik  Kemerahan  Pucat  Hiperpigmentasi Turgor:  Baik  Sedang (kembali 2 detik)  Jelek  Odema:  Ada  Tidak ada Lokasi: kaki kanan Luka  Ada  Tidak ada Lokasi di abdomen  Tanda infeksi luka  Ada  Tidak ada Yang ditemukan :  kalor/dolor/tumor/Nyeri/Fungsiolesa  Lain-lain : | |
|  | Masalah: keletihan |
| **Endokrin** | Pembesaran Tyroid  Ya  Tidak  Hiperglikemia  Ya GDA 515 mg/dl  Tidak Hipoglikemia  Ya  Tidak  Luka gangren  Ya  Tidak Pus  Ya  Tidak | |
|  | Masalah: 1. ketidakstabilan kadar glukosa darah |
| **Personal Higiene** | Mandi : seka badan, dibantu istri Sikat gigi : +  Keramas : - Memotong kuku: - Ganti pakaian : | |
|  | Masalah: - |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Psiko-sosio-spiritual** | Orang yang paling dekat: Istri  Hubungan dengan teman dan lingkungan sekitar: keluarga mengatakan, hubungan dengan lingkungan sekitar baik, tidak ada permasalahan  Kegiatan ibadah: Pasien selalu beribadah tepat pada waktunya  Lain-lain : - | |
|  | Masalah: - |
| **Pemeriksaan penunjang** | Laboratorium Darah Lengkap  Hb : 13,2 (12 – 14)  Hematokrit: 46 (40 – 48)  TRombosit : 229.300  Leukosit: 9200  MCV : 83,1 (82 – 92)  MCH : 28 (27 – 31)  MCHC : 34 (32 – 36)  Kimia darah  SGOT : 23 (< 25)  SGPT : 19 (< 20)  Triglicerida : 3,2  Cholesterol : 188 (150-250)  HDL 49  LDL 121  Ureum darah : 34 (20–40)  Kreatinin darah : 0,8 (0,5–1,5  Albumin serum : 4,6 gr/dl (3,4-5,4)  Na : 122 (135–47)  K : 9,4 (8,5-10,1)  Cl : 100 (100-06)  Asam urat : 5,6  GDA : 515mg/dl Hba1c 9,8  Uji urin: Keton + | |
| **Radiologi/USG, dll** | EKG:  -  Radiologi:  - | |

**Terapi**:

Blitar, 08 Januari 2019 Perawat

Oral :

* Paracetamol 3x1 tab
* Glimepirid 0-1-0 tab
* Ikaneuron 1-0-0 tab

Injeksi:

* Ceftriaxon : 2 x 1 amp
* Pethidin 2x1 amp
* Insulin 15-15-15 iu

IV line

Nacl ; 2500 cc, 20 tpm O2 nasal kanul 4 lpm

Diit: Rendah Kalori Rendah Lemak 2000 kal.

(Bety Desiana)



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS STIKes PATRIA HUSADA BLITAR**

# PENILAIAN RiSIKO JATUH PASIEN DEWASA SKALA MORSE FALL SCALE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **RISIKO** | **SKOR** | **Skor Hari Perawatan Ke-** | | | | | | | | | |
| **1**  **Tgl 08/01** | **2**  **Tgl**  **…** | **3**  **Tgl**  **…** | **4**  **Tgl**  **…** | **5**  **Tgl**  **…** | **6**  **Tgl**  **…** | **7**  **Tgl**  **…** | **8**  **Tgl**  **…** | **9**  **Tgl**  **…** | **10**  **Tgl**  **…** |
| 1. | Mempunyai riwayat jatuh, baru atau 3 bulan terakhir   * Tidak * Ya | **0**  **25** | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Diagnosa sekunder > I |  | 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  Tidak | **0** |  |
|  |  Ya | **25** |  |
| 3. | Ambulasi berjalan   * *Bedrest* /dibantu perawat * Penyangga/tongkat/*walker*/t hreepot/kursi roda * Mencengkeram *furniture* |  | 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **0** |  |
|  | **15** |  |
|  | **30** |  |
| 4. | Terpasang IV line/pemberian |  | 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | antikoagulan (heparin )/obat |  |  |
|  | lain yang digunakan |  |  |
|  | mempunyai *side effects* jatuh |  |  |
|  |  Tidak | **0** |  |
|  |  Ya | **20** |  |
| 5. | Cara berjalan/berpindah |  | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  Normal/*bedrest/*imobilisasi | **0** |  |
|  |  Kelelahan dan lemah | **10** |  |
|  |  Keterbatasan/terganggu | **20** |  |
| 6. | Status mental   * Normal/sesuai kemampuan diri * Lupa keterbatasan diri/penurunan kesadaran |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **0** |  |
|  | **15** |  |
|  | **TOTAL SKOR** |  | 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nama dan paraf petugas yang melakukan penilaian** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Kesimpulan: Resiko jatuh tinggi dengan skore 60**

Keterangan :

Tingakat resiko :

1. Skor > 51 risiko tinggi, lakukan intervensi jatuh risiko tinggi;
2. Skor 25 – 50 risiko rendah, lakukan intervensi jatuh standar;
3. Skor 0 – 24 tidak berisiko, perawatan yang baik.



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS STIKes PATRIA HUSADA BLITAR**

**LEMBAR PENILAIAN DEKUBITUS (NORTON SCALE)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **PARAMETER** | **SKOR** | **Skor Hari Perawatan Ke-** | | | | | | | | | |
| **1**  **Tgl**  **08/01** | **2**  **Tgl**  **…** | **3**  **Tgl**  **…** | **4**  **Tgl**  **…** | **5**  **Tgl**  **…** | **6**  **Tgl**  **…** | **7**  **Tgl**  **…** | **8**  **Tgl**  **…** | **9**  **Tgl**  **…** | **10**  **Tgl**  **…** |
| 1. | Kondisi Fisik   * Baik * Cukup baik * Buruk * Sangat buruk | **4**  **3**  **2**  **1** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Kondisi Mental   * Waspada * Apatis * Bingung * Pingsan/tidak sadar | **4**  **3**  **2**  **1** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Kegiatan   * Dapat berpindah * Berjalan dengan bantuan * Terbatas kursi * Terbatas ditempat tidur | **4**  **3**  **2**  **1** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Mobilitas   * Penuh * Agak terbatas * Sangat terbatas * Sulit bergerak | **4**  **3**  **2**  **1** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Inkontinensia   * Tidak mengompol * Kadang-kadang * Biasanya yang keluar urine * Biasanya yang keluar urine   dan kotoran | **4**  **3**  **2**  **1** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **TOTAL SCORE** |  | 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nama dan paraf yang melakukan penilaian** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Interpretasi :

Nilai maksimum 20

Nilai minimum 5

Pasien berisiko dekubitus jika nilai < 14

Kesimpulan: tidak beresiko decubitus dengan skore 16



# ANALISA DATA

Nama: Tn. G Umur: 49 Th.

Alamat: Wates No. register: 22069

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **DATA** | **MASALAH** | **PENYEBAB** |
| 1 | Ds: pasien mengeluh sesak, sulit bernafas Do:  Penggunaan otot bantu nafas+, Pola nafas cepat, dangkal Ekspirasi memanjang  Pernafasan cuping hidung+ | Pola nafas tidak efektif | Defisiensi insulin    Peningkatan glukosa darah |
|  |  | Peningkatan glucagon sebagai mekanisme adaptasi tubuh |
|  |  | Timbulnya gejala  neurologic yaitu penurunan kesadaran |
|  |  | depresan pusat pernafasan |
|  |  | Pola nafas tidak  efektif |
| 2 | Ds: | Ketidakstabilan | Factor resiko    Kerusakan reseptor insulin  Glucagon meningkat    Ketidakstabilan kadar glukosa darah |
|  | Pasien merasakan lemas, dan haus yang | kadar glukosa |
|  | terus menerus | darah |
|  | Do: |  |
|  | GDA 515 mg/dl |  |
|  | Mukosa mulut kering |  |
|  | BAK sering 5-7x |  |
| 3 | Ds: | Hipertermi | Produksi insulin menurun  Hiperglikemia Sel kelaparan Hilangnya protein |
|  | Pasien merasakan badan meriang |  |
|  | Do: |  |
|  | Suhu 38,2 C |  |
|  | Kulit terlihat memerah |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nadi 95x/menit  RR 24x/menit, cepat dangkal Kulit teraba panas |  | tubuh    Penurunan status imunitas  Bakteri menginvasi di dalam tubuh    Hipertermi |
| 4. | Ds:  Pasien merasakan lemas tidak bertenaga Do:  Pasien tampak lesu, lemah Berjalan dengan bantuan keluarga | Keletihan | Penurunan produksi insulin    Lipolysis    Peningkatan keton dalam darah    Asidosis    Gangguan konsentrasi PH  Hipoksia perifer Kelemahan, keletihan |
| 5 | Ds:  Pasien merasakan badan lemas tidka bertenaga  Do:  Perbahan kadar glukosa, GDA 515 mg/dl Morse fall scale nilai 60 ( resiko jatuh tinggi) | Resiko jatuh | Penurunan produksi  insulin |
|  |  | Lipolysis |
|  |  | Peningkatan keton  dalam darah |
|  |  | Asidosis |
|  |  | Gangguan  konsentrasi PH |
|  |  | Hipoksia perifer |
|  |  | Kelemahan, keletihan |
|  |  | Resiko jatuh |



# PRIORITAS MASALAH

Nama: Tn. G Umur: 49 Th.

