

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA TN.A
DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DISERTAI ULKUS
DIABETIK DAN TN.J DENGAN GASTROENTERITIS
DISERTAI RIWAYAT DIABETES MELITUS TIPE II DI RSUD
CHASBULLAH ABDUL MAJID TAHUN 2022**



**HAVIF FEBY EXCEL S.Kep
NPM. 221560311040**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA
INDONESIA
BEKASI 2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA TN.A
DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DISERTAI ULKUS
DIABETIK DAN TN.J DENGAN GASTROENTERITIS
DISERTAI RIWAYAT DIABETES MELITUS TIPE II DI RSUD
CHASBULLAH ABDUL MAJID TAHUN 2022**

**KARYA ILMIAH AKHIR Ners
DIAJUKAN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT UNTUK
MEMPEROLEH GELAR Ners**



**HAVIF FEBY EXCEL S.Kep
NPM. 221560311040**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA
INDONESIA
BEKASI 2022**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama Mahasiswa : Havif Feby Excel, S.Kep

NPM : 221560311040

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini Menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir dengan Judul Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn.A Dengan Diabetes Melitus Tipe II Disertai Ulkus Diabetik dan Tn.J Dengan Gastroenteritis Disertai Riwayat Diabetes Melitus Tipe II Di RSUD Chasbullah Abdul Majid Tahun 2022 adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya di Bekasi pada tanggal 26 November 2022.

Bekasi, 25 November 2022
Yang Membuat Pernyataan

Havif Feby Excel, S. Kep

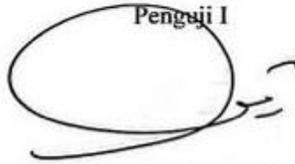
LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Ilmiah Akhir ini Telah Diperiksa Oleh Preseptor satu dan Preseptor dua Dan Disetujui Untuk Melaksanakan Seminar Hasil

Bekasi, 18 November 2022

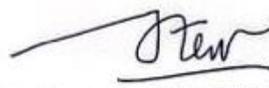
Menyetujui,

Penguji I



Ns. Lina Indrawati, S.Kep., M.Kep
NIDN. 0321108001

Penguji II



Ns. Arabta M. Peraten Pelawi, S.Kep., M.Kep
NIDN. 0301096505

Mengetahui :

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan Pendidikan Profesi Ners

Kiki Deniati S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0316028302

LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

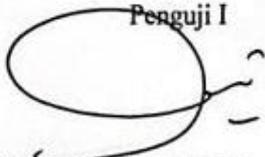
Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Havif Feby Excel
NPM : 22.156.03.11.040
Program Studi : Profesi Ners
Judul Karya Ilmiah Akhir : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn.A Dengan Diabetes Melitus Tipe II Disertai Ulkus Diabetik Dan Tn.J Dengan Gastroenteritis Disertai Riwayat Diabetes Melitus Tipe II Di RSUD Chasbullah Abdul Majid Tahun 2022.

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada Tanggal 18 November 2022.

Bekasi, 18 November 2022

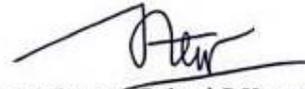
Penguji I



Ns. Lina Indrawati, S.Kep., M.Kep
NIDN. 0321108001

Wakil Ketua I Bidang Akademik

Penguji II



Ns. Arabta M. Peraten Pelawi, S.Kep., M.Kep
NIDN. 0301096505

Kepala Program Studi Ilmu (S1) dan Pendidikan Profesi Ners

Puri Kresnawati, SST., M.KM
NIDN. 0309049001

Kiki Deniati S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0316028302

Disahkan

Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawati Sirait, SST., M.Kes
NIDN. 0319017902

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn.A Dengan Diabetes Melitus Tipe II Disertai Ulkus Diabetik dan Tn.J Dengan Gastroenteritis Disertai Riwayat Diabetes Melitus Tipe II Di RSUD Chasbullah Abdul Majid Tahun 2022” sesuai dengan harapan. Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar profesi keperawatan (Ners) pada Program Studi Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia. Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari kata kesempurnaan, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak. Selesainya Karya Ilmiah Akhir Ners ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materil secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati:

1. Usman Ompusunggu, S.E., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Saver Mangadar Ompusunggu SE selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia
4. Puri Kresnawati, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik
5. Farida Banjarnahor, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Keuangan
6. Hainun Nisa, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni

7. Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Kepala Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Medistra Indonesia
8. Nurti Y.K.Gea S.Kep.,Ns.,M.Kep SP.An , selaku Koordinator Mata Kuliah Skripsi
9. Arabta Malam Palawi S.Kep., Ners., M.Kep selaku Dosen Pembimbing Skripsi
10. Lina Indrawati S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Dosen Pembimbing Akademik
11. Seluruh dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang tidak bisa disebutkan satu persatu
12. Mardjuki S.Kep.,Ns selaku CI rumah sakit RSUD Kota Bekasi
13. Bapak / Ibu dosen dan Sfaff STIKes Medistra Indonesia
14. Kedua orang tua dan saudara penulis yang tercinta, yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material terutama doa yang tiada henti-hentinya sehingga penulis dapat berjalan sejauh ini.
15. Lucy Mentary yang selalu mendukung dan mensupport saya dalam proses pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
16. Rekan-rekan seperjuangan kelas profesi Ners angkatan XI STIKes Medistra Indonesia yang telah banyak memberikan kenangan, pengalaman, dan dukungan yang luar biasa serta motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners

Dalam hal ini penulis menyadari, bahwa penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari kesempurnaan. Maka kepada para pembaca khususnya mahasiswa Program Studi Profesi Ners dan umumnya kepada seluruh mahasiswa STIKes Medistra Indonesia. Jika ada kesalahan dan kekeliruan dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis mohon kesediannya untuk memberikan kritik dan saran yang konstruktif, serta motivasi-motivasi yang membangun.

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN LEMBAR PERNYATAAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
BAB II TINJAUAN TEORI.....	6
A. Definisi	6
B. Etiologi	7
C. Klasifikasi	8
D. Patofisiologi	8
E. Pathway.....	10
F. Manifestasi Klinis.....	10
G. Pemeriksaan penunjang.....	11
H. Therapy	12
I. Komplikasi	16
J. Diagnosa yang mungkin muncul	17
BAB III ASUHAN KEPERAWATAN.....	18
A. KASUS 1	18
B. KASUS 2	58
BAB IV PEMBAHASAN.....	89
A. Pengkajian.....	89
B. Diagnosa Keperawatan.....	90
C. Intervensi Keperawatan.....	91
D. Implementasi Keperawatan	92

E. Evaluasi Keperawatan	93
BAB V KESIMPULAN	94
A. Kesimpulan	94
B. SARAN.....	95
DAFTAR PUSTAKA	96
LAMPIRAN	98

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu penyakit menahun yang ditandai dengan kadar glukosa darah (gula darah) melebihi normal yaitu kadar gula darah sewaktu sama atau lebih dari 200 mg/dl, dan kadar gula darah puasa di atas atau sama dengan 126 mg/dl (Misnadiarly, 2006). DM dikenal sebagai silent killer karena sering tidak disadari oleh penyandanginya dan saat diketahui sudah terjadi komplikasi (Kemenkes RI, 2014). DM dapat menyerang hampir seluruh sistem tubuh manusia, mulai dari kulit sampai jantung yang menimbulkan komplikasi. (Petersmann *et al.*, 2018)

Diabetes Mellitus Tipe 2 merupakan penyakit hiperglikemi akibat insensivitas sel terhadap insulin. Kadar insulin mungkin sedikit menurun atau berada dalam rentang normal. Karena insulin tetap dihasilkan oleh sel-sel beta pankreas, maka diabetes mellitus tipe II dianggap sebagai non insulin dependent diabetes mellitus. (Bhatt, Saklani and Upadhayay, 2016)

Menurut *American Diabetes Association* (ADA) 2010, diabetes melitus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya. Gejala umum dari diabetes melitus adalah poliuria, polifagia, polidipsia. Klasifikasi dari diabetes mellitus yaitu Diabetes Mellitus Tipe 1, Diabetes Mellitus Tipe 2, Diabetes Mellitus Tipe Gestasional, dan Diabetes Mellitus Tipe Lainnya. Jenis diabetes mellitus yang paling banyak diderita adalah Diabetes Mellitus Tipe 2, dimana sekitar 90- 95% orang mengidap penyakit ini (Chaidir, Wahyuni and Furkhani, 2017)

International Diabetes Federation (IDF) menyebutkan bahwa prevalensi Diabetes Melitus di dunia adalah 1,9% dan telah menjadikan

DM sebagai penyebab kematian urutan ke tujuh di dunia sedangkan tahun 2012 angka kejadian diabetes melitus didunia adalah sebanyak 371 juta jiwa dimana proporsi kejadian diabetes melitus tipe 2 adalah 95% dari populasi dunia yang menderita diabetes mellitus. Hasil Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2008, menunjukkan prevalensi DM di Indonesia membesar sampai 57%. Tingginya prevalensi Diabetes Melitus tipe 2 disebabkan oleh faktor risiko yang tidak dapat berubah misalnya jenis kelamin, umur, dan faktor genetik yang kedua adalah faktor risiko yang dapat diubah misalnya kebiasaan merokok tingkat pendidikan, pekerjaan, aktivitas fisik, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, Indeks Masa Tubuh, lingkar pinggang dan umur. Diabetes Mellitus disebut dengan the silent killer karena penyakit ini dapat mengenai semua organ tubuh dan menimbulkan berbagai macam keluhan. Penyakit yang akan ditimbulkan antara lain gangguan penglihatan mata, katarak, penyakit jantung, sakit ginjal, impotensi seksual, luka sulit sembuh dan membusuk/gangren, infeksi paru-paru, gangguan pembuluh darah, stroke dan sebagainya. Tidak jarang, penderita DM yang sudah parah menjalani amputasi anggota tubuh karena terjadi pembusukan. Untuk menurunkan kejadian dan keparahan dari Diabetes Melitus tipe 2 maka dilakukan pencegahan seperti modifikasi gaya hidup dan pengobatan seperti obat oral hiperglikemik dan insulin. (Bhatt, Saklani and Upadhyay, 2016)

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilaksanakan pada tahun 2018 melakukan pengumpulan data penderita diabetes melitus pada penduduk berumur ≥ 15 tahun. Kriteria diabetes melitus pada riskesdas 2018 mengacu pada konsensus Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI) yang mengadopsi kriteria *American Diabetes Association (ADA)*. Menurut kriteria tersebut, diabetes melitus ditegakkan bila kadar glukosa darah puasa ≥ 126 mg/dl, atau glukosa darah 2 jam pasca pembebanan ≥ 200 mg/dl, atau glukosa darah sewaktu ≥ 200 mg/dl dengan gejala sering lapar, sering haus, sering buang air kecil dalam jumlah

banyak, dan berat badan turun. Hasil Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa prevalensi diabetes melitus di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter pada umur ≥ 15 tahun sebesar 2%. Angka ini menunjukkan peningkatan dibandingkan prevalensi diabetes melitus pada penduduk ≥ 15 tahun pada hasil Riskesdas 2013 sebesar 1,5%. Namun prevalensi diabetes mellitus menurut hasil pemeriksaan gula darah meningkat dari 6,9% pada 2013 menjadi 8,5% pada tahun 2018. Angka ini menunjukkan bahwa baru sekitar 25% penderita diabetes yang mengetahui bahwa dirinya menderita diabetes. Prevalensi diabetes mellitus di Jawa Barat tepat pada peringkat keenam dibawah angka nasional yaitu 1,7% dengan peningkatan sebesar 0,4% dari tahun 2018. (Kementerian Kesehatan RI., 2020)

Menurut Kemenkes, pencegahan Diabetes Mellitus tipe 2 dapat dilakukan dengan mengetahui faktor risiko. Ada dua faktor risiko Diabetes Mellitus Tipe 2, yaitu faktor risiko yang sifatnya bisa diubah oleh diri kita dan faktor risiko yang tak dapat diubah oleh kita. Faktor yang bisa diubah seperti gaya hidup seperti makanan yang dikonsumsi, pola istirahat, aktifitas fisik dan manajemen stress. Faktor yang tak dapat diubah diantaranya usia serta genetik (Nuraisyah, 2018)

Kepatuhan diet pada penderita DM merupakan masalah yang sangat berat, karena jika penderita sudah mulai tidak patuh pada diet yang ada kadar gula darah dalam tubuh menjadi tidak stabil. Untuk itu, bagi penderita diabetes mellitus dianjurkan untuk mematuhi terapi diet yang disingkat 3J yaitu tepat jadwal, tepat jumlah dan tepat jenis. Kepatuhan diet merupakan aspek penting untuk keberhasilan dalam menjalankan dan mengendalikan kadar gula darah. Dengan demikian pasien DM harus mengikuti dan mematuhi program penatalaksanaan diet sesuai dengan ketentuan dari tim kesehatan agar tercapai control metabolic yang optimal, karena kepatuhan pasien terhadap diet adalah komponen utama keberhasilan dalam penatalaksanaan diabetes mellitus (Pranoto and Rusman, 2022)

Berdasarkan tinjauan jurnal dan observasi pasien kelolaan tersebut, maka penulis tertarik untuk menyusun Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Diabetes Mellitus (DM) Tipe II Dengan Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Ny.S di Ruang Camellia dan Ny. M di Ruang Bougenvile RSUD Chasbullah AbdulMadjid Kota Bekasi Tahun 2022

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mengetahui Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada pasien Tn.A dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan Gastreoteritis, Tn.J dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan Melena di Ruang Aster RSUD CAM Kota Bekasi.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien Tn.A dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan Gastreoteritis, Tn.J dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan Melena di Ruang Aster RSUD CAM Kota Bekasi.
- b. Mampu merumuskan masalah keperawatan pada pasien Tn.A dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan Gastreoteritis, Tn.J dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan Melena di Ruang Aster RSUD CAM Kota Bekasi.
- c. Mampu menentukan diagnose keperawatan pada pasien Tn.A dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan Gastreoteritis, Tn.J dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan Melena di Ruang Aster RSUD CAM Kota Bekasi.
- d. Mampu merencanakan Intervensi Keperawatan pada pasien Tn.A dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan Gastreoteritis, Tn.J dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan Melena di Ruang Aster RSUD CAM Kota Bekasi.
- e. Mampu melaksanakan Intervensi Keperawatan pada pasien Tn.A dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan Gastreoteritis, Tn.J

dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan Melena di Ruang Aster RSUD CAM Kota Bekasi.

- f.** Mampu Mengaplikasikan Implementasi pada pasien Tn.A dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan Gastreoteritis, Tn.J dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan Melena di Ruang Aster RSUD CAM Kota Bekasi.
- g.** Mampu Melakukan Evaluasi Keperawatan pada pasien Tn.A dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan Gastreoteritis, Tn.J dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan Melena di Ruang Aster RSUD CAM Kota Bekasi.
- h.** Mampu Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus pada pasien Tn.A dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan Gastreoteritis, Tn.J dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan Melena di Ruang Aster RSUD CAM Kota Bekasi.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Definisi

Diabetes Melitus adalah penyakit kelainan metabolik yang dikarakteristikan dengan hiperglikemia kronis serta kelainan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein diakibatkan oleh kelainan sekresi insulin, kerja insulin maupun keduanya. Hiperglikemia kronis pada diabetes melitus akan disertai dengan kerusakan, gangguan fungsi beberapa organ tubuh khususnya mata, ginjal, saraf, jantung, dan pembuluh darah. Walaupun pada diabetes melitus ditemukan gangguan metabolisme semua sumber makanan tubuh kita, kelainan metabolisme yang paling utama ialah kelainan metabolisme karbohidrat. Oleh karena itu diagnosis diabetes melitus selalu berdasarkan tingginya kadar glukosa dalam plasma darah. (Kardika, 2016)

Prevalensi DM sulit ditentukan karena standar penetapan diagnosisnya berbeda-beda. Berdasarkan kriteria American Diabetes Association tahun 2012 (ADA 2012), sekitar 10,2 juta orang di Amerika Serikat menderita DM. Sementara itu, di Indonesia prevalensi DM sebesar 1,5-2,3% penduduk usia >15 tahun, bahkan di daerah Manado prevalensi DM sebesar 6,1% (Kardika, 2016).