Alamat: Wates No. register: 22069

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO.** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **KET** |
| 1. | Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresan pusat pernafasan sebagai manifest  peningkatan glukosa | 08/01/2019 |
| 2. | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan  dengan kerusakan reseptor insulin | 08/01/2019 |
| 3. | Hipertermi berhubungan dengan penurunan  imunitas | 08/01/2019 |
| 4 | Keletihan berhubungan dengan hipoksia perifer | 08/01/2019 |
| 5 | Resiko jatuh berhubungan dengan keletihan | 08/01/2019 |

# DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama: Tn. G Umur: 49 Th.

Alamat: Wates No. register: 22069

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **TGL**  **MUNCUL** | **TGL**  **TERATASI** |
| 1. | Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan  depresan pusat pernafasan sebagai manifest peningkatan glukosa | 08/01/2019 |  |
| 2. | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan  dengan kerusakan reseptor insulin | 08/01/2019 |  |
| 3. | Hipertermi berhubungan dengan penurunan  imunitas | 08/01/2019 |  |
| 4 | Keletihan berhubungan dengan hipoksia perifer | 08/01/2019 |  |
| 5 | Resiko jatuh berhubungan dengan keletihan | 08/01/2019 |  |

# INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama: Tn. G Umur: 49 Th.

Alamat: Wates No. register: 22069.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA** | **SLKI** | **SDKI** |
| **HASIL** | **INTERVENSI** |
| 1 | Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresan pusat pernafasan sebagai manifest peningkatan glukosa | Setelah dilakukan intervensi selama 1x24 jam, pola nafas membaik dengan kriteria hasil:   1. Tidak ada dipsneu/ sesak 2. Tidak ada penggunaan otot bantu nafas 3. Tidak ada pemanjangan fase ekspirasi 4. Tidak ada pernafasan cuping hidung 5. Frekuensi nafas 18- 20x/menit | Managemen jalan nafas Observasi:   1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan (gurgling, whezingm ronkhi)   Terapeuitik:   1. Posisikan semi fowler 2. Berikan minuman hangat 3. Berikan oksigen bila perlu Edukasi:   a. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari jika tidak ada  kontraindikasi |
| 2 | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin | Setelah dilakukan intervensi selama 1 x24 jam, kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil:   1. Kesadaran composmentis 2. Tidak mengantuk 3. Tidak pusing 4. Tidak Lelah/lesu 5. Tidak gemetar 6. Tidak berkeringat 7. Mulut lembab 8. Tidak ada rasa haus   i. Kadar glukosa 90-140 mg/dl | Managemen hiperglikemia Observasi:   1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat 3. Monitor kadar glukosa darah 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 5. Monitor intake dan output cairan 6. Monitor frekuensi nadi Terapeutik 7. Berikan asupan cairan oral 8. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | atau memburuk Edukasi   1. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 2. Ajarkan pengelolaan diabetes (misalkan penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan,penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)   Kolaborasi   1. Kolaborasi pemberian insulin 2. Kolaborasi pemberian cairan IV |
| 3 | Hipertermi berhubungan dengan penurunan imunitas | Setelah dilakukan intervensi selama 1x24 jam, termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:   1. kulit normal, tidak merah 2. tidak pucat 3. tidak ada takikardi 4. RR normal 5. suhu tubuh normal 6. TD normal 7. kadar glukosa darah normal, rentang 90-140 mg/dl. | Managemen hipertermi Observasi:   1. identifikasi penyebab hipertermi 2. monitor suhu tubuh |
|  |  | terapeutik:   1. berikan cairan per oral 2. lakukan pendingingan eksternal (kompres dingin) |
|  |  | edukasi:  anjurkan tirah baring Kolaborasi:  Kolaborasi pemberian cairan elektrolit IV dan terapi medis. |
| 4 | Keletihan berhubungan dengan hipoksia perifer | Setelah dilakukan intervensi selama 1x24 jam, tingkat keletihan menurun dengan kriteria hasil:   1. Verbalisasi kepulihan energi 2. Tenaga meningkat | Managemen energi Observasi;   1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik   dan emosional |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat 2. Verbalisasi Lelah menurun 3. Tidak nampak lesu 4. Frekuensi nafas normal 18-20x/menit   Tidak gelisah | 1. Monitor pola dan jam tidur 2. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas   Terapeutik   1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus seperti cahaya, suara, kunjungan 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.   Edukasi:   1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika ada tanda dan gejala kelelahan yang tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan   Kolaborasi:  a. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan  makanan. |
| 5 | Resiko jatuh  berhubungan dengan keletihan | Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:   1. Tidak jatuh dari tempat tidur 2. Tidak jatuh saat berdiri 3. Tidak jatuh saat berjalan | Pencegahan jatuh Observasi;   1. Identifikasi factor resiko jatuh (usia, penurunan tingkat kesadaran, gangguan keseimbangan, dll) 2. Identifikasi factor |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh   1. Hitung risiko jatuh menggunakan scala, morse fall 2. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda atau sebaliknya   Terapeutik:   1. Orientasikan ruangan kepada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci 3. Pasang handrall tempat tidur 4. Tempatkan pasien beresiko jatuh tinggi dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 5. Gunakan alat bantu berjalan missal kursi roda, walker 6. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien   Edukasi:   1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Anjurkan menggunakan alas kai yang tidak licin 3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 4. Anjurkan untuk melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 5. Ajarkan cara |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | menggunakan bel pemanggil untuk  memanggil perawat |

# IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama: Tn. G Umur: 49 Th.

Alamat: Wates No. register: 22069.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N O.** | **DIAGNOSA** | **Hari/Tan ggal** | **JAM** | **IMPLEMENTASI** | **EVALUASI** | **Paraf** |
| 1 | Pola nafas tidak  efektif | Rabu, 8/1/2020 | 14.00 | Memonitor pola nafas (frekuensi,  kedalaman, usaha nafas) | S:  Pasien mengatakan masih |  |
|  | berhubungan |  |  |  | sesak, tapi sudah berkurang |
|  | dengan depresan |  |  | Memonitor bunyi nafas tambahan | O: |
|  | pusat pernafasan |  |  | (gurgling, whezingm ronkhi) | dipsneu/ sesak+ |
|  | sebagai manifest |  |  | Terapeuitik: | Tidak ada penggunaan otot |
|  | peningkatan |  |  |  | bantu nafas |
|  | glukosa |  | 14.10 | Memposisikan semi fowler | Tidak ada pemanjangan fase  ekspirasi |
|  |  |  |  | Memberikan oksigen | Tidak ada pernafasan cuping |
|  |  |  |  | O2 4 lpm nasal canul | hidung |
|  |  |  | 14.30 |  | Frekuensi nafas 22x/menit |
|  |  |  |  | Menganjurkan asupan cairan 2000 ml/hari | A: masalah teratasi sebagian |
|  |  |  |  |  | P: lanjutkan Intervensi |
| 2 | Ketidakstabilan  kadar glukosa | Rabu, 8/1/2020 | 14.00 | Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia | S:  Pasien masih merasakan lemas, tapi sudah berkurang, dan masih merasakan haus terus menerus  O:  Kesadaran composmentis Tidak mengantuk |  |
|  | darah |  |  | Memonitor kadar glukosa darah |
|  | berhubungan |  |  |  |
|  | dengan kerusakan |  | 14.10 | Memonitor tanda dan gejala |
|  | reseptor insulin |  |  | hiperglikemia |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 15.40 | Memonitor intake dan output cairan  Memonitor frekuensi nadi  Menganjurkan kepatuhan terhadap diet ( Rendah kalori, rendah lemak)  Mengajarkan pengelolaan diabetes (misalkan penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan,penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)  Berkolaborasi pemberian insulin   * Insulin 15 iu * Glimepirid 1x1 tab   Berkolaborasi pemberian cairan IV Nacl ; 2500 cc, 20 tpm | Tidak pusing  Pasien masih terlihat Lelah/lesu Gemetar+ Berkeringat+  Mulut kering  Kadar glukosa 4 jam evaluasi 333 mg/dl |  |
|  | A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |
| 16.00 |  |
| 3 | Hipertermi berhubungan dengan penurunan imunitas | Rabu, 8/1/2020 | 14.30 | mengidentifikasi penyebab hipertermi | S:  Pasien sudah tidak merasakan meriang  O:  kulit normal, tidak merah pucat+  takikardi, Nadi 92x/menit  RR 22x/menit |  |
|  |  |  | memonitor suhu tubuh |
|  |  | 15.00 | melakukan pendingingan eksternal |
|  |  |  | (kompres dingin) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 16.00 | menganjurkan tirah baring  berkolaborasi pemberian cairan elektrolit IV dan terapi medis. Nacl ; 2500 cc, 20 tpm   * Paracetamol 1x1 tab | suhu tubuh 37,6 C  f. TD 130/80 mmHg  g. kadar glukosa darah 4 jam evaluasi 333 mg/dl  A; masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
| 4 | Keletihan  berhubungan | Rabu, 8/1/2020 | 15.00 | Memonitor kelelahan fisik dan emosional | S:  Pasien masih merasakan lemas, tapi sudah berkurang  O:  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  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
|  | dengan hipoksia |  |  | Memonitor pola dan jam tidur |
|  | perifer |  |  |  |
|  |  |  | 15.30 | Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus seperti cahaya, suara, kunjungan |
|  |  |  | 19.00 | melakukan latihan rentang gerak aktif |
|  |  |  |  | menganjurkan tirah baring |
|  |  |  |  | Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap |
|  |  |  | 20.00 | Menganjurkan menghubungi perawat jika ada tanda dan gejala kelelahan yang tidak berkurang |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5 | Resiko jatuh berhubungan dengan keletihan | Rabu, 8/1/2020 | 14.00 | mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh  memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda atau sebaliknya | S:- O:  Tidak jatuh dari tempat tidur Tidak jatuh saat berdiri Tidak jatuh saat berjalan |  |
|  |  | 14.05 | Mengorientasikan ruangan kepada pasien dan keluarga | A: masalah teratasi  P: pertahankan ntervensi |
|  |  |  | Memastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci |  |
|  |  |  | Memasang handrall tempat tidur |  |
|  |  |  | Menempatkan pasien beresiko jatuh tinggi dekat dengan pantauan perawat dari nurse station |  |
|  |  | 14.20 | Mempersiapkan dan menganjurkan pasien untuk menggunakan alat bantu berjalan misal kursi roda, walker |  |
|  |  |  | Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien |  |
|  |  |  | Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 14.30 | berpindah  Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin  Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh  Menganjurkan untuk melebarkan jarak kedua kaki untuk  mengajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat |  |  |

# IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama: Tn. G Umur: 49 Th.

Alamat: Wates No. register: 22069.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N O.** | **DIAGNOSA** | **Hari/Tan ggal** | **JAM** | **IMPLEMENTASI** | **EVALUASI** | **Paraf** |
| 1 | Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresan pusat pernafasan sebagai manifest peningkatan glukosa | Kamis, 9/1/2020 | 14.00  14.10  14.30 | Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)  Memonitor bunyi nafas tambahan (gurgling, whezingm ronkhi) Terapeuitik:  Memposisikan semi fowler Memberikan oksigen  O2 3 lpm nasal canul  Menganjurkan asupan cairan 2000 ml/hari | S:  Pasien mengatakan masih sesak, tapi sudah berkurang banyak  O:  dipsneu/ sesak+  Tidak ada penggunaan otot bantu nafas  Tidak ada pemanjangan fase ekspirasi  Tidak ada pernafasan cuping hidung  Frekuensi nafas 23x/menit  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan Intervensi |  |
| 2 | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan | Kamis, 9/1/2020 | 14.00  14.10 | Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia  Memonitor kadar glukosa darah  Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia | S:  Pasien masih merasakan lemas, tapi sudah berkurang, dan perasaan haus terys menerus sudah mulai berkurang  O:  Kesadaran composmentis |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | reseptor insulin |  | 16.00 | Memonitor intake dan output cairan  Memonitor frekuensi nadi  Menganjurkan kepatuhan terhadap diet ( Rendah kalori, rendah lemak)  Berkolaborasi pemberian insulin   * Insulin 15 iu   Berkolaborasi pemberian cairan IV Nacl ; 2500 cc, 20 tpm | Tidak mengantuk Tidak pusing  Pasien masih terlihat Lelah/lesu  Gemetar- Berkeringat- Mulut lembab  Kadar glukosa evaluasi 210 mg/dl  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
| 3 | Hipertermi berhubungan dengan penurunan imunitas | Kamis, 9/1/2020 | 14.30  15.00  16.00 | mengidentifikasi penyebab hipertermi  memonitor suhu tubuh menganjurkan tirah baring  berkolaborasi pemberian cairan elektrolit IV dan terapi medis. Nacl ; 2500 cc, 20 tpm   * Paracetamol 1x1 tab | S:  Pasien sudah tidak merasakan meriang  O:  kulit normal, tidak merah pucat+  takikardi- Nadi 80x/menit RR 23x/menit  suhu tubuh 36,3 C  f. TD 120/80 mmHg  g. kadar glukosa darah evaluasi 210 mg/dl  A; masalah teratasi sebagian |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | P: lanjutkan intervensi |  |
| 4 | Keletihan berhubungan dengan hipoksia perifer | Kamis, 9/1/2020 | 15.00  15.30  19.00  20.00 | Memonitor pola dan jam tidur  Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus seperti cahaya, suara, kunjungan  melakukan latihan rentang gerak aktif  menganjurkan tirah baring  Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap  Menganjurkan menghubungi perawat jika ada tanda dan gejala kelelahan yang tidak berkurang | S:  Pasien masih merasakan lemas, tapi sudah berkurang  O:  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  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
| 5 | Resiko jatuh berhubungan dengan keletihan | Kamis, 9/1/2020 | 14.00  14.05 | memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda atau sebaliknya  Memastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci  Memasang handrall tempat tidur | S:- O:  Tidak jatuh dari tempat tidur Tidak jatuh saat berdiri Tidak jatuh saat berjalan  A: masalah teratasi  P: pertahankan ntervensi |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 14.20 | Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah  Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin  Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh |  |  |

# IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama: Tn. G Umur: 49 Th.

Alamat: Wates No. register: 22069.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N O.** | **DIAGNOSA** | **Hari/Tan ggal** | **JAM** | **IMPLEMENTASI** | **EVALUASI** | **Paraf** |
| 1 | Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresan pusat pernafasan sebagai manifest peningkatan glukosa | Jumat, 10/1/2020 | 14.00 | Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)  Memonitor bunyi nafas tambahan (gurgling, whezingm ronkhi) Terapeuitik: | S:  Pasien mengatakan sudah tidak sesak  O:  dipsneu/ sesak-  Tidak ada penggunaan otot bantu nafas  Tidak ada pemanjangan fase ekspirasi  Tidak ada pernafasan cuping hidung  Frekuensi nafas 18x/menit  A: masalah teratasi  P: hentikan Intervensi  Visite dr jam 16.30, k/u baik, GDA <200 mg/dl, acc pulang. |  |
| 2 | Ketidakstabilan kadar glukosa darah | Jumat, 10/1/2020 | 14.00 | Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia  Memonitor kadar glukosa darah | S:  Pasien merasakan sudah mulai bertenaga  O:  Kesadaran composmentis |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin |  | 14.10  16.00 | Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia  Memonitor intake dan output cairan Memonitor frekuensi nadi  Menganjurkan kepatuhan terhadap diet ( Rendah kalori, rendah lemak)  Berkolaborasi pemberian insulin   * Insulin 15 iu   Berkolaborasi pemberian cairan IV Nacl ; 2500 cc, 20 tpm | Tidak mengantuk Tidak pusing  Pasien tampak segar Gemetar- Berkeringat-  Mulut lembab  Kadar glukosa evaluasi 145 mg/dl  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
| 3 | Hipertermi berhubungan dengan penurunan imunitas | Jumat, 10/1/2020 | 14.30  15.00  16.00 | mengidentifikasi penyebab hipertermi  memonitor suhu tubuh  menganjurkan tirah baring  berkolaborasi pemberian cairan elektrolit IV dan terapi medis. Nacl ; 2500 cc, 20 tpm   * Paracetamol 1x1 tab | S:  Pasien sudah tidak merasakan meriang  O:  kulit normal, tidak merah pucat-  takikardi- Nadi 82x/menit RR 18x/menit  suhu tubuh 36,2 C  f. TD 110/80 mmHg  g. kadar glukosa darah evaluasi 145 mg/dl |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | A; masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
| 4 | Keletihan berhubungan dengan hipoksia perifer | Jumat, 10/1/2020 | 15.00  15.30  15.45 | Memonitor pola dan jam tidur  Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus seperti cahaya, suara, kunjungan  melakukan latihan rentang gerak aktif  menganjurkan tirah baring  Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap | S:  Pasien merasakan sudah tidak lemas lagi  O:  Verbalisasi kepulihan energi Tenaga meningkat Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat (dapat duduk sendiri, berjalan sendiri, tanpa bantuan keluarga)  Verbalisasi Lelah menurun Pasien masih nampak segar Frekuensi nafas 18x/menit Tidak gelisah  A: masalah teratasi P:hentikan intervensi |  |
| 5 | Resiko jatuh berhubungan dengan keletihan | Jumat, 10/1/2020 | 14.00  14.05 | memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda atau sebaliknya  Memastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci | S:- O:  Tidak jatuh dari tempat tidur Tidak jatuh saat berdiri Tidak jatuh saat berjalan  A: masalah teratasi |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 14.20 | Memasang handrall tempat tidur  Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah  Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin  Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh | P: hentikan intervensi |  |

Nama: Tn. G Umur: 49 Th.

# CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal 09/01/2020

Alamat: Wates No. register: 22069.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **CATATAN PERKEMBANGAN** | **PARAF** |
| 1 | Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresan pusat pernafasan sebagai manifest peningkatan glukosa | S:  Pasien mengatakan masih sesak, tapi sudah berkurang banyak  O:  dipsneu/ sesak+  Tidak ada penggunaan otot bantu nafas Tidak ada pemanjangan fase ekspirasi Tidak ada pernafasan cuping hidung Frekuensi nafas 23x/menit  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan Intervensi |  |
| 2 | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin | S:  Pasien masih merasakan lemas, tapi sudah berkurang, dan perasaan haus terys menerus sudah mulai berkurang  O:  Kesadaran composmentis Tidak mengantuk  Tidak pusing  Pasien masih terlihat Lelah/lesu Gemetar- |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Berkeringat- Mulut lembab  Kadar glukosa evaluasi 210 mg/dl  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
| 3 | Hipertermi berhubungan dengan penurunan imunitas | S:  Pasien sudah tidak merasakan meriang O:  kulit normal, tidak merah pucat+  takikardi- Nadi 80x/menit RR 23x/menit  suhu tubuh 36,3 C  f. TD 120/80 mmHg  g. kadar glukosa darah evaluasi 210 mg/dl |  |
|  | A; masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |
| 4 | Keletihan berhubungan dengan hipoksia perifer | S:  Pasien masih merasakan lemas, tapi sudah berkurang O:  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  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
| 5 | Resiko jatuh berhubungan dengan keletihan | S:- O:  Tidak jatuh dari tempat tidur Tidak jatuh saat berdiri Tidak jatuh saat berjalan |  |
|  | A: masalah teratasi  P: pertahankan ntervensi |

Nama: Tn. G Umur: 49 Th.

# CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal 10/01/2020

Alamat: Wates No. register: 22069.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **CATATAN PERKEMBANGAN** | **PARAF** |
| 1 | Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresan pusat pernafasan sebagai manifest peningkatan glukosa | S:  Pasien mengatakan sudah tidak sesak O:  dipsneu/ sesak-  Tidak ada penggunaan otot bantu nafas Tidak ada pemanjangan fase ekspirasi Tidak ada pernafasan cuping hidung Frekuensi nafas 18x/menit |  |
|  |  | A: masalah teratasi  P: hentikan Intervensi |
|  |  | Visite dr jam 16.30, k/u baik, GDA <200 mg/dl, acc pulang. |
| 2 | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin | S:  Pasien merasakan sudah mulai bertenaga O:  Kesadaran composmentis Tidak mengantuk  Tidak pusing  Pasien tampak segar Gemetar- |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Berkeringat- Mulut lembab  Kadar glukosa evaluasi 145 mg/dl  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
| 3 | Hipertermi berhubungan dengan penurunan imunitas | S:  Pasien sudah tidak merasakan meriang O:  kulit normal, tidak merah pucat-  takikardi- Nadi 82x/menit RR 18x/menit  suhu tubuh 36,2 C  f. TD 110/80 mmHg  g. kadar glukosa darah evaluasi 145 mg/dl |  |
|  | A; masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |
| 4 | Keletihan berhubungan dengan hipoksia perifer | S:  Pasien merasakan sudah tidak lemas lagi O:  Verbalisasi kepulihan energi Tenaga meningkat  Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat (dapat duduk sendiri, berjalan sendiri, tanpa bantuan keluarga)  Verbalisasi Lelah menurun |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Pasien masih nampak segar Frekuensi nafas 18x/menit Tidak gelisah  A: masalah teratasi P:hentikan intervensi |  |
| 5 | Resiko jatuh berhubungan dengan keletihan | S:- O:  Tidak jatuh dari tempat tidur Tidak jatuh saat berdiri Tidak jatuh saat berjalan |  |
|  | A: masalah teratasi P: hentikan intervensi |

# ASUHAN KEPERAWATAN

**NY. K DENGAN DIABETES MELLITUS + GANGREN DI RUANG PERAWATAN UPT PUSKESMAS WATES**



**Oleh:**

**BETY DESIANA (1712043)**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PATRIA HUSADA BLITAR 2020**



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN STIKes PATRIA HUSADA BLITAR**