Diabetes memiliki 2 tipe yakni diabetes melitus tipe 1 yang merupakan hasil dari reaksi autoimun terhadap protein sel pulau pankreas, kemudian diabetes tipe 2 yang mana disebabkan oleh kombinasi faktor genetik yang berhubungan dengan gangguan sekresi insulin, resistensi insulin dan faktor lingkungan seperti obesitas, makan berlebihan, kurang makan, olahraga dan stres, serta penuaan (Ozougwu et al., 2013). Olahraga atau aktivitas fisik berguna sebagai

pengendali kadar gula darah dan penurunan berat badan pada penderita diabetes melitus. Manfaat besar dari berolahraga pada diabetes melitus antara lain menurunkan kadar glukosa darah, mencegah kegemukan, ikut berperan dalam mengatasi terjadinya komplikasi, gangguan lipid darah dan peningkatan tekanan darah (Bataha, 2016). (Lestari, Zulkarnain and Sijid, 2021)

B. Etiologi

Etiologi dari penyakit diabetes yaitu gabungan antara faktor genetik dan faktor lingkungan. Etiologi lain dari diabetes yaitu sekresi atau kerja insulin, abnormalitas metabolik yang mengganggu sekresi insulin, abnormalitas mitokondria, dan sekelompok kondisi lain yang mengganggu toleransi glukosa. Diabetes mellitus dapat muncul akibat penyakit eksokrin pankreas ketika terjadi kerusakan pada mayoritas islet dari pankreas. Hormon yang bekerja sebagai antagonis insulin juga dapat menyebabkan diabetes (Putra, 2015). (Lestari, Zulkarnain and Sijid, 2021)

Diabetes sering disebabkan oleh faktor genetik dan perilaku atau gaya hidup seseorang. Selain itu faktor lingkungan sosial dan pemanfaatan pelayanan kesehatan juga menimbulkan penyakit diabetes dan komplikasinya. Diabetes dapat memengaruhi berbagai sistem organ tubuh manusia dalam jangka waktu tertentu, yang disebut komplikasi. Komplikasi diabetes dapat dibagi menjadi pembuluh darah mikrovaskular dan makrovaskuler. Komplikasi mikrovaskuler termasuk kerusakan sistem saraf (neuropati), kerusakan sistem ginjal (nefropati) dan kerusakan mata (retinopat) (Rosyada, 2013). (Lestari, Zulkarnain and Sijid, 2021)

Faktor risiko kejadian penyakit diabetes melitus tipe 2 antara lain usia, aktivitas fisik, terpapar asap, indeks massa tubuh (IMT), tekanan darah, stres, gaya hidup, adanya riwayat keluarga, kolesterol HDL, trigliserida, DM kehamilan, riwayat ketidaknormalan glukosa dan kelainan lainnya. Penelitian yang dilakukan oleh Trisnawati (2012)

menyatakan bahwa riwayat keluarga, aktivitas fisik, umur, stres, tekanan darah serta nilai kolesterol berhubungan dengan terjadinya DM tipe 2, dan orang yang memiliki berat badan dengan tingkat obesitas berisiko 7,14 kali terkena penyakit DM tipe dua jika dibandingkan dengan orang yang berada pada berat badan ideal atau normal. (Lestari, Zulkarnain and Sijid, 2021)

C. Klasifikasi

Klasifikasi diabetes mellitus berdasarkan etiologinya adalah sebagai berikut :

- a. Diabetes Mellitus Tipe 1 : defisiensi insulin absolut akibat destruksi sel beta
- b. Diabetes Mellitus Tipe 2 : bervariasi mulai dari resistensi insulin dominan disertai defisiensi insulin relatif, sampai defek sekresi insulin dominan disertai resistensi insulin.
- c. Diabetes Tipe Lain : akibat defek genetik fungsi sel beta, defek genetic kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, endokrinopati, obat/bahan kimia, infeksi, imunologi, dan sindroma genetik lain.
Diabetes Gestasional : pada kehamilan.
- d. Pra-diabetes : IFG (Impaired Fasting Glucose) dan IGT (Impaired Glucose Tolerance). (Widodo, 2017)

D. Patofisiologi

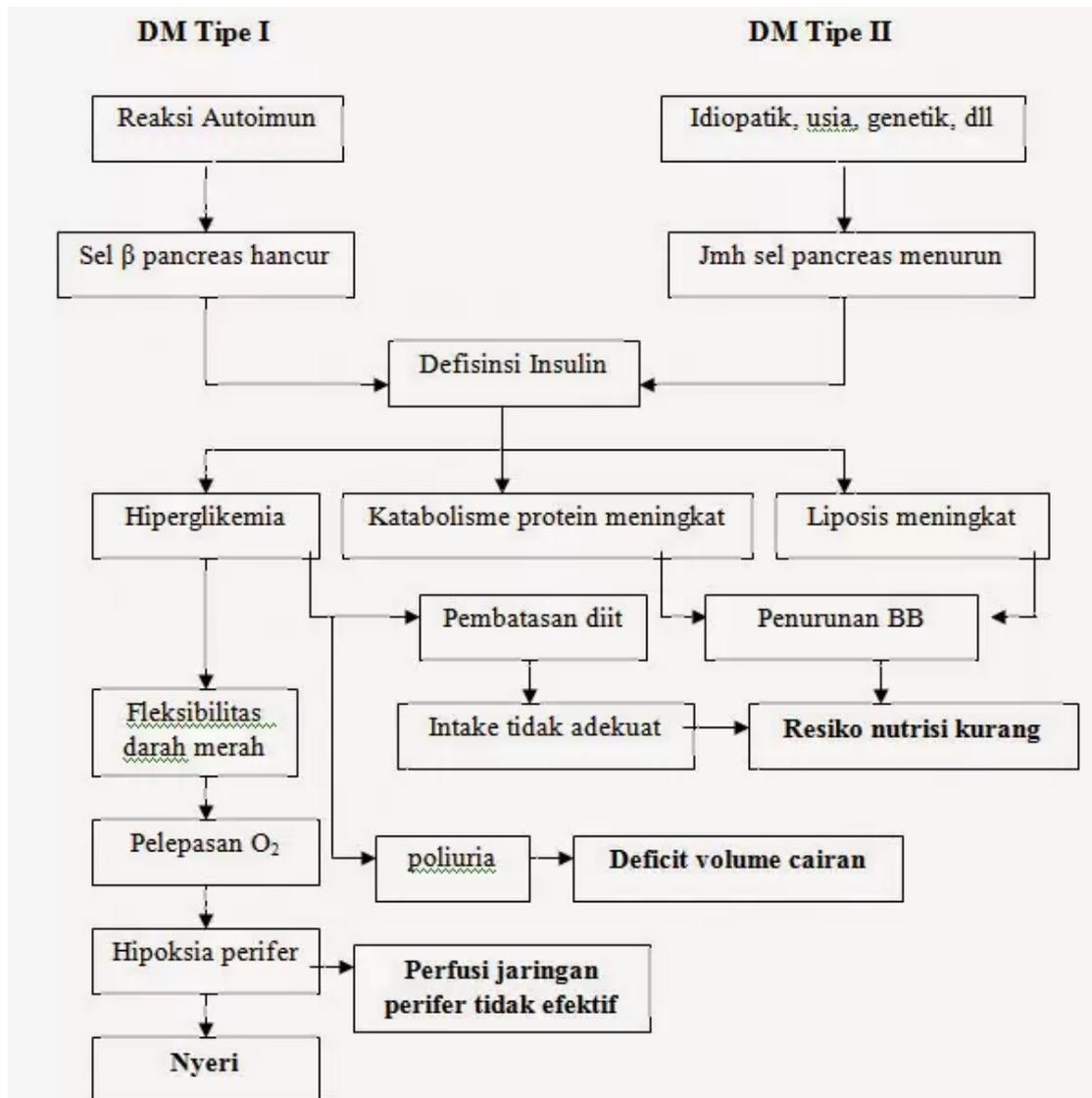
DM tipe 2 merupakan suatu kelainan metabolik dengan karakteristik utama adalah terjadinya hiperglikemik kronik. Meskipun pola pewarisannya belum jelas, faktor genetik dikatakan memiliki peranan yang sangat penting dalam munculnya DM tipe 2. Faktor genetik ini akan berinteraksi dengan faktor-faktor lingkungan seperti gaya hidup, obesitas, rendahnya aktivitas fisik, diet, dan tingginya kadar asam lemak bebas (Smeltzer dan Bare, 2015). Mekanisme terjadinya DM tipe 2 umumnya disebabkan karena resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan

reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadinya suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa didalam sel. Resistensi insulin pada DM tipe 2 disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terjadi peningkatan jumlah insulin yang disekresikan (Smeltzer dan Bare, 2015).

Pada penderita toleransi glukosa terganggu, keadaan ini terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan dan kadar glukosa akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat. Namun demikian, jika sel-sel β tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi DM tipe 2. Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas DM tipe 2, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Karena itu, ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada DM tipe 2. Meskipun demikian, DM tipe 2 yang tidak terkontrol akan menimbulkan masalah akut lainnya seperti sindrom Hiperglikemik Hiperosmolar Non-Ketotik (HHNK) (Smeltzer dan Bare, 2015).

Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung lambat (selama bertahun-tahun) dan progresif, maka awitan DM tipe 2 dapat berjalan tanpa terdeteksi. Jika gejalanya dialami pasien, gejala tersebut sering bersifat ringan, seperti: kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsia, luka pada kulit yang lama-lama sembuh, infeksi vagina atau pandangan kabur (jika kadar glukosanya sangat tinggi). Salah satu konsekuensi tidak terdeteksinya penyakit DM selama bertahun-tahun adalah terjadinya komplikasi DM jangka panjang (misalnya, kelainan mata, neuropati perifer, kelainan vaskuler perifer) mungkin sudah terjadi sebelum diagnosis ditegakkan (Smeltzer dan Bare, 2015).

E. Pathway



F. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala pasien DM dibagi menjadi dua macam yaitu gejala kronik dan gejala akut serta munculnya ulkus diabetic, yaitu :

1) Gejala akut yang timbul pada pasien DM berupa :

- a. Pasien akan banyak mengkonsumsi makanan
- b. Pasien akan banyak mengkonsumsi minum
- c. Pasien akan lebih sering buang air kecil

Apabila gejala tersebut tidak segera ditangani maka akan timbul gejala lain seperti menurunnya nafsu makan pasien dan berat badan akan turun, mudah merasa lelah, pada keadaan tertentu pasien akan koma.

2) Gejala kronis yang muncul antara lain :

- a. Pasien biasanya akan mengeluh kesemutan
- b. Kulit pasien akan terasa panas
- c. Kulit pasien terasa tebal
- d. Mengalami kram
- e. Cepat mengantuk
- f. Pandangan pasien kabur
- g. Gigi mudah goyang dan sering lepas
- h. Pada wanita hamil kemungkinan terburuknya adalah keguguran dan prematuritas.

3) Luka diabetic atau sering biasa disebut ulkus diabetik luka yang disebabkan karena pulsasi pada bagian arteri distal. (Muhammad Aris, 2014)

4) Manifestasi klinis dari penyandang diabetes melitus dapat dibagi menjadi dua yaitu gejala klinis klasik dan gejala umum. Gejala klasik dari diabetes melitus adalah 4P (Polidipsia, Polifagia, Poliuria, dan Penurunan berat badan yang penyebabnya tidak dapat dijelaskan). Sedangkan gejala umum antara lain kelelahan, kegelisahan, nyeri tubuh, kesemutan, mata kabur, gatal, dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritus vulva pada wanita. (Widiasari *et al.*, 2021)

G. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan Penunjang untuk DM dilakukan pemeriksaan glukosa darah sewaktu, kadar glukosa darah puasa, kemudian dilanjutkan dengan Tes Toleransi Glukosa Oral standar. Untuk

kelompok resiko tinggi DM, seperti usia dewasa tua, tekanan darah tinggi, obesitas, riwayat keluarga, dan menghasilkan hasil pemeriksaan negatif, perlu pemeriksaan penyaring setiap tahun. Bagi pasien berusia tua tanpa faktor resiko pemeriksaan penyaring dapat dilakukan setiap 3 tahun (Yunita, 2015).

Hasil pemeriksaan yang tidak memenuhi kriteria normal atau DM, maka dapat digolongkan ke dalam kelompok prediabetes yang meliputi: toleransi glukosa terganggu (TGT), glukosa darah puasa terganggu (GDPT). Pertama Glukosa darah puasa terganggu (GDPT): Hasil pemeriksaan glukosa plasma puasa antara 100-125 mg/dl dan pemeriksaan TTGO glukosa plasma 2 jam <140 mg/dl. Kedua Toleransi glukosa terganggu (TGT): Hasil pemeriksaan glukosa plasma 2 jam setelah TTGO antara 140- 199 mg/dl Diagnosis prediabetes dapat juga ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan HbA1c 5,7-6,4%. (Muhammad Aris, 2014)

H. Therapy

Terapi farmakologis terdiri dari obat oral dan bentuk suntikan. Berdasarkan cara kerjanya :

a. Obat anti-hiperglikemia oral ada beberapa golongan:

1. Sulfonilurea

Obat golongan ini mempunyai efek utama meningkatkan sekresi insulin oleh sel beta pankreas. Efek samping utama adalah hipoglikemia dan peningkatan berat badan. Hati-hati menggunakan sulfonilurea pada pasien dengan risiko tinggi hipoglikemia (orang tua, gangguan fungsi hati dan ginjal). Contoh obat dalam golongan ini adalah glibenclamide, glipizide, glimepiride, gliquidone dan gliclazide.

2. Glinid

Glinid merupakan obat yang cara kerjanya mirip dengan sulfonilurea, namun berbeda lokasi reseptor, dengan hasil akhir berupa penekanan pada peningkatan sekresi insulin fase pertama. Golongan ini terdiri dari 2 macam obat yaitu Repaglinid (derivat asam benzoat) dan

Nateglinid (derivat fenilalanin). Obat ini diabsorpsi dengan cepat setelah pemberian secara oral dan diekskresi secara cepat melalui hati. Obat ini dapat mengatasi hiperglikemia post prandial. Efek samping yang mungkin terjadi adalah hipoglikemia. Obat golongan glinid sudah tidak tersedia di Indonesia.

b. Peningkat Sensitivitas terhadap Insulin (Insulin Sensitizers)

1. Metformin

Metformin mempunyai efek utama mengurangi produksi glukosa hati (glukoneogenesis), dan memperbaiki ambilan glukosa di jaringan perifer. Metformin merupakan pilihan pertama pada sebagian besar kasus DM tipe 2. Dosis metformin diturunkan pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal (LFG $30 \text{ ' } 60 \text{ ml/menit/1,73 m}^2$). Metformin tidak boleh diberikan pada beberapa keadaan seperti LFG $< 30 \text{ mL/menit/1,73 m}^2$, adanya gangguan hati berat, serta pasien-pasien dengan kecenderungan hipoksemia (misalnya penyakit serebrovaskular, sepsis, renjatan, PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronik), gagal jantung NYHA (New York Heart Association) fungsional kelas III-IV. Efek samping yang mungkin terjadi adalah gangguan saluran pencernaan seperti dispepsia, diare, dan lain-lain

2. Tiazolidinedion (TZD) Tiazolidinedion merupakan agonis dari Peroxisome Proliferator Activated Receptor Gamma (PPAR-gamma), suatu reseptor inti yang terdapat antara lain di sel otot, lemak, dan hati. Golongan ini mempunyai efek menurunkan resistensi insulin dengan meningkatkan jumlah protein pengangkut glukosa, sehingga meningkatkan ambilan glukosa di jaringan perifer. Tiazolidinedion menyebabkan retensi cairan tubuh sehingga dikontraindikasikan pada pasien dengan gagal jantung (NYHA fungsional kelas III-IV) karena dapat memperberat edema/retensi cairan. Hati-hati pada gangguan faal hati, dan bila

diberikan perlu pemantauan faal hati secara berkala. Obat yang masuk dalam golongan ini adalah pioglitazone.

b. Obat Antihiperglikemia Suntik

Termasuk anti hiperglikemia suntik, yaitu insulin, GLP-1 RA dan kombinasi insulin dan GLP-1 RA. Insulin digunakan pada keadaan :

- 1.) HbA1c saat diperiksa $\geq 7.5\%$ dan sudah menggunakan satu atau dua obat antidiabetes

- 2.) HbA1c saat diperiksa $> 9\%$

- 3.) Penurunan berat badan yang cepat

- 4.) Hiperglikemia berat yang disertai ketosis

- 5.) Krisis hiperglikemia

- 6.) Gagal dengan kombinasi OHO dosis optimal

- 7.) Stres berat (infeksi sistemik, operasi besar, infark miokard akut, stroke)

- 8.) Kehamilan dengan DM/diabetes melitus gestasional yang tidak terkontrol dengan perencanaan makan

- 9.) Gangguan fungsi ginjal atau hati yang berat

- 10.) Kontraindikasi dan atau alergi terhadap OHO

- 11.) Kondisi perioperatif sesuai dengan indikasi

- Efek samping terapi insulin :

- 1.) Efek samping utama terapi insulin adalah terjadinya hipoglikemia
 - 2.) Penatalaksanaan hipoglikemia dapat dilihat dalam bagian komplikasi akut DM.
 - 3.) Efek samping yang lain berupa reaksi alergi terhadap insulin
- Dasar pemikiran terapi insulin:
 - 1.) Sasaran pertama terapi hiperglikemia adalah mengendalikan glukosa darah basal (puasa/sebelum makan). Hal ini dapat dicapai dengan terapi oral maupun insulin. Insulin yang dipergunakan untuk mencapai sasaran glukosa darah basal adalah insulin basal (insulin kerja sedang, panjang atau ultrapanjang)
 - 2.) Penyesuaian dosis insulin basal untuk pasien rawat jalan dapat dilakukan dengan menambah 2 - 4 unit setiap 3 - 4 hari bila sasaran terapi belum tercapai.
 - 3.) Apabila sasaran glukosa darah basal (puasa) telah tercapai, sedangkan HbA1c belum mencapai target, maka dilakukan pengendalian glukosa darah prandial (meal-related). Insulin yang dipergunakan untuk mencapai sasaran glukosa darah prandial adalah insulin kerja cepat (rapid acting) yang disuntikkan 5 - 10 menit sebelum makan atau insulin kerja pendek (short acting) yang disuntikkan 30 menit sebelum makan
 - 4.) Terapi insulin tunggal atau kombinasi disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan respons individu, yang dinilai dari hasil pemeriksaan kadar glukosa darah harian.

I. Komplikasi

a. Hipoglikemia

Serangan hipoglikemia ditandai dengan perasaan pusing, lemas, gemetar, mata berkunang-kunang, keringat dingin, detak jantung meningkat, sampai hilang kesadaran. Hipoglikemia biasanya timbul bila kadar glukosa darah < 50 mg/dl, dan ini terjadi apabila dosis obat anti diabetes atau insulin terlalu tinggi, makan terlalu sedikit, olahraga terlalu berat, minum alkohol atau depresi

b. Hiperglikemia

Hiperglikemia yang dimaksud disini adalah suatu keadaan dimana kadar gula darah tiba-tiba melonjak. Hal ini disebabkan antara lain oleh stress, infeksi, dan konsumsi obat-obatan tertentu. Hiperglikemia ditandai dengan poliuria, polidipsia, polifagia, kelelahan yang parah, dan pandangan kabur. Hiperglikemia dapat memperburuk gangguan-gangguan kesehatan seperti gastroparesis, disfungsi ereksi, dan infeksi jamur pada vagina. Hiperglikemia yang berlangsung lama dapat berkembang menjadi keadaan metabolisme yang berbahaya antara lain ketoasidosis diabetik (Diabetic Ketoacidosis), yang dapat berakibat fatal dan membawa kematian. Hiperglikemia dapat dicegah dengan kontrol kadar gula darah yang ketat.

c. Komplikasi Makrovaskuler

Komplikasi makrovaskular yang umum berkembang pada penderita diabetes adalah penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah otak, dan penyakit pembuluh darah perifer. Komplikasi makrovaskular lebih sering timbul pada DM tipe 2, yang umumnya menderita hipertensi, dislipidemia dan atau kegemukan, walaupun komplikasi makrovaskular dapat juga terjadi pada DM tipe 1. Kombinasi dari penyakit- penyakit tersebut dikenal dengan sebutan Sindroma Metabolik. Penyakit jantung sangat besar risikonya pada penderita diabetes, maka pencegahan komplikasi terhadap jantung

sangat penting dilakukan, termasuk pengendalian tekanan darah, kadar kolesterol dan lipid darah. Penderita diabetes sebaiknya selalu menjaga tekanan darahnya tidak lebih dari 130/80 mm Hg . Penderita harus dengan sadar mengatur gaya hidupnya, termasuk mengupayakan berat badan ideal, diet dengan gizi seimbang, berolah raga secara teratur, tidak merokok, dan mengurangi stress

d. Komplikasi Mikrovaskuler

Komplikasi ini terutama terjadi pada penderita diabetes tipe 1. Komplikasi mikrovaskuler yang timbul antara lain retinopati, nefropati, dan neuropati. Disamping karena kondisi hiperglikemia, ketiga komplikasi ini juga dipengaruhi oleh faktor genetik. Untuk berkembang kearah komplikasi mikrovaskular, tergantung lamanya (durasi) sakit dan tingkat keparahan diabetes. Satu-satunya cara untuk mencegah atau memperlambat jalan perkembangan komplikasi mikrovaskular adalah dengan pengendalian kadar gula darah yang ketat. Pengendalian yang paling intensif ialah dengan menggunakan suntikan insulin (Widodo, 2017).

J. Diagnosa yang mungkin muncul

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), diagnose keperawatan yang mungkin muncul pada kasus diabetes mellitus tipe 2, yaitu :

- Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah b.d resistensi insulin
- Gangguan integritas kulit b.d ulkus pedic
- Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis
- Diare b.d proses infeksi

BAB III
ASUHAN KEPERAWATAN

A. Kasus 1

PENGAJIAN DATA DASAR

Nama Mahasiswa : Havif Feby Excel

Tempat : RSUD CAM Kota Bekasi

Tanggal Pengkajian : 24 Oktober 2022

I. Identitas diri klien

Nama : Tn. A Tanggal masuk RS :

Tempat / Tgl Lahir : Bekasi, 25-05-1980

Umur : 42 tahun

Jenis kelamin : Laki- laki

Alamat : JL. Bekasi Tengah RT 06 RW 07 Kel.Margahayu
Kota Bekasi

Status Pernikahan : Sudah menikah

Agama : Islam

Pendidikan : SMA sederajat

Pekerjaan : Wiraswasta

Keluarga terdekat yang dapat dihubungi : Istri

Nama : Ny. L

Alamat : JL. Bekasi Tengah RT 06 RW 07 Kel. Margahayu
Kota Bekasi

Status Perkawinan : Menikah

Agama : Islam

Suku : Betawi

Pendidikan : SMA sederajat

Pekerjaan : Wiraswasta

II. Status Kesehatan Saat ini

1. Alasan kunjungan/keluhan utama

Pasien datang dengan keluhan luka ulkus dikaki kanan, luka berbau dan berwarna kuning, luas luka sudah sampai setengah telapak kaki, kedalaman sudah sampai mengenai tulang. terdapat pus dan jaringan nekrotik di area luka, kaki mengalami edema. pasien mengatakan tidak dapat berkemih semenjak 1 hari yang lalu. Pasien mengeluh nyeri pada lukanya di kaki . lukanya muncul semenjak 2 bulan yang lalu akibat terkena kenalpot. Pasien mengatakan lukanya seperti tertusuk –tusuk benda tajam. Pada saat pengkajian klien mengatakan badanya terasa lemas dan sering merasa haus dan lapar. Pasien mengatakan kadar glukosa dalam darahnya tinggi saat masuk rumah sakit. Klien mengatakan jarang kontrol gula kefasilitas kesehatan. Klien mengatakan sulit untuk melakukan aktivitas. Setelah dilakukan pemeriksaan di dapatkan hasil TD : 100/ 60 mmHg N 113x/menit RR : 21x/menit S : 37,2 C SpO2 : 96 % GDS 285 mg/dl. Pasien tampak gelisah saat dikaji skala nyeri 5 akral teraba hangat mual (-) muntah (-). Pasien terpasang infus Futrolit 500 CC/12 jam.

2. Faktor Pencetus : Pasien mengatakan tidak mengontrol pola makan dan sering mengonsumsi makanan dan minuman manis, serta jarang memeriksakan kadar glukosa dalam darah.

3. Lamanya keluhan : Pasien mengatakan keluhan yang di rasakan sudah lama, semenjak 2 bulan yang lalu terkena kenalpot

4. Timbulnya keluhan : bertahap
 hilang timbul

5. Faktor yang memberatkan

Tidak bisa beraktivitas seperti biasa karena lemas

6. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya :

Sendiri : pasien mengatakan akan istirahat jika sudah mengalami lemas

7. Diagnosa medik

Ulkus Diabetik Pedis Dexstra

Tanggal 24 Oktober 2022

III. Riwayat kesehatan yang lalu

1. Penyakit yang pernah dialami : Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit diabetes melitus pada tahun 2015, kadang berobat ke fasilitas kesehatan namun jarang dan semenjak pandemi pasien sudah tidak melakukan berobat lagi
 - a. Kecelakaan : Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan
 - b. Pernah dirawat penyakit : Pasien mengatakan pernah dirawat di rumah sakit dengan penyakit yang sama Diabetes mellitus
 - c. Operasi : pasien mengatakan tidak pernah melakukan tindakan operasi sebelumnya
2. Alergi : pasien mengatakan tidak mempunyai alergi
3. Imunisasi : Pasien mengatakan tidak mendapatkan suntik imunisasi
4. Kebiasaan : Pasien mengatakan biasa mengonsumsi kopi dan perokok aktif
5. Obat – obatan : Pasien mengatakan biasa mengonsumsi obat metformin 500 mg yang biasa di beli di apotik
6. Pola nutrisi:

Frekwensi makanan : pasien mengatakan sebelum sakit biasa makan 3 x sehari 1 porsi (nasi dan lauk pauk), setelah sakit hanya menghabiskan ½ porsi makan

Berat badan : 55 kg

Tinggi badan : 161 cm

IMT : $BB : TB \text{ (dalam m)}^2 = 55 \text{ kg} : 1,61^2 : 2.59 \text{ (normal)}$

Jenis makanan : Semejak sakit, pasien diberikan diet diabetes melitus

Makanan yang disukai : Pasien mengatakan menyukai semua makanan

Makanan yang tidak disukai : pasien mengatak tidak ada makanan yang tidak disukai

Makanan pantang : makanan mengandung banyak gula

Nafsu makan baik

sedang – alasan : mual/muntah/sariawan

kurang – alasan : mual/muntah/sariawan

Perubahan berat badan 3 bulan terakhir : bertambah

tetap

berkurang

7. Pola Eliminasi :

a. Buang air besar

Frekwensi : pasien mengatakan 1 x sehari penggunaan pencanar : tidak ada

Waktu : Pagi

Warna : Kuning kecoklatan

Konsistensi : Lunak

b. Buang air kecil

Frekwensi : $\pm 3-4$ x sehari

Warna : Kuning keruh

Bau : khas amoniak

8. Pola tidur dan istirahat

Waktu tidur (jam) : 22.00 – 05.00 WIB

Lama tidur/hari : pasien mengatakan sebelum sakit biasa tidur 6-7 jam / hari . Namun semenjak sakit pasien mengatakan lama tidur hanya 5 jam sulit tidur karena merasa nyeri di bagian lukanya.

Kebiasaan pengantar tidur: pasien mengatakan tidak ada ada kebiasaa pengantar tidur.

Kebiasaan saat tidur : tidak ada

Kesulitan dalam hal tidur menjelang tidur

sering / mudah terbangun

merasa tidak puas setelah bangun tidur

9. Pola aktivitas dan latihan

a. Kegiatan dalam pekerjaan : pasien mengatakan sudah tidak bekerja

b. Olahraga : Tn.A mengatakan jarang berolahraga hanya jalan jalan saat pagi hari di halaman rumah

c. Kegiatan diwaktu luang : Tn.A mengatakan kegiatan waktu luangnya di gunakan untuk berkebun

d. Kesulitan / keluhan dalam hal : pasien mengtakan kesulitan dalam melakukan aktifitas karena terdapat luka di bagian kaki dan nyeri tekan.

pergerakan tubuh

mandi

mengenakan pakaian

bersolek

berhajat

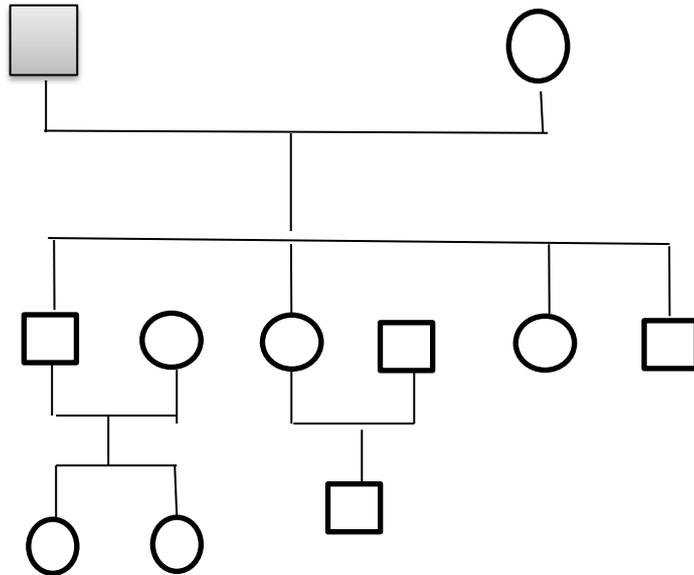
sesak nafas setelah mengadakan aktifitas

mudah merasa kelelahan

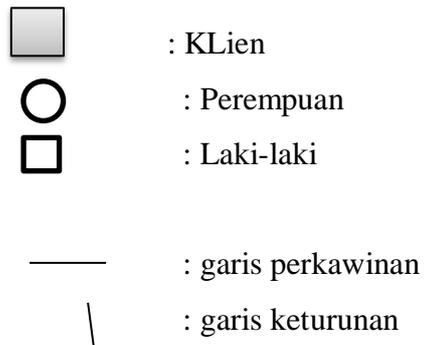
10. Pola kerja : pasien mengatakan hanya bekerja sebagai buruh harian lepas dan biasa bekerja selama 8-9 jam/hari

IV. Riwayat keluarga

Genogram :



Keterangan :



Pasien mengatakan anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit serupa dengannya

V. Riwayat Lingkungan

Kebersihan lingkungan : Klien mengatakan tempat tinggalnya berada di wilayah yang bersih

Bahaya : klien mengatakan tempat tinggalnya didaerah yang cukup aman

Polusi : Klien mengatakan tempat tinggalnya terbebas dari polusi karena jauh dengan jalan raya.