**FORMAT PENGKAJIAN**

|  |  |
| --- | --- |
| Jam : 13.30  Pengkajian tgl : 11/01/2020 NO. RM 22081  Tanggal MRS : 11/01/2020 Dx. Masuk : DM + gangren Ruang/Kelas : Perawatan, klas I Dokter yang merawat : dr. Indah | |
| ***Identitas*** | Nama : Ny. K Jenis Kelamin : perempuan  Umur : 51 th Status Perkawinan : Menikah  Agama :Islam Penanggung Biaya : bpjs Pendidikan : SMP  Pekerjaan : Swasta Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia  Alamat : Tugurejo RT 004 RW 002 |
| **Riwayat Sakit dan Kesehatan** | Keluhan utama :  Pasien mengatakan lemas, sering haus, dan mengeluh nyeri di bagian kaki kanan serta mual-mual.  **Riwayat penyakit saat ini :**  Pasien datang 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  **Penyakit yang pernah diderita :**  Riwayat masa lalu, pasien mengatakan menderita kencing manis sejak 4 tahun yang lalu  **Riwayat Gaya hidup:** aktivitas kurang, tidak pernah olahraga, perokokk aktif 1 hari 1 bungkus, tidak diet DM, makan apa saja yang disukai, obat OHO tidak rutin,kontrol tidak rutin.  **Riwayat penyakitkeluarga :**  Keluarga tidak ada yang menderita kencing manis.  **Riwayat alergi**:  ya  tidak Jelaskan : |
|  | Pemeriksaan Fisik |
| Keadaan Umum:  baik  sedang  lemah Kesadaran: composmntis  Tanda vital TD: 125/90 mmHg Nadi: 92 x/mnt (takikardi) Suhu :36,1 ºC RR:19 x/mnt |
| **Pernafa san** | Pola nafas irama:  Teratur (cepat)  Tidak teratur  Jenis  Dispnoe  Kusmaul  Ceyne Stokes Lain-lain:retraksi-, Suara nafas:  vesikuler  Stridor  Wheezing  Ronchi Lain-lain:  Sesak nafas  Ya  Tidak  Batuk  Ya  Tidak |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Masalah: - | | | | | | | |
| **Kardiovaskuler** | Irama jantung:  Reguler  Nyeri dada:  Ya  Bunyi jantung:  Normal  CRT:  < 3 dt  Akral:  Hangat  Pembesaran vena jugularis- | | | |  Ireguler S1/S2 tunggal  Ya  Tidak   Tidak   Murmur  Gallop lain-lain   > 3 dt (4 detik)   Panas  Dingin kering  Dingin basah | | | | |
|  | Masalah: - | | | | | | | |
| **Persyarafan** | GCS | | | Eye: 4 | Verbal: | 5 | Motorik: | 6 | Total:15 |
| Refleks fisiologis: Refleks patologis: Lain-lain:  Istirahat / tidur: 5-6 luka gangren | | |  patella   babinsky  jam/hari |  triceps  biceps lain-lain:normal   budzinsky  kernig lain-lain:-  Gangguan tidur: merasakan nyeri yang terus menerus pada | | | | |
|  | Masalah:- | | | | | | | |
| **Penginderaan** | Penglihatan (mata)  Pupil :  Isokor  Anisokor  Lain-lain:- Sclera/Konjungtiva :  Anemis  Ikterus  Lain-lain:- Lain-lain :  Pendengaran/Telinga : normal  Gangguan pendengaran :  Ya  Tidak Jelaskan: - Lain-lain :-  Penciuman (Hidung)  Bentuk :  Normal  Tidak Jelaskan: Gangguan Penciuman :  Ya  Tidak Jelaskan: Lain-lain: pernafasan cuping hidung - | | | | | | | | |
|  | | Masalah: - | | | | | | |
| **Perkemihan** | Kebersihan:  Bersih  Kotor  Urin: Jumlah: tidak terkaji cc saat pengkajian Warna:kuning Bau: -  Alat bantu (kateter, dan lain-lain): -  Kandung kencing: Membesar  Ya  Tidak  Nyeri tekan  Ya  Tidak Gangguan:  Anuria  Oliguri  Retensi   Nokturia  Inkontinensia  Lain-lain: | | | | | | | | |
|  | | Masalah: - | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pencernaan** | Nafsu makan:  Baik  Menurun Frekuensi: 3 x/hari, Porsi makan: 1 porsi  Habis  Tidak Ket: sisa ½ porsi Diet : saat dirumah, pasien tidak menerapkan diet kencing manis  Minum: 2000-3000 cc/hari Jenis: air putih Mulut dan Tenggorokan  Mulut:  Bersih  Kotor  Berbau  Mukosa  Lembab  Kering  Stomatitis Tenggorokan  Nyeri telan  Kesulitan menelan   Pembesaran tonsil  Lain-lain:-  BB saat pengkajian 68 kg, TB 155 cm, BB sebelum MRS tidak terkaji.  Mual+, muntah -  Abdomen  Tegang  Kembung  Ascites  Nyeri tekan, lokasi: Peristaltik 18 x/mnt  Pembesaran hepar  Ya  Tidak  Pembesaran lien  Ya  Tidak  Buang air besar 1 x/hari Teratur:  Ya  Tidak Konsistensi padat Bau: normal Warna: kuning  Lain-lain: saat pengkajian belum BAB. | |
|  | Masalah: Nausea |
| **Muskuloskeletal/ Integumen** | Kemampuan pergerakan sendi:  Bebas  Terbatas  Kekuatan otot: 5 5 (lemah)  5 5  Kulit  Warna kulit:  Ikterus  Sianotik  Kemerahan  Pucat  Hiperpigmentasi Turgor:  Baik  Sedang (kembali 2 detik)  Jelek  Odema:  Ada  Tidak ada Lokasi: kaki kanan Luka  Ada  Tidak ada Lokasi di abdomen  Tanda infeksi luka  Ada  Tidak ada Yang ditemukan :  **kalor/**dolor/tumor/**Nyeri**/Fungsiolesa  Lain-lain : kulit di sekitar luka merah, pus+, nyeri tekan+ skala 5-6,, nekrosis+, goa+ kedalaman 2 cm, luas luka 1-2 cm, kedalaman 1 cm | |
|  | Masalah:   1. **Nyeri akut** 2. **Resti infeksi/ resiko infeksi** |
| **Endokrin** | Pembesaran Tyroid  Ya  Tidak  Hiperglikemia  Ya GDA 364 mg/dl  Tidak Hipoglikemia  Ya  Tidak  Luka gangren  Ya  Tidak Pus  Ya  Tidak | |
|  | Masalah: 1. ketidakstabilan kadar glukosa darah |
| **Personal Higiene** | Mandi : seka badan, dibantu istri Sikat gigi : +  Keramas : - Memotong kuku: - Ganti pakaian : | |
|  | Masalah: - |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Psiko-sosio-spiritual** | Orang yang paling dekat: suami  Hubungan dengan teman dan lingkungan sekitar: keluarga mengatakan, hubungan dengan lingkungan sekitar baik, tidak ada permasalahan  Kegiatan ibadah: Pasien selalu beribadah tepat pada waktunya  Lain-lain : - | |
|  | Masalah: - |
| **Pemeriksaan penunjang** | Laboratorium Darah Lengkap  Hb : 13 (12 – 14)  Hematokrit: 42 (40 – 48)  TRombosit : 311.000  Leukosit: 15.100  MCV : 77,1 (82 – 92)  MCH : 26 (27 – 31)  MCHC : 32,4 (32 – 36)  Kimia darah  SGOT : 22 (< 25)  SGPT : 25 (< 20)  Triglicerida : 2,8  Cholesterol : 160 (150-250)  HDL 49  LDL 101  Ureum darah : 44 (20–40)  Kreatinin darah : 1,74 (0,5–1,5  Albumin serum : 3,9 gr/dl (3,4-5,4)  Na : 136 (135–47)  K : 4,1 (8,5-10,1)  Cl : 104 (100-06)  Asam urat : 5,6  GDA : 364 mg/dl  Hba1C 12,4 | |
| **Radiologi/USG, dll** | EKG:  -  Radiologi:  - | |

Blitar, 11 januari 2020 Perawat

Oral :

* Glimepirid 0-1-0 tab

Injeksi:

* Ceftriaxon : 2 x 1 amp
* Pethidin 2x1 amp
* Ondancetron 2mg 2x1 amp
* Insulin 10-10-10 iu

IV line

Nacl ; 2500 cc, 20 tpm

Diit: lunak, rendah kalori tinggi protein, kalori 1900 kal

**Terapi**:

(Bety Desiana)



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS STIKes PATRIA HUSADA BLITAR**

# PENILAIAN RiSIKO JATUH PASIEN DEWASA SKALA MORSE FALL SCALE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **RISIKO** | **SKOR** | **Skor Hari Perawatan Ke-** | | | | | | | | | |
| **1**  **Tgl 11/01** | **2**  **Tgl**  **…** | **3**  **Tgl**  **…** | **4**  **Tgl**  **…** | **5**  **Tgl**  **…** | **6**  **Tgl**  **…** | **7**  **Tgl**  **…** | **8**  **Tgl**  **…** | **9**  **Tgl**  **…** | **10**  **Tgl**  **…** |
| 1. | Mempunyai riwayat jatuh, baru atau 3 bulan terakhir   * Tidak * Ya | **0**  **25** | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Diagnosa sekunder > I |  | 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  Tidak | **0** |  |
|  |  Ya | **25** |  |
| 3. | Ambulasi berjalan   * *Bedrest* /dibantu perawat * Penyangga/tongkat/*walker*/t hreepot/kursi roda * Mencengkeram *furniture* |  | 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **0** |  |
|  | **15** |  |
|  | **30** |  |
| 4. | Terpasang IV line/pemberian |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | antikoagulan (heparin )/obat |  |  |
|  | lain yang digunakan |  |  |
|  | mempunyai *side effects* jatuh |  |  |
|  |  Tidak | **0** |  |
|  |  Ya | **20** |  |
| 5. | Cara berjalan/berpindah |  | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  Normal/*bedrest/*imobilisasi | **0** |  |
|  |  Kelelahan dan lemah | **10** |  |
|  |  Keterbatasan/terganggu | **20** |  |
| 6. | Status mental   * Normal/sesuai kemampuan diri * Lupa keterbatasan diri/penurunan kesadaran |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **0** |  |
|  | **15** |  |
|  | **TOTAL SKOR** |  | 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nama dan paraf petugas yang melakukan penilaian** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Kesimpulan: Resiko jatuh rendah dengan skore 50**

Keterangan :

Tingakat resiko :

1. Skor > 51 risiko tinggi, lakukan intervensi jatuh risiko tinggi;
2. Skor 25 – 50 risiko rendah, lakukan intervensi jatuh standar;
3. Skor 0 – 24 tidak berisiko, perawatan yang baik.