VI. Aspek Psikososial

1. Pola pikir dan persepsi

a. Alat bantu yang digunakan : klien mengatakan tidak menggunakan kaca mata ataupun alat bantu pendengaran.

kaca mata

alat bantu pendengaran

b. Kesulitan yang dialami : pasien mengatakan kesulitan yang dialami adalah pasien tidak bisa melakuakn aktivitas seperti biasa karena keterbatasan gerak

Sering pusing

menurunnya sensitifitas terhadap sakit

menurunnya sensitifitas terhadap panas/dingin

membaca/menulis

2. Persepsi diri

Hal yang dipkiri saat ini : pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya saat ini

Harapan setelah menjalani perawatan : pasien berharap setelah dilakukannya perawatan bisa aktivitas kembali seperti biasanya

Perubahan yang dirasa setelah sakit : lebih sedikit melakukan aktivitas

3. Suasana hati : pasien mengatakan suasana hatinya kurang baik, karena merasa cemas dengan kondisi yang dialaminya

4. Rentang perhatian : baik

5. Hubungan/komunikasi :

a. Bicara Bahasa utama : Bahasa Indonesia

- sendiri
- dibantu orang lain
- b. yang disukai tentang diri sendiri : pasien mengatakan dirinya adalah orang yang tegas dan hati-hati dalam mengambil keputusan.
- c. yang ingin dirubah dari kehidupan : pasien mengatakan ingin menjadi seorang kepala keluarga yang lebih baik lagi bagi keluarganya .
- d. yang dilakukan jika stres :
- pemecahan masalah
- makan
- tidur
- makan obat
- cari pertolongan
- lain – lain (misal, marah, diam, dll)
- e. Apa yang dilakukan perawat agar anda nyaman dan aman : Pasien mengatakan perawat ramah dan melakukan perawatan terhadapnya dengan sabar dan telaten
8. Sistem nilai – kepercayaan
- a. Siapa atau apa sumber kekuatan : Pasien mengatakan sumber kekuatannya adalah Keluarganya, yaitu istri dan anak-anaknya.
- b. Apakah Tuhan, Agama, Kepercayaan penting untuk anda :
- ya tidak
- c. Kegiatan agama atau kepercayaan yang dilakukan (macam dan frekwensi)
- Sebutkan : semenjak sakit pasien tidak mengikuti kegiatan keagamaan diluar rumah
- d. Kegiatan agama atau kepercayaan yang ingin dilakukan selama di rumah sakit, sebutkan : pasien mengatakan ingin Sholat lima waktu dan berdoa

VII. Pengkajian fisik

Kepala, mata, telinga, hidung, dan tenggorokan

Kepala :

- Bentuk normocephal
- Keluhan yang berhubungan :
- Pusing/sakit kepala : pasien mengatakan tidak ada keluhan sakit kepala ataupun pusing.

Mata :

- Ukuran pupil ; kanan 3 mm kiri 3 mm
- Isokor isokor
- Reaksi terhadap cahaya : Baik, kanan (+) kiri (+)
- Bentuk : bentuk pupil bulat
- Konjungtiva : konjungtiva tampak tidak Anemis
- Fungsi penglihatan : Pasien mengatakan penglihatannya sedikit kurang jelas apabila melihat jarak jauh.

Hidung :

- Reaksi alergi : pasien mengatakan Tidak ada reaksi alergi
- Pernah mengalami flu : pasien mengatakan pernah mengalami flu
- Bagaimana frekwensinya dalam setahun : \pm 3-5 kali
- Sinus : pasien mengatakan tidak ada

Mulut dan tenggorokan :

- Kesulitan / gangguan bersuara : pasien mengatakan tidak mengalami gangguan dalam bersuara ataupun berbicara.
- Kesulitan menelan : Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan dalam menelan.

Pernafasan :

- Pola nafas : 21 x/menit, tidak ada batuk
- Sputum : Tidak ada, tidak ada nyeri saat bernapas
- Kemampuan melakukan aktifitas : Baik
- Batuk darah : Tidak ada

Sirkulasi :

- Tekanan darah : 100/60 mmHg
- Nadi Perifer : 113 x/emnit
- Capillary Refiling : < 3 detik
- Distensi vena jugularis: Tidakterdapat distensi vena jugularis
- Suara jantung : bunyi jantung I dan jantung II reguler
- Suara jantung tambahan : Tidak ada
- Irama jantung (monitor) : Reguler
- Perubahan warna (kulit, kuku, bibir, dll) : Tidak ada
- Clubbing : Tidak ada

Nutrisi : Diit diabetes melitus

Pasien mengatakan biasa minum \pm 8 gelas perhari

Eliminasi :

- (bab) Penggunaan laxan : Tidak ada
- Colostomy : Tidak ada
- Ilostomy : Tidak ada
- Konstipasi : Tidak ada
- Diare : Tidak ada
- (bak) Inkotinensia : Tidak ada
- Infeksi : Tidak ada
- Nemaururi : Tidak ada

Catheter : pasien tampak terpasang

Catheter

Urine out put : \pm 500 cc

Reproduksi :

- Kehamilan : Tidak hamil
- Buah dada -

Neurologi : Tingkat kesadaran composmentis (GCS 15 E4V5M6)

- Disorientasi : pasien tampak tidak mengalami disorientasi
- Tingkah laku : Tingkah laku pasien tampak normal dan tidak ada kelainan dalam bertingkah laku.
- Riwayat epilepsy/kejang/parkinson : pasien mengatakan tidak memiliki riwayat epilepsi.
- Reflek : reflek spontan
- Kekuatan mengenggam : kekuatan mengenggam pasien masih Baik
- Pergerakan ekstremitas : pergerakan ekstremitas bagian bawah terbatas, karen mengalami edema dan terdapat ulkus diabetic

Maskuloskeletal

- Nyeri : Pasien mengatakan terdapat nyeri pada bagian ekstermitas bawah bagian pedis dexstra
- Kelakuan : pasien mengatakan terdapat kekauan otot dan sensi pada ekstermitas bawah yang terdapat ulkus
- Pola latihan gerak : senam kaki diabetic

Kulit :

- Warna : sawo matang

- Integritas : pada pemeriksaan kai di temukan ulkus atau luka terbuka di bagian pedis. Luka berwarna kekuningan terdapat pus dan memiliki bau khas.
- Tugor : elastis

VIII. Data Laboratorium

Tabel 3.1

Data Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Hematologi (24-10-22)		
Hemoglobin	11,4 g/dl	11.7 – 15.5 g/dl
Hematokrit	34	35 – 47 %
Leukosit	13,0 10 ³ /ml	3.6 – 11.0 10 ³ /
Trombosit	373 10 ³ /ml	150 – 440 10 ³ /
Natrium	130 mmol/L	136 – 146
Kalium	3,6 mmol/L	3,5 – 10,6
Chlorida	100 mmol/L	9,8 – 106
Gds	285 mg/dl	<200 mg/dl
Albumin	1,41 g/dl	3,8 – 5,4

Pengobatan

1. Therapi GDS/ 6 jam dan ganti balutan setiap hari
 - a. Apidra 16 unit
 - b. Lantus 10 unit
2. Pengobatan
 - Metformin 3x 500 gr
 - Ramipril 1x5 g
 - Omeprazole 1x 1 vial (40 mg)
 - Cefriaxone 1x2 gr
 - Ondacentron 3x4 mg
 - Keterolac 3 x 1 ampul

- Metrinidazole 3 x 500 g

ANALIS DATA

Nama Pasien : Tn.A

Ruang : Aster

Diagnosa : Ulkus Diabetic

Data	Masalah	Etiologi
<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan masih mengkonsumsi makanan yang tidak dianjurkan untuk penyakitnya 2. Klien mengatakan badanya merasa lemas dan letih 3. Pasien mengatakan sering merasa haus dan lapar 4. Pasien mengatakan kadar Glukosanya tinggi saat masuk rumah sakit <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GDS : 285 mg/dl 2. Pasien tampak lemas 3. Pasien tampak sering minum 	<p>Ketidakstabilan kadar Glukosa Dalam Darah (D.0027)</p>	<p>Resistensi Insulin</p>
<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri pada ekstermitas bagian bawah 2. Klien mengatakan kakinya merasa sulit untuk di gerakkan 3. Pasien mengatakan sering merasa kesemutan <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU : Sakit Sedang 2. Terdapat ulkus pada ekstermitas bawah 3. Terdapat pus dan jaringan nekrotik 4. Luas luka mencapai setengah telapak kaki 5. Kedalaman mencapai tulang 	<p>Gangguan Integritas Kulit (D. 0129)</p>	<p>Ulkus diabetic</p>
<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien Mengatakan nyeri pada luka bagian kaki sebelah kanan 3. Pasien mengatakan nyeri pada lukanya muncul semenjak 2 bulan lalu akibat terkena kenalpot. 4. Keluarga pasien mengatakan Tn.A tidak nyaman dengan lukanya. 5. P : pasien mengatakan lukanya muncul akibat terkena kenalpot. <p>Q: Pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan (dexstra)</p> <p>R : Pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan (dexstra)</p> <p>S : Pasien mengatakan nyeri pada skala 5</p> <p>T : nyeri muncul saat kaki kanan di gerakkan</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien tampak meringis kesakitan 3. Pasien tampak Gelisah 	<p>Nyeri Akut (D.0077)</p>	<p>Agen Pencedera Fisiologis</p>

<p>4. Akral teraba hangat</p> <p>5. Hasil pemeriksaan Ttv :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD : 100/60 mmHg • RR : 21/Menit • HR : 113x/Menit • S : 37,2°C 		
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan merasa nyeri saat kaki bergerak 2. Pasien mengatakan enggan untuk bergerak 3. Pasien mengatakan merasa cemas saat bergerak <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aktivitas tampak terbatas 2. Sendi tampak kaku <p>Pasien tampak lemah</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D 0054)</p>	<p>Nyeri</p>

DIAGNOSA KEPERAWATAN**Nama Pasien : Tn.A****Diagnosa : Ulkus diabetic Pedis Dexstra****Ruang : Aster**

No	DIAGNOSA
1.	Nyeri akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)
2.	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b/d Resistensi Insuli (D.0027)
3.	Gangguan Integritas Kulit b.d ulkus diabetic (D.0129)
4.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d nyeri (D.0054)

NURSING CARE PLAN (NCP)

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
	Dx.Kep	Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan keluhan nyeri berkurang dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluhan nyeri menurun (5) 2) Meringis menurun (5) 3) Frekuensi nadi membaik (5) 4) Kesulitan tidur menurun (5) 5) Gelisah menurun (5) 	<p>Manajemen Nyeri (L08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri 2. Control lingkungan yang memberatkan rasa nyeri seperti (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Kolaborasi pemberian analgetik.
2	Ketidaksatbilan Kadar Glukosa Dalam Darah dan Resistensi Insulin (D.0027)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan kadar glukosa darah dalam batas normal dengan kriteria hasil :</p> <p>Ketidastabilan kadar glukosa darah (L.05022)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lelah/ lesu menurun (5) 2) Mengantuk menurun (5) 3) Keluhan lapar menurun (5) 4) Mulut kering menurun (5) 5) Kadar glukosa dalam darah membaik (5) 	<p>Manajemen Hiperglikemia (I.03115)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab Hiperglikemia 2. Monitor Kadar Glukosa Darah 3. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis polyuria, polidipsi, polifagia, kelemahan) <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Konsultasi dengan medis jika gejala hiperglikemi tetap ada atau memburuk <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 2) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 3) Anjurkan mengganti makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan <p>Kalaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kalaborasi pemberian Insulin

3	Gangguan Integritas Kulit b.d Ulkus Diabetic (D.0129)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 8 jam di harapkan Integritas kulit kembali baik. Dengan kriteria hasil :</p> <p>Integritas kult dan jaringan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kerusakan lapisan kulit menurun (5) 2) Nyeri menurun (5) 3) Kemerahan menurun (5) 4) Nekrosis menurun (5) 5) Sensasi membaik (5) 	<p>Perawatan luka. (L.14564)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit 2. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) 3. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NACL 3. Bersihkan jaringan nekrotik 4. Berikan salep yang sesuai jenis luka 5. Pasangan balutan sesuai jenis luka 6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan Perawatan Luka secara mandiri <p>Kalaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kalaborasi pemberian antibiotik
4	Gangguan Mobilitas Fisik b.d nyeri	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam di harapkan dapat beraktifitas secara mandiri dengan kriteria hasil</p> <p>Mobilitas Fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2) Nyeri menurun (5) 3) Gerakan terbatas menurun (5) 4) Rentang gerak (ROM) meningkat 5) Kelemahan fisik menurun (5) 	<p>Dukungan Mobilisasi) (L05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Fasilitasi melakukan pergerakan 6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 8) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 9) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur)

CATATAN PERKEMBANGAN I

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Nyeri akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)	Senin, 24 Okt 2022	<p>Manajemenn nyeri</p> <p>Observasi :</p> <p>1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik durasi frekuesnsi, kualitas dan itensitas nyeri</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan, nyeri saat kaki di gerakan <p>DO : Pasien tampak meringis kesakitan</p> <p>2) Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan Nyeri seperti tertusuk tusuk di ekstermitas bawah <p>DO : skala nyeri 5</p> <p>3) Mengidenifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>DS: -</p> <p>DO : pasien tampak meringis kesakitan</p> <p>4) Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan sulit untuk tidur karena nyeri pada daerah ekstermitas bawah <p>DO : Kien tampak susah tidur</p> <p>Terapeutik</p> <p>5) Memberikan Tekhnik Non Farmakologi Untuk mengurangi Nyeri</p> <p>DS :</p>	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan, nyeri saat kaki di gerakan • Pasien mengatakan Nyeri seperti tertusuk tusuk di ekstermitas bawah • pasien mengatakan sulit untuk tidur karena nyeri pada daerah ekstermitas bawah • Pasien mengatakan Mulai mengerti mengenai Teknik Relaksasi Nafas Dalam yang dianjurkan untuk mengurangi nyeri • Pasien tampak mengikuti apa yang diajarkan perawat • Pasien mengatakan nyaman dengan ruangan tempatnya di rawat, karena tidak memberatkan nyeri <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak meringis kesakitan • Skala Nyeri 5 • Klien tampak susah tidur • Pasien tampak mengikuti apa yang diajarkan perawat • Klien tampak nyaman dengan ruangan tempatnya di rawat • Pasien mengatakan baru mengerti 	

			<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan Mulai mengerti mengenai Teknik Relaksasi Nafas Dalam yang dianjurkan untuk mengurangi nyeri <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak mengikuti apa yang diajarkan perawat <p>6) Mengontrol lingkungan yang memberatkan rasa nyeri seperti (Suhu Ruangan, Pencahayaan, Kebisingan)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyaman dengan ruangan tempatnya di rawat, karena tidak memberatkan nyeri <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak nyaman dengan ruangan tempatnya di rawat <p>Edukasi</p> <p>7) Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan baru mengerti mengenai teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak belum bisa melakukan terapi relaksasi <p>Kolaborasi</p> <p>8) Kalaborasi Pemberian Analgesik</p> <p>DS : -</p> <p>DO : Pemberian analgesic Ketrolac</p>	<p>mengenai teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak belum bisa melakukan terapi relaksasi • Pemberian analgesic Ketrolac <p>Assesment</p> <p>masalah teratasi sebagian</p> <p>Planning</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,7,8,</p>	
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

2.	Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah b.d Resistensi Insulin (D.0027)	Senin, 24 Okt 2022	<p>Manajemen hiperglikemia</p> <p>Observasi</p> <p>1. mengidentifikasi kemungkinan penyebab Hiperglikemia</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sering mengonsumsi makanan dan minuman manis, seperti susu, kopi dan roti <p>DO : GDS 285 mg/dl</p> <p>2. Monitor Kadar Glukosa Darah</p> <p>DS : -</p> <p>DO : GDS 285 mg/dl</p> <p>3. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis polyuria, polidipsi, polifagia, kelemahan)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sering merasa haus dan badan merasa lemas <p>DO : Pasien tampak lemas</p> <p>Teraupetik :</p> <p>4. Konsultasi dengan medis jika gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <p>DS : -</p> <p>DO : terapi yang digunakan insulin apidra 16 unit dan lantus 10 unit</p> <p>Edukasi :</p> <p>5. Mengajarkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan di rumah tidak memiliki alat pengecek glukosa dalam darah <p>DO : pasien tampak sedang di cek gds oleh perawat</p>	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sering mengonsumsi makanan dan minuman manis, seperti susu, kopi dan roti Pasien mengatakan sering merasa haus dan badan merasa lemas Pasien mengatakan di rumah tidak memiliki alat pengecek glukosa dalam darah pasien mengatakan hanya mengonsumsi makanan yang diberikan rumah sakit keluarga pasien mengatakan mengerti akan penjelasan perawat <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> GDS 285 mg/dl Pasien tampak lemas terapi yang digunakan insulin apidra 16 unit dan lantus 10 unit pasien tampak sedang di cek gds oleh perawat klien tampak memakan makanan dari rumah sakit pasien tampak di suntik insulin apidra 16 unit <p>Assesment Masalah teratasi sebagian</p> <p>Planning Lanjutkan Intervensi 1,2,3,4,5, 8</p>	
----	---------------------------------------------------------------------------	--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>6. menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan hanya mengonsumsi makanan yang diberikan rumah sakit <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien tampak memakan makanan dari rumah sakit <p>7. Menganjurkan mengganti makanan sesuai dengan diet yang di programkan</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • keluarga pasien mengatakan mengerti akan penjelasan perawat <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien tampak memakan makanan yang di sediakan rumah sakit <p>Kalaborasi :</p> <p>8. Kalaborasi pemberian Insulin</p> <p>DS : -</p> <p>DO: pasien tampak di suntik insulin apidra 16 unit</p>		
3	Gangguan Integritas Kulit b.d Ulkus Diabetic (D.0129)	Senin, 24 Okt 2022	<p>Observasi :</p> <p>1) Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan awal 	Subjektif	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan awal terjadinya luka pada kaki bagian kanan karena terkena kenalpot • Pasien mengatakan sebelum masuk rumah

		<p>terjadinya luka pada kaki bagian kanan karena terkena kenalpot</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat ulkus pada ekstermitas bawah <p>2) Memonitor Karakteristik Luka (mis. Drainase, warna , ukuran bau)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit lukanya kecil dan akhirnya melebar <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat ulkus pada kaki bagian kanan, berwarna kuning, baunya khas luka DM. Terdapat jaringan nekrotik dan pus <p>3) Memonitor tanda –tanda infeksi</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan lukanya masih nyeri dan pasien sulit berjalan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luka tampak bengkak, terdapat pus <p>Teraupetik :</p>	<p>sakit lukanya kecil dan akhirnya melebar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan lukanya masih nyeri dan sulit untuk berjalan • pasien tampak meringis kesakitan saat balutan di lepas • pasien mengatakan selalu mengubah posisi jika merasa sudah tidak nyaman • Pasien mengatakan belum mengerti mengenai perawatan luka • <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat ulkus pada ekstermitas bawah • Terdapat ulkus pada kaki bagian kanan, berwarna kuning, baunya khas luka DM. Terdapat jaringan nekrotik • Luka tampak bengkak, terdapat pus • Pasien tampak meringis kesakitan • Luka tampak lengket dan sulit untuk dilepas • menggunakan kasa kering 	
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

		<p>4) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak meringis kesakitan saat balutan di lepas <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak meringis kesakitan <p>5) Bersihkan dengan NACL</p> <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luka tampak lengket dan sulit untuk dilepas <p>6) Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>DS :-</p> <p>DO : menggunakan kasa kering steril, dan dibalut dengan kasa gulung.</p> <p>7) Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan selalu mengubah posisi jika merasa sudah tidak nyaman <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak miring ke kanan <p>Edukasi :</p> <p>8) Mengajarkan Perawatan Luka secara Mandiri</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien 	<p>steril, dan dibalut dengan kasa gulung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak miring ke kanan • Keluarga pasien tampak sedang di ajari mengganti balutan • pemberian antibiotic ceftriaxone 2x1 hari <p>Assesment Masalah belum teratasi</p> <p>Planning Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>mengatakan belum mengerti mengenai perawatan luka</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien tampak sedang di ajari mengganti balutan <p>Kalaborasi :</p> <p>9) Kalaborasi pemberian antibiotik</p> <p>DS : -</p> <p>DO : pemberian antibiotic ceftriaxone 2x1 hari</p>		
4.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d nyeri (D.0054)	Senin, 24 Okt 2022	<p>Dukungan Mobilisasi)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak takut mengerjakan kakinya <p>2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak kesulitan bergerak karena nyeri <p>DO : Klien tampak kesulitan bergerak</p> <p>3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi</p> <p>DO : tekanan darah 135/88mmHg</p> <p>4. Memonitor kondisi</p>	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri • pasien tampak kesulitan bergerak karena nyeri • Pasien mengatakan aktivitasnya di bantu oleh keluarga • pasien tampak mengerti apa yang di jelaskan perawat • pasien mengatakan masih merasa lemas untuk bergerak <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak takut mengerjakan kakinya • Klien tampak kesulitan bergerak • tekanan darah 135/88mmHg • pasien tampak masih takut mengerjakan kaki dan tampak lemas • keluarga tampak antusias • pasien tampak 	

		<p>umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>DO : pasien tampak masih takut menggerakkan kaki dan tampak lemas</p> <p>Terapeutik</p> <p>5. Memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>DO: masih tampak takut untuk menggerakkan kaki</p> <p>6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>DS : Pasien mengatakan aktivitasnya di bantu oleh keluarga</p> <p>DO : keluarga tampak antusias</p> <p>Edukasi</p> <p>7. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>DS : <ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak mengerti apa yang di jelaskan perawat </p> <p>DO : pasien tampak memperhatikan penjelasan perawat</p> <p>8. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>DS : <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan masih merasa lemas untuk bergerak </p> <p>DO : pasien tampak enggan bergerak</p> <p>9. Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur)</p> <p>DO : pasien tampak belum bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur karena merasa lemas</p>	<p>memperhatikan penjelasan perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak enggan bergerak • pasien tampak belum bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur karena merasa lemas <p>Assesment Masalah teratasi sebagian</p> <p>Planning Lanjutkan Intervensi 1,2,4,5,6,8,9</p>	
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

CATATAN PERKEMBANGAN II

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Nyeri akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)	Selasa, 25 Okt 2022	<p>Manajemenn nyeri</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik durasi frekuesnsi, kualitas dan itensitas nyeri</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan keluhan nyeri sedikit berkurang pada kaki sebelah kanan, saat kaki di gerakkan <p>DO : Pasien tampak meringis kesakitan</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan rasa nyeri berkurang Nyeri <p>DO : skala nyeri 4</p> <p>3. Mengidenifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>DS: -</p> <p>DO : pasien masih tampak meringis kesakitan</p> <p>4. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan masih sulit untuk tidur karena nyeri pada daerah ekstermitas bawah <p>DO : Kien tampak susah tidur</p> <p>Terapeutik</p> <p>5. Memberikan Tekhnik Non Farmakologi Untuk mengurangi Nyeri</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sudah mengerti mengenai Teknik Relaksasi Nafas 	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan keluhan nyeri sedikit berkurang pada kaki sebelah kanan, saat kaki di gerakkan • Pasien mengatakan rasa Nyeri berkurang • pasien mengatakan masih sulit untuk tidur karena nyeri pada daerah ekstermitas bawah • Pasien mengatakan sudah mengerti mengenai Teknik Relaksasi Nafas Dalam yang dianjurkan untuk mengurangi nyeri <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak meringis kesakitan • Skala Nyeri 4 • Klien tampak susah tidur • Pasien tampak bisa melakukannya terapi tarik nafas dalam secara mandiri bila nyeri terasa • Pasien tampak suda bisa melakukan terapi relaksasi secara mandiri • Pemberian analgesic Ketrolac <p>Assesment</p> <p>masalah teratasi sebagian</p>	

			<p>Dalam yang dianjurkan untuk mengurangi nyeri</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak bisa melakukannya secara mandiri bila nyeri terasa <p>Edukasi</p> <p>6. Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sudah mengerti mengenai teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak sudah bisa melakukan terapi relaksasi secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <p>7. Kolaborasi Pemberian Analgesik</p> <p>DS : -</p> <p>DO : Pemberian analgesic Ketrolac</p>	<p>Planning</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,7,</p>	
2.	Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah b.d Resistensi Insulin (D.0027)	Selasa, 25 Okt 2022	<p>Manajemen Hiperglekemia</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor Kadar Glukosa Darah</p> <p>DS : -</p> <p>DO : GDS 234 mg/dl</p> <p>2. Monitor tanda dan gejala hiperglekemia (mis polyuria, polidipsi, polifagia, kelemahan)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan badan merasa lemas <p>DO : Pasien tampak lemas</p> <p>Teraupetik :</p> <p>3. Konsultasi dengan medis jika gejala hiperglekemi tetap ada atau memburuk</p> <p>DS : -</p> <p>DO : terapi yang digunakan</p>	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan badan merasa lemas pasien mengatakan hanya mengonsumsi makanan yang diberikan rumah sakit <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> GDS 234 mg/dl Pasien tampak lemas terapi yang digunakan insulin apidra 16 unit dan lantus 10 unit klien tampak memakan 	

			<p>insulin apidra 16 unit dan lantus 10 unit</p> <p>Edukasi : menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan hanya mengonsumsi makanan yang diberikan rumah sakit <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien tampak memakan makanan dari rumah sakit <p>Kalaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Kalaborasi pemberian Insulin <p>DS : - DO: pasien tampak di suntik insulin apidra 16 unit</p>	<p>makanan dari rumah sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak di suntik insulin apidra 16 unit <p>Assesment Masalah teratasi sebagian</p> <p>Planning Lanjutkan Intervensi</p>	
3	Gangguan Integritas Kulit b.d Ulkus Diabetic (D.0129)	Selasa 25 Okt 2022	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor Karakteristik Luka (mis. Drainase, warna , ukuran bau) <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kondisi luka terdapat pus, berwarna kuning, baunya khas luka DM dan terdapat jaringan nekrotik <ol style="list-style-type: none"> 2. Memonitor tanda –tanda infeksi <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan lukanya masih nyeri dan pasien sulit berjalan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luka tampak bengkak, 	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan lukanya masih nyeri dan sulit untuk berjalan • pasien tampak meringis kesakitan saat balutan di lepas • pasien mengatakan selalu mengubah posisi jika merasa sudah tidak nyaman • Pasien mengatakan mulai mengerti mengenai perawatan 	

			<p>terdapat pus</p> <p>Teraupetik :</p> <p>3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak meringis kesakitan saat balutan di lepas <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak meringis kesakitan <p>4. Bersihkan dengan NACL</p> <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luka tampak lengket dan sulit untuk dilepas <p>5. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>DS :-</p> <p>DO : menggunakan kasa kering steril, dan dibalut dengan kasa gulung.</p> <p>6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan selalu mengubah posisi jika merasa sudah tidak nyaman <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak miring ke kanan <p>Edukasi :</p> <p>7. Mengajarkan Perawatan Luka secara Mandiri</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan mulai mengerti mengenai perawatan luka <p>DO :</p>	<p>luka</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kondisi luka terdapat pus, berwarna kuning, baunya khas luka DM dan terdapat jaringan nekrotik • Luka tampak bengkak, terdapat pus • Pasien tampak meringis kesakitan • Luka tampak lengket dan sulit untuk dilepas • menggunakan kasa kering steril, dan dibalut dengan kasa gulung • Pasien tampak miring ke kanan • Keluarga pasien tampak sedang diajari mengganti balutan • pemberian antibiotic ceftriaxone 2x1 hari <p>Assesment Masalah teratasi sebagian</p> <p>Planning Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien tampak sedang di ajari mengganti balutan <p>Kalaborasi : 8. Kalaborasi pemberian antibiotik</p> <p>DS : - DO : pemberian antibiotic ceftriaxone 2x1 hari</p>		
4.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d nyeri (D.0054)	Selasa, 25 Okt 2022	<p>Dukungan Mobilisasi)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan masih merasa takut untuk mengerjakan kaki karena nyeri <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak takut mengerjakan kakinya <p>2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak kesulitan bergerak karena nyeri <p>DO : Klien tampak meringis menahan nyeri dan kesulitan bergerak</p> <p>3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi</p> <p>DO : tekanan darah 120/88mmHg</p> <p>6. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>DO : pasien tampak masih takut mengerjakan kaki dan tampak lemas</p> <p>Terapeutik</p> <p>7. Memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>DO: masih tampak takut untuk mengerjakan kaki</p> <p>8. Melibatkan keluarga</p>	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih merasa takut untuk mengerjakan kaki karena nyeri • pasien tampak kesulitan bergerak karena nyeri • Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak meringis menahan nyeri dan kesulitan bergerak • tekanan darah 120/88mmHg • pasien tampak masih takut mengerjakan kaki dan tampak lemas • pasien tampak mengerjakan badanya dikit demi sedikit • pasien tampak duduk di tempat tidur di bantu oleh keluarganya <p>Assesmen : Masalah Teratasi sebagian</p> <p>Planning : Lanjutkan intervensi</p>	

			<p>untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>DS : Pasien mengatakan aktivitasnya di bantu oleh keluarga</p> <p>DO : keluarga tampak antusias</p> <p>Edukasi</p> <p>10. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan masih merasa lemas untuk bergerak <p>DO : pasien tampak mengerakan badanya sedikit demi sedikit</p> <p>11. Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat pasien tampak duduk di tempat tidur di bantu oleh keluarganya tidur)</p> <p>DO : pasien tampak duduk di tempat tidur di bantu oleh keluarganya</p>	
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

CATATAN PERKEMBANGAN III

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal /Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Nyeri akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)	Rabu, 26 Okt 2022	<p>Manajemenn nyeri</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik durasi frekuesnsi, kualitas dan itensitas nyeri</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan keluhan nyeri berkurang pada kaki sebelah kanan, saat kaki di gerakkan <p>DO : Pasien tampak lebih tenang</p> <p>a. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan rasa nyeri berkurang Nyeri <p>DO : skala nyeri 3</p> <p>b. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>DS: -</p> <p>DO : pasien tampak lebih tenang</p> <p>c. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan tidurnya mulai nyenyak <p>DO : Kien tampak sudah bisa tidur</p> <p>Kolaborasi</p> <p>d. Kalaborasi</p>	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan keluhan nyeri berkurang pada kaki sebelah kanan, saat kaki di gerakkan Pasien mengatakan rasa Nyeri berkurang pasien mengatakan tidurnya mulai nyenyak <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak lebih tenang Skala Nyeri 3 Klien tampak sdah bisa tidur Pemberian analgesic Ketrolac <p>Assesment masalah teratasi sebagian</p> <p>Planning Intervensi dilanjutkan, 5</p>	

			Pemberian Analgesik DS : - DO : Pemberian analgesic Ketrolac	
2.	Ketidak stabilan kadar glukosa dalam darah b.d Resistensi Insulin (D.0027)	Rabu, 26 Okt 2022	<p>Observasi</p> <p>1. Monitor Kadar Glukosa Darah DS : - DO : GDS 170 mg/dl</p> <p>2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis polyuria, polidipsi, polifagia, kelemahan) DS : <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan badan merasa lebih enakan dan tidak mengeluh lemas DO : Pasien tampak lebih terlihat bersemangat untuk sembuh</p> <p>Teraupetik : 3. Konsultasi dengan medis jika gejala hiperglikemi tetap ada atau memburuk DS : - DO : terapi yang digunakan insulin apidra 16 unit dan lantus 10 unit</p> <p>Edukasi : menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga DS : <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan hanya mengonsumsi makanan yang diberikan rumah sakit DO : <ul style="list-style-type: none"> klien tampak memakan makanan dari rumah sakit Kalaborasi : B. Kalaborasi pemberian Insulin</p>	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan badan merasa lebih enakan dan tidak mengeluh lemas pasien mengatakan hanya mengonsumsi makanan yang diberikan rumah sakit <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> GDS 170 mg/dl Pasien tampak lemas terapi yang digunakan insulin apidra 16 unit dan lantus 10 unit klien tampak memakan makanan dari rumah sakit pasien tampak tidak berikan insulin karena gds dalam batas normal <p>Assesment Masalah teratasi sebagian</p> <p>Planning Lanjutkan Intervensi</p>

			<p>DS : -</p> <p>DO: pasien tampak tidak berikan insulin karena gds dalam batas normal</p>		
3	Gangguan Integritas Kulit b.d Ulkus Diabetic (D.0129)	Rabu, 26 Okt 2022	<p>Observasi :</p> <p>1. Memonitor Karakteristik Luka (mis. Drainase, warna , ukuran bau)</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Kondisi luka terdapat pus, berwarna kuning, baunya khas luka DM dan terdapat jaringan nekrotik <p>1. Memonitor tanda –tanda infeksi</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan keluhan nyerinya berkurang dan pasien sulit berjalan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Luka tampak bengkak, terdapat pus <p>Teraupetik :</p> <p>2. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> pasien tampak lebih tenang saat balutan di lepas <p>C. Bersihkan</p>	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan keluhan nyerinya berkurang dan pasien sulit berjalan pasien mengatakan selalu mengubah posisi jika merasa sudah tidak nyaman Pasien mengatakan mulai mengerti mengenai perawatan luka <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> Kondisi luka terdapat pus, berwarna kuning, baunya khas luka DM dan terdapat jaringan nekrotik Luka tampak bengkak, terdapat pus Pasien tampak lebih tenang saat balutan di lepas Luka tampak lengket dan sulit untuk 	