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS STIKes PATRIA HUSADA BLITAR**

**LEMBAR PENILAIAN DEKUBITUS (NORTON SCALE)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **PARAMETER** | **SKOR** | **Skor Hari Perawatan Ke-** | | | | | | | | | |
| **1**  **Tgl**  **11/01** | **2**  **Tgl**  **…** | **3**  **Tgl**  **…** | **4**  **Tgl**  **…** | **5**  **Tgl**  **…** | **6**  **Tgl**  **…** | **7**  **Tgl**  **…** | **8**  **Tgl**  **…** | **9**  **Tgl**  **…** | **10**  **Tgl**  **…** |
| 1. | Kondisi Fisik   * Baik * Cukup baik * Buruk * Sangat buruk | **4**  **3**  **2**  **1** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Kondisi Mental   * Waspada * Apatis * Bingung * Pingsan/tidak sadar | **4**  **3**  **2**  **1** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Kegiatan   * Dapat berpindah * Berjalan dengan bantuan * Terbatas kursi * Terbatas ditempat tidur | **4**  **3**  **2**  **1** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Mobilitas   * Penuh * Agak terbatas * Sangat terbatas * Sulit bergerak | **4**  **3**  **2**  **1** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Inkontinensia   * Tidak mengompol * Kadang-kadang * Biasanya yang keluar urine * Biasanya yang keluar urine   dan kotoran | **4**  **3**  **2**  **1** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **TOTAL SCORE** |  | 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nama dan paraf yang melakukan penilaian** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Interpretasi :

Nilai maksimum 20

Nilai minimum 5

Pasien berisiko dekubitus jika nilai < 14

Kesimpulan: tidak beresiko decubitus dengan skore 16



# ANALISA DATA

Nama: Ny. K Umur: 51 Th.

Alamat: Wates No. register: 22081

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **DATA** | **MASALAH** | **PENYEBAB** |
| 1 | Ds: | Ketidakstabilan | Factor resiko    Kerusakan reseptor insulin  Glucagon meningkat    Ketidakstabilan kadar glukosa darah |
|  | Pasien mengatakan lemas, sering haus | kadar glukosa |
|  | Do: | darah |
|  | GDA 364 mg/dl |  |
|  | Mukosa mulut kering+ |  |
|  | BAK sering ±4-6x |  |
| 2 | Ds:  Pasien mengeluh nyeri di bagian kaki kanan, seperti ditusuk- tusuk, nyeri terus menerus, nyeri bertambah jika luka tersentuh, skala nyeri 5-6  Do:  Pasien tampak meringis  Pasien bersikap melindungi luka Gelisah+, nadi 92x/menit  TD 125/90 mmHg  RR 19x/menit, cepat Diaphoresis+ | Nyeri akut | Hiperglikemia |
|  |  | Glikosuria |
|  |  | Osmotic diuresis |
|  |  | Hemoconsentrasi |
|  |  | Thrombosis |
|  |  | Athrerosclerosis |
|  |  | Komplikasi macrovasculer, gangrene |
|  |  | Nyeri akut |
| 3 | Ds:  Pasien mengatakan terdapat luka di bagian kaki kanan karena terkena pisau sejak 1 minggu yang lalu  Do:  Kerusakan lapisan kulit+, gangrene+ Nyeri+, skala nyeri 5-6 | Gangguan integritas kulit dan jaringan | Hiperglikemia Glikosuria Osmotic diuresis Hemoconsentrasi Thrombosis |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Perdarahan-  kulit di sekitar luka merah, pus+, nyeri tekan+ skala 5-6,, nekrosis+, goa+ kedalaman 2 cm, luas luka 1-2 cm, kedalaman 1 cm |  | Athrerosclerosis    Komplikasi macrovasculer, gangrene    Gangguan integritas kulit dan jaringan |
| 4. | Ds: pasien mengeluh mual- mual  Do: | Nausea | Penurunan produksi insulin |
|  | Pucat+ Diaphoresis+ Mual+  Takikardi+, Nadi 92x/menit |  | Glikogenilisis  Hiperglikemia Glucosuria |
|  |  |  | Diuresis osmotic    Nefropati diabetic |
|  |  |  | Peningkatan ureum, kreatinin |
|  |  |  | Mual, muntah |



Nama: Ny. K Umur: 51 Th.

Alamat: Wates No. register: 22081

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO.** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **KET** |
| 1. | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan  dengan kerusakan reseptor insulin | 11/01/2019 |
| 2. | Nyeri akut berhubungan dengan perlukaan di kaki | 11/01/2019 |
| 3. | Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan  dengan gangren | 11/01/2019 |
| 4 | Nausea berhubungan dengan peningkatan ureum  kreatinin dalam darah | 11/01/2019 |

# DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama: Ny. K Umur: 51 Th.

Alamat: Wates No. register: 22081

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **TGL**  **MUNCUL** | **TGL**  **TERATASI** |
| 1. | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan  dengan kerusakan reseptor insulin | 11/01/2019 |  |
| 2. | Nyeri akut berhubungan dengan perlukaan di kaki | 11/01/2019 |  |
| 3. | Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan  dengan gangren | 11/01/2019 |  |
| 4 | Nausea berhubungan dengan peningkatan ureum  kreatinin dalam darah | 11/01/2019 |  |

Nama: Ny. K Umur: 51 Th.

Alamat: Wates No. register: 22081

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA** | **SLKI** | **SDKI** |
| **HASIL** | **INTERVENSI** |
| 1 | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin | Setelah dilakukan intervensi selama 1 x24 jam, kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil:   1. Kesadaran composmentis 2. Tidak mengantuk 3. Tidak pusing 4. Tidak Lelah/lesu 5. Tidak gemetar 6. Tidak berkeringat 7. Mulut lembab 8. Tidak ada rasa haus   i. Kadar glukosa 90-140 mg/dl | Managemen hiperglikemia Observasi:   1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat 3. Monitor kadar glukosa darah 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 5. Monitor intake dan output cairan 6. Monitor frekuensi nadi Terapeutik 7. Berikan asupan cairan oral 8. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk   Edukasi   1. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 2. Ajarkan pengelolaan   diabetes (misalkan penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan,penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)  Kolaborasi   1. Kolaborasi pemberian insulin 2. Kolaborasi pemberian   cairan IV |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| 2 | Nyeri akut  berhubungan dengan gangren | Setelah dilakukan intervensi selama1x24 jam, tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:   1. tidak ada keluhan nyeri 2. tidak gelisah, tidak ada kesulitan tidur 3. tidak diaphoresis 4. Nadi normal 80x/menit 5. pola nafas normal | 1. Pemberian analgesic   \*Observasi   * 1. Identifikasi kareakteristik nyeri   2. identifikasi riwayat alergi obat   3. monitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgesic   4. monitor efektivitas analgesic |
|  |  | \*Terapeutik   1. pertimbangkan penggunaan infus secara kontinu 2. tetapkan target efektivitas analgesic untuk mengobtimalkan respon pasien 3. dokumentasikan respon terhadap efek anlagesik dan efek yang tidak diinginkan |
|  |  | \*edukasi  a. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat |
|  |  | \*Kolaborasi  a. kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik |
|  |  | 2. Managemen nyeri  \*Observasi   1. identifikasi karakteristik nyeri, lokasi, durasi, frekuensim kualitas, dan intensitas nyeri 2. identifikasi skala nyeri 3. identifikasi respon nyeri non verbal 4. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan |
|  |  | \*terapeutik |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri   \*edukasi   1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. jelaskan strategi meredakan nyeri 3. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri   \*kolaborasi  a. kolaborasi pemberian analgesic |
| 3 | Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan gangren | Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:   1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Tidak ada perdarahan 5. Tidak ada kemerahan 6. Tidak ada nekrosis 7. Suhu kulit hangat | Perawatan luka Observasi:   1. Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda- tanda infeksi   Terapeutik   1. Bersihkan dengan cairan NAcl sesuai kebutuhan 2. Bersihkan jaringan nekrotik 3. Pasang balutan sesuai dengan jenis luka 4. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 5. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 6. Jadwalkan perubahan   posisi setiap 2 jam sesuai kondisi pasien |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 1. Berikan diet dengan kaloro 30-35 kkal/kgbb/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgbb/hari 2. Berikan suplemen vitamin dan mineral   Edukasi:   1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri   Kolaborasi:   1. Kolaborasi prosedur debridement jika perlu 2. Kolabrasi pemberian   antibiotic. |
| 4 | Nausea berhubungan dengan peningkatan ureum kreatinin dalam darah | Setelah dilakukan intervensi selama 1x24 jam, tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil:   1. Nafsu makan meningkat 2. Tidak ada keluhan mual 3. Tidak ada perasaan asam di mulut 4. Tidak diaphoresis 5. Tidak pucat 6. Tidak takikardi, Nadi 80- 85x/menit | Managemen mual Observasi:   1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup 3. Identifikasi factor penyebab mual 4. Identifikasi antiemetic untuk mencegah mual 5. Monitor mual 6. Monitor asupan nutrisi dan kalori   Terapeutik:   1. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual 2. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik   Edukasi: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 2. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 3. Anjurkan makananrendah lemak 4. Ajarkan penggunaan Teknik nonfarmakkologis untuk mengurangi mual misalnya relaksasi, terapi music, akupresur   Kolaborasi:  a. Kolaborasi pemberian antiemetic jika perlu |

# IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama: Ny. K Umur: 51 Th.

Alamat: Wates No. register: 22081

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N O.** | **DIAGNOSA** | **Hari/Tan ggal** | **JAM** | **IMPLEMENTASI** | **EVALUASI** | **Paraf** |
| 1 | Ketidakstabilan  kadar glukosa | Sabtu, 11/1/2020 | 14.30 | Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia  Memonitor kadar glukosa darah  Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia  Memonitor intake dan output cairan  Memonitor frekuensi nadi  Mengajarkan pengelolaan diabetes (misalkan penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan,penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)  berkolaborasi pemberian insulin   * Insulin 10 unit * Glimepirid 0-1-0 tab | S:  Pasien masih merasakan lemas, lesu, dan masih merasakan sering haus.  O:  Kesadaran composmentis Pasien terlihat Lelah, lesu Sedikit gemetar Berkeringat  Mulut kering  GDA evaluasi 4 jam= 211 mg/dl.  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
|  | darah |  |  |
|  | berhubungan |  | 14.30 |
|  | dengan |  |  |
|  | kerusakan reseptor insulin |  | 14.45 |
|  |  |  | 15.00 |
|  |  |  | 16.00 |
|  |  |  | 17.30 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 14.30 | berkolaborasi pemberian cairan IV  Nacl ; 2500 cc, 20 tpm |  |  |
| 2 | Nyeri akut berhubungan  dengan perlukaan | Sabtu, 11/1/2020 | 14.30  14.30 | mengidentifikasi kareakteristik nyeri  mengidentifikasi riwayat alergi  obat | S:  Pasien masih mengeluhkan nyeri, tetapi sudah berkurang O:  Keluhan nyeri +, Skala nyeri 3- 4  gelisah, kesulitan tidur + diaphoresis+  N: 89x/menit  Pola nafas normal, RR 20x.menit  A: masalah teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi |  |
|  | di kaki |  |  | memonitor TTV sebelum dan |
|  |  |  |  | sesudah pemberian analgesic |
|  |  |  |  | memonitor efektivitas analgesic |
|  |  |  |  | berkolaborasi pemberian dosis dan |
|  |  |  |  | jenis analgesic |
|  |  |  | 14.50 | * Pethidin 1x1 amp |
| 3 | Gangguan  integritas kulit dan jaringan | Sabtu, 11/1/2020 | 16.00  16.15 | Memonitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau) Memonitor tanda- tanda infeksi  Membersihkan dengan cairan NAcl | S:- O:  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  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
|  | berhubungan |  |  | sesuai kebutuhan |
|  | dengan gangren |  |  | Membersihkan jaringan nekrotik  memasang balutan sesuai dengan |
|  |  |  |  | jenis luka |
|  |  |  |  | mempertahankan Teknik steril saat |
|  |  |  |  | melakukan perawatan luka |
|  |  |  | 16.30 | Menjelaskan tanda dan gejala |
|  |  |  |  | infeksi |
|  |  |  |  | Menganjurkan mengkonsumsi |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 16.30 | makanan tinggi kalori dan protein berkolabrasi pemberian antibiotic.   * Ceftriaxon : 1x 1 amp |  |  |
| 4 | Nausea  berhubungan | Sabtu, 11/1/2020 | 15.00 | menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup  Menganjurkan makanan rendah lemak  Berkolaborasi pemberian antiemetic   * Ondansentron 2 ml 1x1 inj | S: pasien tidak merasakan mual O:  Nafsu makan meningkat, 1 porsi makanan, sisa 1/3porsi keluhan mual-  ada perasaan asam di mulut diaphoresis+  Pucat+  takikardi, Nadi 89x/menit A; masalah teratasi sebagian P; lanjutkan intervensi |  |
|  | dengan |  |  |
|  | peningkatan |  |  |
|  | ureum kreatinin dalam darah |  | 16.00 |

# IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama: Ny. K Umur: 51 Th.

Alamat: Wates No. register: 22081

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N O.** | **DIAGNOSA** | **Hari/Tan ggal** | **JAM** | **IMPLEMENTASI** | **EVALUASI** | **Paraf** |
| 1 | Ketidakstabilan  kadar glukosa | Minggu 12/1/2020 | 14.30 | Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia  Memonitor kadar glukosa darah  Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia  Memonitor intake dan output cairan  Memonitor frekuensi nadi  Mengajarkan pengelolaan diabetes (misalkan penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan,penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)  berkolaborasi pemberian insulin   * Insulin 10 unit   berkolaborasi pemberian cairan IV Nacl ; 2500 cc, 20 tpm | S:  Pasien masih merasakan lemas, tapi sudah berkurang  O:  Kesadaran composmentis Pasien terlihat Lelah, lesu Sedikit gemetar Berkeringat-  Mulut lembab  GDA evaluasi 180 mg/dl. A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
|  | darah |  |  |
|  | berhubungan |  | 14.30 |
|  | dengan |  |  |
|  | kerusakan reseptor insulin |  | 14.45 |
|  |  |  | 15.00 |
|  |  |  | 16.00 |
|  |  |  | 17.30 |
|  |  |  | 14.30 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | Nyeri akut  berhubungan dengan perlukaan | Minggu 12/1/2020 | 14.30  14.30 | mengidentifikasi kareakteristik nyeri  mengidentifikasi riwayat alergi  obat | S:  Pasien masih mengeluhkan nyeri, tetapi sudah berkurang banyak  O:  Keluhan nyeri +, Skala nyeri 3 Gelisah-  kesulitan tidur - diaphoresis-  N: 85x/menit  Pola nafas normal, RR 19x.menit  A: masalah teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi |  |
|  | di kaki |  | 14.50 | memonitor TTV sebelum dan |
|  |  |  |  | sesudah pemberian analgesic |
|  |  |  |  | memonitor efektivitas analgesic |
|  |  |  |  | berkolaborasi pemberian dosis dan |
|  |  |  |  | jenis analgesic |
|  |  |  |  | * Pethidin 1x1 amp |
| 3 | Gangguan integritas kulit dan  jaringan | Minggu 12/1/2020 | 16.00  16.15 | Memonitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau) Memonitor tanda- tanda infeksi  Membersihkan dengan cairan NAcl | S:- O:  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  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
|  | berhubungan |  |  | sesuai kebutuhan |
|  | dengan gangren |  |  | Membersihkan jaringan nekrotik  memasang balutan sesuai dengan |
|  |  |  |  | jenis luka |
|  |  |  |  | mempertahankan Teknik steril saat |
|  |  |  |  | melakukan perawatan luka |
|  |  |  | 16.30 | Menjelaskan tanda dan gejala |
|  |  |  |  | infeksi |
|  |  |  |  | Menganjurkan mengkonsumsi |
|  |  |  |  | makanan tinggi kalori dan protein |
|  |  |  | 16.30 | berkolabrasi pemberian antibiotic. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | * Ceftriaxon : 1x 1 amp |  |  |
| 4 | Nausea  berhubungan | Minggu 12/1/2020 | 15.00 | menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup  Menganjurkan makanan rendah lemak  Berkolaborasi pemberian antiemetic   * Ondansentron 2 ml 1x1 inj | S: pasien tidak merasakan mual O:  Nafsu makan meningkat, 1 porsi makanan, sisa 1/3porsi keluhan mual-  tidak ada perasaan asam di mulut  diaphoresis- Pucat+  takikardi, Nadi 85x/menit A; masalah teratasi sebagian P; lanjutkan intervensi |  |
|  | dengan |  |  |
|  | peningkatan |  |  |
|  | ureum kreatinin |  |  |
|  | dalam darah |  | 16.00 |

# IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama: Ny. K Umur: 51 Th.

Alamat: Wates No. register: 22081

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N O.** | **DIAGNOSA** | **Hari/Tan ggal** | **JAM** | **IMPLEMENTASI** | **EVALUASI** | **Paraf** |
| 1 | Ketidakstabilan  kadar glukosa | Senin 13/1/2020 | 14.30 | Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia  Memonitor kadar glukosa darah  Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia  Memonitor intake dan output cairan  Memonitor frekuensi nadi  Mengajarkan pengelolaan diabetes (misalkan penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan,penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)  berkolaborasi pemberian insulin   * Insulin 10 unit | S:  Pasien mengatakan sudah |  |
|  | darah |  |  | mulai bertenag |
|  | berhubungan |  | 14.30 | O: |
|  | dengan |  |  | Kesadaran composmentis |
|  | kerusakan  reseptor insulin |  | 14.45 | Pasien terlihat lebih segar  Gemetar- |
|  |  |  |  | Berkeringat- |
|  |  |  | 15.00 | Mulut lembab  GDA evaluasi 138 mg/dl. |
|  |  |  |  | A: masalah teratasi |
|  |  |  |  | P: hentikan intervensi |
|  |  |  | 15.10 |  |
|  |  |  |  | Visite dr jam 16.00 |
|  |  |  |  | a/p dr, k/u baik, GDA < 200, |
|  |  |  |  | acc pulang |
|  |  |  | 16.00 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | Nyeri akut  berhubungan dengan perlukaan | Senin 13/1/2020 | 14.30  14.30 | mengidentifikasi kareakteristik nyeri  mengidentifikasi riwayat alergi  obat | S:  Pasien masih mengeluhkan nyeri, tetapi sudah berkurang banyak  O:  Keluhan nyeri +, Skala nyeri 2 Gelisah-  kesulitan tidur - diaphoresis-  N: 80x/menit  Pola nafas normal, RR 19x.menit  A: masalah teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi |  |
|  | di kaki |  | 14.50 | memonitor TTV sebelum dan |
|  |  |  |  | sesudah pemberian analgesic |
|  |  |  |  | memonitor efektivitas analgesic |
|  |  |  |  | berkolaborasi pemberian dosis dan |
|  |  |  |  | jenis analgesic |
|  |  |  |  | * Pethidin 1x1 amp |
| 3 | Gangguan integritas kulit dan  jaringan | Senin 13/1/2020 | 16.00  16.15 | Memonitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau) Memonitor tanda- tanda infeksi  Membersihkan dengan cairan NAcl | S:- O:  Kerusakan jaringan dan kulit+, luas luka 2 cm, kedalaman 1 cm, goa+, warna dasar luka merah  Nyeri menurun, skala nyeri 2 Tidak ada perdarahan Kemerahan pada luka- Nekrosis-  Suhu kulit hangat  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
|  | berhubungan |  |  | sesuai kebutuhan |
|  | dengan gangren |  |  | Membersihkan jaringan nekrotik  memasang balutan sesuai dengan |
|  |  |  |  | jenis luka |
|  |  |  |  | mempertahankan Teknik steril saat |
|  |  |  |  | melakukan perawatan luka |
|  |  |  | 16.30 | Menjelaskan tanda dan gejala |
|  |  |  |  | infeksi |
|  |  |  |  | Menganjurkan mengkonsumsi |
|  |  |  |  | makanan tinggi kalori dan protein |
|  |  |  | 16.30 | berkolabrasi pemberian antibiotic. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | * Ceftriaxon : 1x 1 amp |  |  |
| 4 | Nausea  berhubungan | Senin 13/1/2020 | 15.00 | menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup  Menganjurkan makanan rendah lemak  Berkolaborasi pemberian antiemetic   * Ondansentron 2 ml 1x1 inj | S: pasien tidak merasakan mual O:  Nafsu makan meningkat, 1 porsi makanan, sisa - keluhan mual-  tidak ada perasaan asam di mulut  diaphoresis- Pucat-  takikardi, Nadi 80x/menit A; masalah teratasi  P; hentikan intervensi |  |
|  | dengan |  |  |
|  | peningkatan |  |  |
|  | ureum kreatinin |  |  |
|  | dalam darah |  | 16.00 |

Nama: Ny. K Umur: 51 Th.

# CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal 12/01/2020

Alamat: Wates No. register: 22081

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **CATATAN PERKEMBANGAN** | **PARAF** |
| 1 | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin | S:  Pasien masih merasakan lemas, tapi sudah berkurang O:  Kesadaran composmentis Pasien terlihat Lelah, lesu Sedikit gemetar Berkeringat-  Mulut lembab  GDA evaluasi 180 mg/dl. A: masalah teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi |  |
| 2 | Nyeri akut berhubungan dengan perlukaan di kaki | S:  Pasien masih mengeluhkan nyeri, tetapi sudah berkurang banyak  O:  Keluhan nyeri +, Skala nyeri 3 Gelisah-  kesulitan tidur - diaphoresis-  N: 85x/menit  Pola nafas normal, RR 19x.menit A: masalah teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3 | Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan gangren | S:- O:  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  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
| 4 | Nausea berhubungan dengan peningkatan ureum kreatinin dalam darah | S: pasien tidak merasakan mual O:  Nafsu makan meningkat, 1 porsi makanan, sisa 1/3porsi  keluhan mual-  tidak ada perasaan asam di mulut diaphoresis-  Pucat+  takikardi, Nadi 85x/menit A; masalah teratasi sebagian P; lanjutkan intervensi |  |

Nama: Ny. K Umur: 51 Th.

# CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal 13/01/2020

Alamat: Wates No. register: 22081

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **CATATAN PERKEMBANGAN** | **PARAF** |
| 1 | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin | S:  Pasien mengatakan sudah mulai bertenag O:  Kesadaran composmentis Pasien terlihat lebih segar Gemetar-  Berkeringat- Mulut lembab  GDA evaluasi 138 mg/dl. A: masalah teratasi  P: hentikan intervensi  Visite dr jam 16.00  a/p dr, k/u baik, GDA < 200, acc pulang |  |
| 2 | Nyeri akut berhubungan dengan perlukaan di kaki | S:  Pasien masih mengeluhkan nyeri, tetapi sudah berkurang banyak  O:  Keluhan nyeri +, Skala nyeri 2 Gelisah-  kesulitan tidur - diaphoresis-  N: 80x/menit |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Pola nafas normal, RR 19x.menit A: masalah teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi |  |
| 3 | Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan gangren | S:- O:  Kerusakan jaringan dan kulit+, luas luka 2 cm, kedalaman 1 cm, goa+, warna dasar luka merah Nyeri menurun, skala nyeri 2  Tidak ada perdarahan Kemerahan pada luka- Nekrosis-  Suhu kulit hangat  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi |  |
| 4 | Nausea berhubungan dengan peningkatan ureum kreatinin dalam darah | S: pasien tidak merasakan mual O:  Nafsu makan meningkat, 1 porsi makanan, sisa - keluhan mual-  tidak ada perasaan asam di mulut diaphoresis-  Pucat-  takikardi, Nadi 80x/menit A; masalah teratasi  P; hentikan intervensi |  |