		<p>dengan NACL</p> <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Luka tampak lengket dan sulit untuk dilepas <p>D. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>DS :-</p> <p>DO : menggunakan kasa kering steril, dan dibalut dengan kasa gulung.</p> <p>E. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan selalu mengubah posisi jika merasa sudah tidak nyaman <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak miring ke kanan <p>Edukasi :</p> <p>e. Mengajarkan Perawatan Luka secara Mandiri</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan mulai mengerti mengenai perawatan luka <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Keluarga pasien tampak 	<p>dilepas</p> <ul style="list-style-type: none"> pemberian antibiotic ceftriaxone 2x1 hari <p>Assesment Masalah teratasi sebagian</p> <p>Planning Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			sedang di ajari mengganti balutan		
			<p>Kalaborasi :</p> <p>F. Kalaborasi pemberian antibiotik</p> <p>DS : -</p> <p>DO : pemberian antibiotic ceftriaxone 2x1 hari</p>		
4.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d nyeri (D.0054)	Rabu, 25 Okt 2020	<p>Dukungan Mobilisasi)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan sudah mengerjakan kakinya dikit demi sedikit <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak mengerjakan kakinya <p>2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak mengerjakan kakianannya <p>3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi</p> <p>DO : tekanan darah 120/80mmHg</p> <p>4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>DO : pasien tampak sudah tidak takut mengerjakan kaki</p> <p>Terapeutik</p> <p>5. Memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>DO: masih tampak mengerjakan gerakan kakianannya</p>	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan sudah mengerjakan kakinya dikit demi sedikit • pasien tampak kesulitan bergerak karena nyeri • Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak mengerjakan kakinya • tekanan darah 120/80mmHg • pasien tampak sudah tidak takut mengerjakan kaki • pasien tampak mengerjakan badanya dikit demi sedikit • pasien tampak duduk di tempat tidur di bantu oleh keluarganya <p>Assesmen : Masalah Teratasi sebagian</p> <p>Planning : Lanjutkan intervensi</p>	

			<p>6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>DS : Pasien mengatakan aktivitasnya di bantu oleh keluarga</p> <p>DO : keluarga tampak membantu klien dalam merubah posisi</p> <p>Edukasi</p> <p>12. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>DO : pasien tampak mengerakan badanya dikit demi sedikit</p> <p>13. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat pasien tampak duduk di tempat tidur di bantu oleh keluarganya tidur)</p> <p>DO : pasien tampak duduk di tempat tidur di bantu oleh keluarganya</p>	
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

B. Kasus 2**PENGAJIAN DATA DASAR**

Nama Mahasiswa : Havif Feby Excel
Tempat : RSUD CAM Kota Bekasi
Tanggal Pengkajian : Rabu, 02 November 2022

I. Identitas diri klien

Nama : Tn. J Tanggal masuk RS :
Tempat / Tgl Lahir : Bekasi, 14-07-1968
Umur : 54 tahun
Jenis kelamin : Laki- laki
Alamat : JL. Makrik RT 008 RW 010 Kel. Bojong
Rawalumbu Kota Bekasi
Status Pernikahan : Sudah menikah
Agama : Islam
Pendidikan : SMA sederajat
Pekerjaan : Wiraswasta
Keluarga terdekat yang dapat dihubungi : Istri
Nama : Ny. E
Alamat : JL. Makrik RT 008 RW 010 Kel. Bojong
Rawalumbu Kota Bekasi
Status Perkawinan : Menikah
Agama : Islam
Suku : Sunda
Pendidikan : SMA sederajat
Pekerjaan : Wiraswasta

II. Status Kesehatan Saat ini

1. Alasan kunjungan/keluhan utama

Pasien datang dengan keluhan Diare $\geq 5x$, BAB-Nya Cair, pasien mengatakan nyeri perut selalu ingin BAB dan selalu haus, nyeri terasa seperti di remas-remas, nyeri dibagian perut, skala nyeri 5, nyeri terus menerus, lemas nafsu makan menurun, pasien mengatakan mual (+), muntah (+), lemas (+), pasien mengatakan hanya minum air putih, selalu merasa mules dan melilit. Setelah dilakukan pemeriksaan di dapatkan hasil TD : 113/ 78 mmHg N 89x/menit RR : 21x/menit S : 37,2 C SpO2 : 98 %. Pasien tampak lemas dan selalu ingin BAB.

2. Faktor Pencetus : Setelah memakan makanan pedas

3. Lamanya keluhan : Pasien mengatakan sudah sejak dua hari sebelum masuk Rumah Sakit.

4. Timbulnya keluhan : bertahap hilang timbul

5. Faktor yang memberatkan

Tidak bisa beraktivitas seperti biasa karena lemas

6. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya :

Sendiri : pasien mengatakan meminum obat anti Diare Tradisional

7. Diagnosa medik

Gastroenteritis

Tanggal 02 November 2022

III. Riwayat kesehatan yang lalu

1. Penyakit yang pernah dialami : Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit Maagh dan mempunyai riwayat Diabetes, kadang berobat ke fasilitas kesehatan namun jarang dan semenjak pandemi pasien sudah tidak melakukan berobat lagi, tetapi pasien selalu mengontrol pola makan dan selalu mengecek kadar gula darah nya.
 - a. Kecelakaan : Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan
 - b. Pernah dirawat penyakit : Pasien mengatakan tidak pernah dirawat sebelumnya
 - c. Operasi : pasien mengatakan tidak pernah melakukan tindakan operasi sebelumnya
2. Alergi : pasien mentakan tidak mempunyai alergi
3. Imunisasi : Pasien mengatakan tidak mendapatkan suntik imunisasi
4. Kebiasaan : Pasien mengatakan biasa mengonsumsi kopi dan perokok aktif
5. Obat – obatan : Pasien mengatakan biasa mengonsumsi obat maagh yang terjual diwarung-warung
6. Pola nutrisi:

Frekwensi makanan : pasien mengatakan sebelum sakit biasa makan 3 x sehari 1 porsi (nasi dan lauk pauk), setelah sakit hanya menghabiskan ½ porsi makan

Berat badan : 65 kg

Tinggi badan : 168 cm

IMT : $BB : TB \text{ (dalam m)}^2 = 55 \text{ kg} : 1,61^2 : 2.59$ (normal)

Makanan yang disukai : Pasien mengatakan menyukai semua makanan

Makanan yang tidak disukai : pasien mengatak tidak ada makanan yang tidak disukai

Makanan pantang : makanan yang pedas dan asem

Nafsu makan baik

sedang – alasan : mual/muntah/sariawan

kurang – alasan : mual/muntah/sariawan

Perubahan berat badan 3 bulan terakhir : bertambah

tetap

berkurang

7. Pola Eliminasi :

c. Buang air besar

Frekwensi : pasien mengatakan ≥ 5 x sehari

Waktu : Tidak tentu

Warna : Kuning kecoklatan

Konsistensi : Cair

d. Buang air kecil

Frekwensi : $\pm 3-5$ x sehari

Warna : Kuning keruh

Bau : khas amoniak

8. Pola tidur dan istirahat

Waktu tidur (jam) : 22.00 – 05.00 WIB

Lama tidur/hari : pasien mengatakan sebelum sakit biasa tidur 6-7 jam / hari . Namun semenjak sakit pasien mengatakan lama tidur hanya 5 jam sulit tidur karena selalu merasa mules dan melilit nyeri pada perut.

Kebiasaan pengantar tidur: pasien mengatakan tidak ada kebiasaan pengantar tidur.

Kebiasaan saat tidur : tidak ada

Kesulitan dalam hal tidur menjelang tidur

sering / mudah terbangun

merasa tidak puas setelah bangun tidur

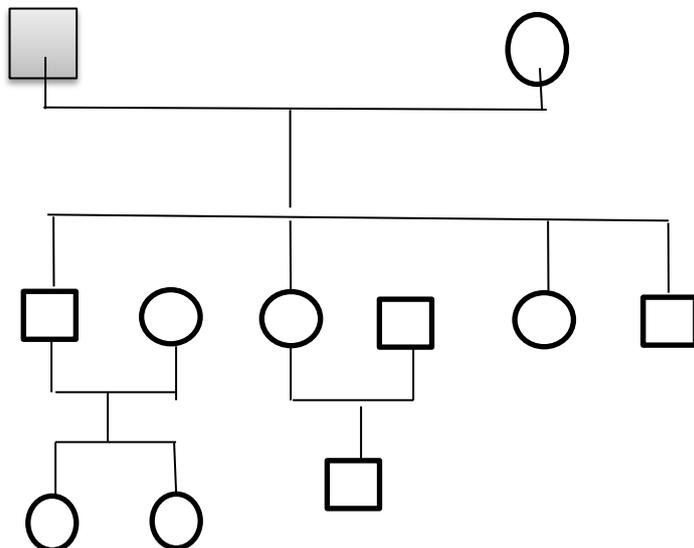
9. Pola aktivitas dan latihan

- e. Kegiatan dalam pekerjaan :
- f. Olahraga : Tn. J mengatakan jarang berolahraga hanya jalan jalan saat pagi hari di halaman rumah
- g. Kegiatan diwaktu luang : Tn.J mengatakan kegiatan waktu luangnya di gunakan untuk memberi makan ternak ayam-Nya
- h. Kesulitan / keluhan dalam hal : pasien mengtakan kesulitan dalam melakukan aktifitas karena selalu merasa mules ingin BAB.
 - pergerakan tubuh
 - mandi
 - mengenakan pakaian
 - bersolek
 - berhajat
 - sesak nafas setelah mengadakan aktifitas
 - mudah merasa kelelahan

10. Pola kerja : pasien mengatakan hanya bekerja sebagai buruh harian lepas dan biasa bekerja selama 8-9 jam/hari

IV. Riwayat keluarga

Genogram :



Keterangan :

- : Klien
 : Perempuan
 : Laki-laki
 — : garis perkawinan
 \ : garis keturunan

Pasien mengatakan anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit serupa dengannya

V. Riwayat Lingkungan

Kebersihan lingkungan : Klien mengatakan tempat tinggalnya berada di wilayah yang bersih

Bahaya : klien mengatakan tempat tinggalnya didaerah yang cukup aman

Polusi : Klien mengatakan tempat tinggalnya terbebas dari polusi karena jauh dengan jalan raya.

VI. Aspek Psikososial

1. Pola pikir dan persepsi

a. Alat bantu yang digunakan : klien mengatakan tidak menggunakan kaca mata ataupun alat bantu pendengaran.

[] kaca mata

[] alat bantu pendengaran

b. Kesulitan yang dialami : pasien mengatakan kesulitan yang dialami adalah pasien tidak bisa melakuakn aktivitas seperti biasa karena keterbatasan gerak

[] Sering pusing

menurunnya sensitifitas terhadap sakit

menurunnya sensitifitas terhadap panas/dingin

membaca/menulis

2. Persepsi diri

Hal yang dipkiri saat ini : pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya saat ini

Harapan setelah menjalani perawatan : pasien berharap setelah dilakukannya perawatan bisa aktivitas kembali seperti biasanya

Perubahan yang dirasa setelah sakit : lebih sedikit melakukan aktivitas

3. Suasana hati : pasien mengatakan suasana hatinya kurang baik, karena merasa cemas dengan kondisi yang dialaminya

4. Rentang perhatian : baik

5. Hubungan/komunikasi :

a. Bicara Bahasa utama : Bahasa Indonesia

jelas Bahasa daerah : Betawi

releven

mampu mengekspresikan

mampu mengerti orang lain

b. Tempat tinggal : klien mengatakan tinggal dirumah milik sendiri bersama istri dan kedua anaknya.

sendiri

bersama orang lain yaitu : Anak-anak pasien

c. Kehidupan keluarga

- Adat istiadat yang dianut : Sunda

- Pembuatan keputusan dalam keluarga : Istri Tn.J mengatakan yang mengambil keputusan dalam keluarga adalah Tn.J . akan tetapi sebelum mengambil keputusan selalu mendiskusikannya dahulu Bersama-sama dengan anak dan istrinya.

- Pola komunikasi : Baik

- Keuangan memadai

kurang

- d. Kesulitan dalam keluarga : Tn.J mengatakan kesulitan atau hambatan yang dirasakan sekarang
- hubungan orang tua
 - hubungan orang keluarga
 - hubungan perkawinan
6. Kebiasaan seksual
- a. Gangguan hubungan seksual disebabkan kondisi sebagai berikut :
- Tidak ada
- Fertilitas
 - libido
 - ereksi
 - menstruasi
 - kehamilan
 - alat kontrasepsi
7. Pertahanan koping
- a. Pengambilan keputusan
- sendiri
 - dibantu orang lain
- b. yang disukai tentang diri sendiri : pasien mengatakan dirinya adalah orang yang tegas dan hati-hati dalam mengambil keputusan.
- c. yang ingin dirubah dari kehidupan : pasien mengatakan ingin menjadi seorang kepala keluarga yang lebih baik lagi bagi keluarganya .
- d. yang dilakukan jika stres :
- pemecahan masalah
 - makan
 - tidur
 - makan obat
 - cari pertolongan
 - lain – lain (misal, marah, diam, dll)
- e. Apa yang dilakukan perawat agar anda nyaman dan aman : Pasien mengatakan perawat ramah dan melakukan perawatan terhadapnya dengan sabar dan telaten

8. Sistem nilai – kepercayaan

- a. Siapa atau apa sumber kekuatan : Pasien mengatakan sumber kekuatannya adalah Keluarganya, yaitu istri dan anak-anaknya.
- b. Apakah Tuhan, Agama, Kepercayaan penting untuk anda :
[√] ya [] tidak
- c. Kegiatan agama atau kepercayaan yang dilakukan (macam dan frekwensi)
Sebutkan : semenjak sakit pasien tidak mengikuti kegiatan keagamaan diluar rumah
- d. Kegiatan agama atau kepercayaan yang ingin dilakukan selama di rumah sakit, sebutkan : pasien mengatakan ingin Sholat lima waktu dan berdoa

VII. Pengkajian fisik

Kepala, mata, telinga, hidung, dan tenggorokan

Kepala :

- Bentuk normocephal
- Keluhan yang berhubungan :
- Pusing/sakit kepala : pasien mengatakan tidak ada keluhan sakit kepala ataupun pusing.

Mata :

- Ukuran pupil ; kanan 3 mm kiri 3 mm
- Isokor isokor
- Reaksi terhadap cahaya : Baik, kanan (+) kiri (+)
- Bentuk : bentuk pupil bulat
- Konjungtiva : konjungtiva tampak tidak Anemis
- Fungsi penglihatan : Pasien mengatakan penglihatannya sedikit kurang jelas apabila melihat jarak jauh.

Hidung :

- Reaksi alergi : pasien mengatakan Tidak ada reaksi alergi
- Pernah mengalami flu : pasien mengatakan pernah mengalami flu
- Bagaimana frekwensinya dalam setahun : \pm 3-5 kali
- Sinus : pasien mengatakan tidak ada

Mulut dan tenggorokan :

- Kesulitan / gangguan bersuara : pasien mengatakan tidak mengalami gangguan dalam bersuara ataupun berbicara.
- Kesulitan menelan : Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan dalam menelan.

Pernafasan :

- Pola nafas : 21 x/menit, tidak ada batuk
- Sputum : Tidak ada, tidak ada nyeri saat bernapas
- Kemampuan melakukan aktifitas : Baik
- Batuk darah : Tidak ada

Sirkulasi :

- Tekanan darah : 113/78 mmHg
- Nadi Perifer : 89 x/emnit
- Capillary Refiling : < 3 detik
- Distensi vena jugularis: Tidakterdapat distensi vena jugularis
- Suara jantung : bunyi jantung 1 dan jantung II reguler
- Suara jantung tambahan : Tidak ada
- Irama jantung (monitor) : Reguler
- Perubahan warna (kulit, kuku, bibir, dll) : Tidak ada
- Clubbing : Tidak ada

Nutrisi :

Pasien mengatakan biasa minum \pm 8 gelas perhari

Eliminasi :

- (bab) Penggunaan laxan : Tidak ada
- Colostomy : Tidak ada
- Ilostomy : Tidak ada
- Konstipasi : Tidak ada
- Diare : Ada
- (bak) Inkontinensia : Tidak ada
- Infeksi : Tidak ada
- Nemaururi : Tidak ada
- Catheter : pasien tampak tidak terpasang Catheter
- Urine out put : \pm 2000 cc / 24 jam

Reproduksi :

- Kehamilan : Tidak hamil
- Buah dada -

Neurologi : Tingkat kesadaran composmentis (GCS 15 E4V5M6)

- Disorientasi : pasien tampak tidak mengalami disorientasi
- Tingkah laku : Tingkah laku pasien tampak normal dan tidak ada kelainan dalam bertingkah laku.
- Riwayat epilepsy/kejang/parkinson : pasien mengatakan tidak memiliki riwayat epilepsy.
- Reflek : reflek spontan
- Kekuatan menggenggam : kekuatan menggenggam pasien masih Baik
- Pergerakan ekstremitas : pergerakan ekstremitas baik

Maskuloskeletal

- Nyeri : Pasien mengatakan terdapat nyeri pada bagian perut
- Kelakuan : pasien mengatakan tidak terdapat kekauan otot dan sensi
- Pola latihan gerak : -

Kulit :

- Warna : sawo matang
- Integritas : baik
- Tugor : elastis

VIII. Data Laboratorium

Tabel 3.1

Data Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Hematologi (02-10-22)		
Hemoglobin	11,4 g/dl	11.7 – 15.5 g/dl
Hematokrit	34	35 – 47 %
Leukosit	8,7 10 ³ /ml	3.6 – 11.0 10 ³ /
Trombosit	373 10 ³ /ml	150 – 440 10 ³ /
Natrium	130 mmol/L	136 – 146
Kalium	3,6 mmol/L	3,5 – 10,6
Chlorida	100 mmol/L	9,8 – 106
Gds	156 mg/dl	<200 mg/dl

Pemeriksaan Urin Rutin dan Feses

Pengobatan

1. Therapi pemulihan cairan

c. RL : D5%

2. Pengobatan

- Injeksi :
 - Ranitidin : 50 mg/ 12 jam
 - Ondansetron : 4 mg/ 8 jam
 - Ketorolac : 2mg 3 x1
- Oral : - New Diatab : 2 x 600 mg / BAB (Max 10 Tablet / hari)
 - Maagtaacid syrup : 3 x 5 mg (15-30 menit sebelum makan)
 - Larutan Oralit : 250 cc/ BAB

ANALIS DATA

Nama Pasien : Tn. J

Ruang : Aster

Diagnosa : GEA

Data	Masalah	Etiologi
<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan BAB $\geq 5x$ 2. Klien mengatakan badan-Nya terasa lemas 3. Pasien mengatakan selalu merasa mules 4. Pasien mengatakan BAB-Nya cair <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemas 2. Pasien tampak selalu ingin BAB 	<p>Diare (D.0020)</p>	<p>Proses Infeksi</p>
<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut dan selalu ingin BAB <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P : Nyeri dibagian perut selalu ingin BAB Q : Nyeri terasa seperti di remas-remas R : Nyeri dibagian perut S : Skala nyeri 5 T : Nyeri terus menerus - Pasien tampak meringis kesakitan - Pasien tampak Gelisah - Akral teraba hangat - Hasil pemeriksaan Ttv : <ul style="list-style-type: none"> • TD : 113/78 mmHg • RR : 21/Menit • HR : 89x/Menit • S : 37,2°C 	<p>Nyeri Akut (D.0077)</p>	<p>Agen Pencedera Fisiologis</p>
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nafsu makannya menurun 2. Pasien mengatakan lemas, mual, muntah 3. Pasien mengatakan hanya minum air putih 4. Pasien mengatakan selalu haus <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat lemas 2. Hb : 11,4 g% 	<p>Hipovolemia (D 0023)</p>	<p>Kehilangan cairan aktif</p>

DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan
1	Diare b.d Proses Infeksi (D.0020)
2	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)
3	Hipovolemia b.d Kehilangan Cairan Aktif (D.0023)

NURSING CARE PLAN (NCP)

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
		Kriteria Hasil	Intervensi
1	Diare b.d Proses Infeksi (D.0020)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam di harapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>Eliminasi Fekal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Control pengeluaran feses meningkat (5) 2) Keluhan defekasi lama dan sulit meningkat (5) 3) Mengejan saat defekasi meningkat (5) 4) Konsistensi feses membaik (5) 	<p>Manajemen Diare :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab Diare (mis, inflamasi, gastrointestinal, iritasi pastrointestinal, proses infeksi, malabsorsi, ansietas, stress, efek obat-obat) 2. Identifikasi riwayat pemberian makan 3. Monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja 4. Monitor jumlah pengeluaran diare <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral (mis. Larutan garam gula, oralit, pedialyte, renalyte) <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara rutin <p>Kalaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kalaborasi pemberian analgetik
2	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 8 jam di harapkan Nyeri berkurang. Dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat Nyeri (L.08066) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluhan nyeri menurun (5) 2) Meringis menurun (5) 3) Gelisah menurun (5) 4) Kesulitan tidur menurun (5) 	<p>Manajemen Nyeri. (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi PQRST 2. Identifikasi respon nyeri non-verbal 3. Monitor keberhasilan terapi komplomentery yang telah diberikan <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri 2. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat <p>Kalaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kalaborasi pemberian analgetik
3	Hipovolemia b.d Kehilangan Cairan Aktif (D.0023)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan Hipovolemia membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>Status Cairan (L.03028) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Turgor kulit meningkat 2. Membrane mukosa membaik 	<p>Manajemen Hipovolemia</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala Hipovolemia 2. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral

		<ol style="list-style-type: none">3. Keluhan haus menurun4. Intake cairan membaik	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian analgetik
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CATATAN PERKEMBANGAN I

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Diare b.d Proses Infeksi (D.0020)	Rabu, 02 Nov 2022	<p>Manajemen Diare :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab Diare (mis, inflamasi, gastrointestinal, iritasi pastrointestinal, proses infeksi, malabsorsi, ansietas, stress, efek obat-obat) <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan setelah memakan makanan pedas ia menjadi sering BAB <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BAB \geq 5/ hari - BAB cair <ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi riwayat pemberian makan <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mendapatkan makanan kaya akan serat - Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warna feses kuning, frekuensi cair - Memonitor jumlah pengeluaran diare <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan BAB lebih dari 5x/ hari <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BAB cair dan tidak berampas <p>Teraupetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - memberikan asupan cairan oral (mis. Larutan garam gula, oralit, pedalyte, 	<p>Subjektif :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengatakan setelah memakan makanan pedas ia menjadi sering BAB • Pasien mengatakan BAB lebih dari 5x/ hari • Pasien mengatakan minum 1.500 ml/hari <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAB \geq 5/ hari • BAB cair • Identifikasi riwayat pemberian makan • Pasien mendapatkan makanan kaya akan serat • Monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja • Pasien dianjurkan makan per 2 jam sekali dengan porsi sedikit • Injeksi : Ranitidin : 50 mg/ 12 jam Ondansetron : 4 mg/ 8 jam • Oral : New Diatab : 2 x 600 mg / BAB (Max 10 Tablet / hari) Maagtacid syrup : 3 x 5 mg (15-30 menit sebelum makan • Larutan Oralit : 250 cc/ BAB <p>Assesment Masalah teratasi sebagian</p> <p>Planning Lanjutkan Intervensi</p>	

			<p>renalyte)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan minum 1.500 ml/hari <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien minum air mineral 1.500ml/hari <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara rutin <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dianjurkan makan per 2 jam sekali dengan porsi sedikit <p>Kalaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi pemberian analgetik <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Injeksi : Ranitidin : 50 mg/ 12 jam Ondansetron : 4 mg/ 8 jam - Oral : New Diatab : 2 x 600 mg / BAB (Max 10 Tablet / hari) Maagtaacid syrup : 3 x 5 mg (15-30 menit sebelum makan Larutan Oralit : 250 cc/ BAB 		
2	Nyeri Akut b.d Agen Penderita Fisiologis (D.0077)	Rabu, 02 Nov 2022	<p>Manajemen Nyeri. (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi PQRST <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P : Nyeri dibagian perut selalu ingin BAB Q : Nyeri terasa seperti di remas-remas R : Nyeri dibagian perut S : Skala nyeri 5 T : Nyeri terus menerus • Mengidentifikasi respon nyeri non-verbal <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis dan gelisah • Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang telah diberikan <p>DS :</p>	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyaman dengan terapi yang diberikan • Pasien mengatakan mengerti dengan strategi yang dijelaskan <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • P : Nyeri dibagian perut selalu ingin BAB Q : Nyeri terasa seperti di remas-remas R : Nyeri dibagian perut S : Skala nyeri 5 T : Nyeri terus menerus • Pasien tampak meringis dan gelisah • Pasien tampak nyaman dengan terapi yang diberikan • Memberikan terapi Tarik nafas dalam 	

			<p>- Pasien mengatakan nyaman dengan terapi yang diberikan</p> <p>DO :</p> <p>- Pasien tampak nyaman dengan terapi yang diberikan</p> <p>Teraupetik :</p> <p>1. Memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <p>- Memberikan terapi Tarik nafas dalam dan mendengarkan music yang disukai pasien</p> <p>Edukasi:</p> <p>1. Menjelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan mengerti dengan strategi yang dijelaskan</p> <p>DO :</p> <p>Pasien tampak mengerti dan paham</p> <p>2. Menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <p>Pasien tampak mengikuti anjuran yang diberikan</p> <p>Kalaborasi :</p> <p>1. Berkalaborasi pemberian analgetik</p> <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <p>Ketorolac 2mg 3x1</p>	<p>dan mendengarkan music yang disukai pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak mengerti dan paham • Pasien tampak mengikuti anjuran yang diberikan • Katerolac 2mg 3x1 <p>Assesment</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Planning</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
3	Hipovolemia b.d Kehilangan Cairan Aktif (D.0023)	Rabu , 02 Nov 2022	<p>Manajemen Hipovolemia</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Memeriksa tanda dan gejala Hipovolemia</p> <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan setelah memakan makanan pedas ia menjadi sering BAB</p> <p>DO :</p> <p>Pasien tampak lemas dan pucat</p> <p>2. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>DS : -</p>	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan minum 1.500 ml/hari • Pasien mengatakan sudah minum seperti yang dianjurkan <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemas dan pucat • Pasien meminum mineral 1.500 ml/hari dan BAB $\geq 5x$ sehari • Pasien tampak mengikuti 	

		<p>DO : Pasien meminum mineral 1.500 ml/hari dan BAB \geq5x sehari</p> <p>Terapeutik 1. Mmberikan asupan cairan oral DS : Pasien mengatakan minum 1.500 ml/hari DO : Pasien tampak banyak meminum air mineral</p> <p>Edukasi 1.Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral DS : Pasien mengatakan sudah minum seperti yang dianjurkan DO : Pasien tampak mengikuti anjuran</p> <p>Kolaborasi 1. Berkolaborasi pemeberian analgetik DS : - DO : Injeksi : - Ranitidin : 50 mg/ 12 jam - Ondansetron : 4 mg/ 8 jam Oral : New Diatab : 2 x 600 mg / BAB (Max 10 Tablet / hari) Maagtacid syrup : 3 x 5 mg (15-30 menit sebelummakan) Larutan Oralit : 250 cc/ BAB</p>	<p>anjuran</p> <ul style="list-style-type: none"> • Injeksi : Ranitidin : 50 mg/ 12 jam Ondansetron : 4 mg/ 8 jam • Oral : New Diatab : 2 x 600 mg / BAB (Max 10 Tablet / hari) Maagtacid syrup : 3 x 5 mg (15-30 menit sebelummakan) Larutan Oralit : 250 cc/ BAB <p>Assesment masalah teratasi sebagian</p> <p>Planning Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

CATATAN PERKEMBANGAN II

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Diare b.d Proses Infeksi (D.0020)	Kamis, 03 Nov 2022	<p>Manajemen Diare :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab Diare (mis, inflamasi, gastrointestinal, iritasi pastrointestinal, proses infeksi, malabsorsi, ansietas, stress, efek obat-obat) <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan setelah memakan makanan pedas ia menjadi sering BAB <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BAB \geq 5/ hari - BAB cair <ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi riwayat pemberian makan <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mendapatkan makanan kaya akan serat - Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warna feses kuning, frekuensi cair - Memonitor jumlah pengeluaran diare <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan BAB lebih dari 5x/ hari <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BAB cair dan tidak berampas <p>Teraupetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - memberikan asupan 	<p>Subjektif :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengatakan setelah memakan makanan pedas ia menjadi sering BAB • Pasien mengatakan BAB lebih dari 5x/ hari • Pasien mengatakan minum 1.500 ml/hari <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAB \geq 5/ hari • BAB cair • Identifikasi riwayat pemberian makan • Pasien mendapatkan makanan kaya akan serat • Monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja • Pasien dianjurkan makan per 2 jam sekali dengan porsi sedikit • Injeksi : Ranitidin : 50 mg/ 12 jam Ondansetron : 4 mg/ 8 jam • Oral : New Diatab : 2 x 600 mg / BAB (Max 10 Tablet / hari) Maagtacid syrup : 3 x 5 mg (15-30 menit sebelum makan • Larutan Oralit : 250 cc/ BAB <p>Assesment Masalah teratasi sebagian</p> <p>Planning Lanjutkan Intervensi</p>	

			<p>cairan oral (mis. Larutan garam gula, oralit, pedalyte, renalyte)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan minum 1.500 ml/hari <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien minum air mineral 1.500ml/hari <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara rutin <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dianjurkan makan per 2 jam sekali dengan porsi sedikit <p>Kalaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi pemberian analgetik <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Injeksi : Ranitidin : 50 mg/ 12 jam Ondansetron : 4 mg/ 8 jam - Oral : New Diatab : 2 x 600 mg / BAB (Max 10 Tablet / hari) Maagtaacid syrup : 3 x 5 mg (15-30 menit sebelum makan Larutan Oralit : 250 cc/ BAB 		
2	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)	Kamis, 03 Nov 2022	<p>Manajemen Nyeri. (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi PQRST <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P : Nyeri dibagian perut selalu ingin BAB Q : Nyeri terasa seperti di remas- 	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyaman dengan terapi yang diberikan • Pasien mengatakan mengerti dengan strategi yang dijelaskan <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • P : Nyeri dibagian perut selalu ingin BAB 	

			<p>remas R : Nyeri dibagian perut S : Skala nyeri 4 T : Nyeri terus menerus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi respon nyeri non-verbal <p>DS : - DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis dan gelisah • Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang telah diberikan <p>DS : - Pasien mengatakan nyaman dengan terapi yang diberikan</p> <p>DO : - Pasien tampak nyaman dengan terapi yang diberikan</p> <p>Teraupetik : 2. Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>DS : - DO : - Memberikan terapi Tarik nafas dalam dan mendengarkan music yang disukai pasien</p> <p>Edukasi: 1. Mengajarkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>DS : - DO : Pasien tampak mengikuti anjuran yang diberikan</p> <p>Kalaborasi : 2. Kalaborasi pemberian analgetik</p> <p>DS : - DO : Ketorolac 2mg 3x1</p>	<p>Q : Nyeri terasa seperti di remas-remas R : Nyeri dibagian perut S : Skala nyeri 4 T : Nyeri terus menerus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak meringis dan gelisah • Pasien tampak nyaman dengan terapi yang diberikan • Memberikan terapi Tarik nafas dalam dan mendengarkan music yang disukai pasien • Pasien tampak mengikuti anjuran yang diberikan • Katerolac 2mg 3x1 <p>Assesment Masalah belum teratasi</p> <p>Planning Intervensi dilanjutkan</p>	
3	Hipovolemia b.d Kehilangan Cairan Aktif (D.0023)	Kamis, 03 Nov 2022	<p>Manajemen Hipovolemia Observasi :</p>	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan 	

		<p>1. Memeriksa tanda dan gejala Hipovolemia</p> <p>DS : Pasien mengatakan setelah memakan makanan pedas ia menjadi sering BAB</p> <p>DO : Pasien tampak lemas dan pucat</p> <p>2. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>DS : - DO : Pasien meminum mineral 1.500 ml/hari dan BAB $\geq 5x$ sehari</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Berikan asupan cairan oral</p> <p>DS : Pasien mengatakan minum 1.500 ml/hari</p> <p>DO : Pasien tampak banyak meminum air mineral</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral</p> <p>DS : Pasien mengatakan sudah minum seperti yang dianjurkan</p> <p>DO : Pasien tampak mengikuti anjuran</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>DS : - DO : Injeksi : - Ranitidin : 50 mg/ 12 jam - Ondansetron : 4 mg/ 8 jam Oral : New Diatab : 2 x 600 mg / BAB (Max 10 Tablet / hari) Maagtaacid syrup : 3 x 5 mg (15-30 menit sebelummakan) Larutan Oralit : 250 cc/</p>	<p>keluhan nyeri sedikit berkurang pada bagian perut</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan rasa Nyeri berkurang • pasien mengatakan masih sulit untuk tidur karena nyeri pada bagian perut • Pasien mengatakan sudah mengerti mengenai Teknik Relaksasi Nafas Dalam yang dianjurkan untuk mengurangi nyeri • <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak meringis kesakitan • Skala Nyeri 4 • Klien tampak susah tidur • Pasien tampak bisa melakukannya terapi tarik nafas dalam secara mandiri bila nyeri terasa • Pasien tampak sudah bisa melakukan terapi relaksasi secara mandiri • Pemberian analgesic Ketrolac <p>Assesment masalah teratasi sebagian</p> <p>Planning Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			BAB		
--	--	--	-----	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN III

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Diare b.d Proses Infeksi (D.0020)	Jum'at, 04 Nov 2022	<p>Manajemen Diare :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi riwayat pemberian makan <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mendapatkan makanan kaya akan serat - Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warna feses kuning, frekuensi cair - Memonitor jumlah pengeluaran diare <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan BAB lebih dari 5x/hari <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BAB cair dan tidak berampas <p>Teraupetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - memberikan asupan cairan oral (mis. Larutan garam gula, oralit, pedialyte, renalyte) <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan minum 1.500 ml/hari <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien minum air mineral 1.500ml/hari <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara rutin <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dianjurkan makan per 2 jam 	<p>Subjektif :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan minum 1.500 ml/hari <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi riwayat pemberian makan • Pasien mendapatkan makanan kaya akan serat • Monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja • Pasien dianjurkan makan per 2 jam sekali dengan porsi sedikit • Injeksi : Ranitidin : 50 mg/ 12 jam Ondansetron : 4 mg/ 8 jam • Oral : New Diatab : 2 x 600 mg / BAB (Max 10 Tablet / hari) Maagtacid syrup : 3 x 5 mg (15-30 menit sebelum makan • Larutan Oralit : 250 cc/ BAB <p>Assesment Masalah teratasi sebagian</p> <p>Planning Lanjutkan Intervensi</p>	

			sekali dengan porsi sedikit Kalaborasi : - Berkolaborasi pemberian analgetik DS : - DO : - Injeksi : Ranitidin : 50 mg/ 12 jam Ondansetron : 4 mg/ 8 jam - Oral : New Diatab : 2 x 600 mg / BAB (Max 10 Tablet / hari) Maagtaacid syrup : 3 x 5 mg (15-30 menit sebelum makan Larutan Oralit : 250 cc/ BAB	
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

2	Nyeri Akut b.d Ajen Pencedera Fisiologis (D.0077)	Jum'at , 04 Nov 2022	<p>Manajemen Nyeri. (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi PQRST <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> P : Nyeri dibagian perut selalu ingin BAB Q : Nyeri terasa seperti di remas-remas R : Nyeri dibagian perut S : Skala nyeri 4 T : Nyeri terus menerus <ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi respon nyeri non-verbal <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak meringis dan gelisah <ul style="list-style-type: none"> Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang telah diberikan <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyaman dengan terapi yang diberikan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak nyaman dengan terapi yang diberikan <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Memberikan terapi Tarik nafas dalam dan mendengarkan music yang disukai pasien <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak mengikuti anjuran yang diberikan 	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyaman dengan terapi yang diberikan Pasien mengatakan mengerti dengan strategi yang dijelaskan <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> P : Nyeri dibagian perut selalu ingin BAB Q : Nyeri terasa seperti di remas-remas R : Nyeri dibagian perut S : Skala nyeri 4 T : Nyeri terus menerus <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak meringis dan gelisah Pasien tampak nyaman dengan terapi yang diberikan Memberikan terapi Tarik nafas dalam dan mendengarkan music yang disukai pasien Pasien tampak mengerti dan paham Pasien tampak mengikuti anjuran yang diberikan Katerolac 2mg 3x1 <p>Assesment</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Planning</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
---	---------------------------------------------------	----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			Kalaborasi : 3. Berkalaborasi pemberian analgetik DS : - DO : Ketorolac 2mg 3x1	
3	Hipovol emia b.d Kehilangan Cairan Aktif (D.0023)	Jum'at , 04 Nov 2022	Manajemen Hipovolemia Observasi : 1. Memeriksa tanda dan gejala Hipovolemia DS : Pasien mengatakan setelah memakan makanan pedas ia menjadi sering BAB DO : Pasien tampak lemas dan pucat 2. Memonitor intake dan output cairan DS : - DO : Pasien meminum mineral	Subjektif <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan keluhan nyeri sedikit berkurang pada bagian perut • Pasien mengatakan rasa Nyeri berkurang • pasien mengatakan masih sulit untuk tidur karena nyeri pada bagian perut • Pasien mengatakan sudah mengerti mengenai Teknik Relaksasi Nafas Dalam yang dianjurkan untuk mengurangi nyeri •

		<p>1.500 ml/hari dan BAB $\geq 5 \times$ sehari</p> <p>Terapeutik 1. Memberikan asupan cairan oral DS : Pasien mengatakan minum 1.500 ml/hari DO : Pasien tampak banyak meminum air mineral</p> <p>Edukasi 1. Mengajarkan memperbanyak asupan cairan oral DS : Pasien mengatakan sudah minum seperti yang dianjurkan DO : Pasien tampak mengikuti anjuran</p> <p>Kolaborasi 1. Berkolaborasi pemberian analgetik DS : - DO : Injeksi : - Ranitidin : 50 mg/ 12 jam - Ondansetron : 4 mg/ 8 jam Oral : New Diatab : 2 x 600 mg / BAB (Max 10 Tablet / hari) Maagtaacid syrup : 3 x 5 mg (15-30 menit sebelum makan) Larutan Oralit : 250 cc/ BAB</p>	<p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak meringis kesakitan • Skala Nyeri 4 • Klien tampak susah tidur • Pasien tampak bisa melakukannya terapi tarik nafas dalam secara mandiri bila nyeri terasa • Pasien tampak suda bisa melakukan terapi relaksasi secara mandiri • Pemberian analgesic Ketrolac <p>Assesment masalah teratasi sebagian</p> <p>Planning Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini, penulis membandingkan antara teori dari bab II dengan kasus 1 dan 2 di bab III yang dilaksanakan selama 3 hari implementasi. Asuhan keperawatan tersebut meliputi : pengkajian, perumusan diagnosa, rencana asuhan keperawatan, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan. Pada tahap ini semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan kesehatan klien. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, social maupun spiritual klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar klien. Langkah pertama dari proses keperawatan yaitu pengkajian, dimulai perawat menerapkan pengetahuan dan pengalaman untuk mengumpulkan data tentang klien. Pengkajian dan pendokumentasian yang lengkap tentang kebutuhan pasien dapat meningkatkan efektivitas asuhan keperawatan yang diberikan, melalui hal-hal berikut : (Tampubolon, 2020)

1. Menggambarkan kebutuhan pasien untuk membuat diagnosis keperawatan dan menetapkan prioritas yang akurat sehingga perawat juga dapat menggunakan waktunya dengan lebih efektif.
2. Memfasilitasi perencanaan intervensi.
3. Menggambarkan kebutuhan keluarga dan menunjukkan dengan tepat faktor-faktor yang akan meningkatkan pemulihan pasien dan memperbaiki perencanaan pulang.
4. Memenuhi obligasi profesional dengan mendokumentasikan informasi pengkajian yang bersifat penting.

Penulis melakukan pengkajian pada klien pertama Tn. A pada tanggal 24 Oktober 2022 hasil pengkajian yang didapatkan adalah klien mengeluh badannya terasa lemas, sering merasa haus dan nyeri. Dengan hasil TTV : TD 100/60 mmHg, N 113x/menit, RR 21x/menit, S 37,2 C, SpO2 96%. Klien sudah tidak bekerja dan menghabiskan waktunya dirumah. Saat ditanya klien jarang berolahraga.

Hasil pengkajian selanjutnya pada Tn. J pada tanggal 02 November 2022 didapatkan bahwa klien mengatakan sudah 2 hari merasa nyeri, terasa lemas, selalu merasa haus dan selalu ingin BAB. Hasil TTV : TD 113/78 mmHg, N 89x/menit, RR 21x/menit, S 37,2 C, SpO2 98%.

Pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua klien mengalami nyeri, sering merasa haus, dan merasa lemas. Tetapi terdapat beberapa perbedaan yaitu Tn. A mengalami nyeri karena luka diulcus dikaki kanan dan hasil GDS Tn. A 285 mg/dl. Sedangkan Tn. J mengalami nyeri dibagian perut dan hasil GDS Tn. J 156 mg/dl dan Tn. J selalu ingin BAB. Penulis menduga perbedaan ini dikarenakan dari etiologi Diabetes Melitus Tipe 2 yang berbeda pada kedua klien.

Data yang ditemukan pada klien kedua kasus sudah sesuai dengan tinjauan teori yang ada, tidak ada kesenjangan antara teori dan asus dilapangan.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu gambaran mengenai permasalahan yang terjadi pada klien atau status kesehatan klien yang aktual dan potensial, dimana untuk melakukan pemecahan masalah tersebut harus dalam batas wewenang perawat. Diagnosa keperawatan dilakukan untuk menentukan hasil yang diharapkan dari perawatan terhadap klien dan merencanakan untuk tindakan selanjutnya yang akan dilakukan secara berurutan.(Novieastari, 2018)

Berdasarkan SDKI terdapat diagnosa yang dapat diangkat dari kedua kasus diatas. Kesamaan kasus yang terjadi adalah Nyeri Akut. Hal ini dikarenakan

Diabetes Melitus Tipe 2 adalah penderita Diabetes berisiko mengalami nyeri sendi salah satu faktornya yaitu Neuropati Diabetic alias kerusakan saraf yang dipicu penyakit metabolic tersebut (Rudy, Purwata and Putra, 2018).

Diagnosa utama yang diangkat oleh penulis pada kedua kasus diatas berbeda, yaitu Tn. A di angkat Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah berhubungan dengan resistensi insulin sedangkan Tn. J adalah Diare berhubungan dengan proses infeksi. Penulis berasumsi hal ini dikarenakan oleh etiologi dari Diabetes Melitus kedua klien yang berbeda. Diabetes Melitus pada Tn. A yang terjadi karena kadar glukosanya sedang tinggi dan Tn. A tidak mengontrol makanan dan minuman dan jarang control gulanya sedangkan Tn. J kadar gula darah nya dalam batas normal dan selalu mengontrol makanan dan sering kontrol gula darahnya.

Diagnosa selanjutnya yang diangkat penulis pun berbeda. Hal ini dikarenakan kedua klien diatas memiliki kasus penyerta yang berbeda. Pada Tn. A memiliki luka ulkus dikaki kanan akibat terkena knalpot maka diangkatlah diagnosa keperawatan Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan Ulkus Diabetic. Sedangkan Tn. J memiliki keluhan sering BAB dan sudah $\geq 5x$ BAB dalam sehari dan BAB nya cair maka diangkatlah diagnosa keperawatan Diare berhubungan dengan Proses infeksi.

C. Intervensi Keperawatan

Pembuatan rencana keperawatan yang akan dilakukan melibatkan keluarga pasien dan perawat ruangan sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi sesuai teori perencanaan keperawatan dituliskan dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Intervensi pada tinjauan teori memuat target waktu yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan pada klien, tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai, rencana tindakan yang akan dilakukan, dan rasional dari rencana tindakan tersebut. Perencanaan atau intervensi dirancang oleh penulis berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dimana tindakan yang akan dilakukan terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Target waktu pencapaian kriteria hasil pada semua diagnosis ditentukan dengan rentang waktu yang sama, yaitu 3 x 8 jam.

Pada kasus Tn. A penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam. Penulis berencana mengatasi masalah Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah pada pasien dengan tujuan glukosa darah dalam batas normal.

Intervensi yang dilakukan pada Tn. A sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk diagnosa Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah adalah manajemen hiperglikemia (I.03115). Lalu untuk diagnose gangguan integritas kulit adalah perawatan luka (I.14564) dan untuk nyeri akut adalah manajemen nyeri (I.08238). Sedangkan untuk Tn. J intervensi yang dilakukan untuk diagnose diare adalah manajemen diare (I.03101). Lalu untuk diagnose nyeri akut adalah manajemen nyeri (I.08238) dan diagnose hypovolemia adalah manajemen hypovolemia (I.103116).

Metode yang paling sederhana dan efektif untuk mengurangi nyeri adalah dengan teknik relaksasi nafas dalam. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan nyeri. Teknik relaksasi dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Teknik relaksasi terdiri atas nafas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan matanya dan bernafas dengan perlahan dan nyaman (Aini and Reskita, 2018).

D. Implementasi Keperawatan

Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah. Implementasi pada Tn. A dimulai pada 24 Oktober 2022 sampai 26 Oktober 2022 dan implementasi pada Tn. J dimulai pada 02 November 2022 sampai 04 November 2022. Pada studi kasus

ini penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan.

Pada saat pelaksanaan implementasi, penulis menerapkan beberapa *evidence based nursing* pada klien. *Evidence based nursing* yang diterapkan yaitu mengajarkan klien teknik relaksasi nafas dalam (Aini and Reskita, 2018). Penulis menerapkan terapi non-farmakologis tersebut karena terapi tersebut sederhana dan efektif untuk membantu mengatasi keluhan klien.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang mengadakan seberapa jauh diagnose keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan (Safitri, 2019). Evaluasi yang digunakan berbentuk S (subyektif), O (obyektif), A (analisa), P (perencanaan terhadap analisis). Evaluasi dilakukan setiap hari pada kedua kasus yaitu menggunakan evaluasi SOAP pada awal jam dinas dan terakhir di evaluasi kembali setelah diberikan intervensi pada jam akhir dinas.

Berdasarkan hasil evaluasi yang didapatkan setelah 3 hari dilakukan tindakan keperawatan oleh penulis pada kasus 1 yaitu Tn. A dari 3 diagnosa semua keluhan belum teratasi seperti kadar glukosa darah tinggi, pasien tetap mendapatkan pemberian injeksi insulin dan pasien beraktivitas masih dibantu oleh keluarga.

Kasus 2 yaitu pada Tn. J dari 3 diagnosa semua diagnose belum teratasi seperti Diare, pasien masih tampak nyeri, perlunya untuk memantau perkembangan pasien.

BAB V

KESIMPULAN

A. Kesimpulan

1) Pengkajian

Hasil pengkajian yang ditemukan dari studi Tn. A yang dilakukan pengkajian tanggal 24 Oktober 2022 ditemukan data adanya diabetes mellitus tipe 2 dan ulkus pedis dexstra yaitu pasien mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah dan terdapat luka ulkus kaki kanan

Pengkajian pada Tn. J dilakukan pada tanggal 02 November 2022 ditemukan adanya diabetes mellitus tipe 2 tetapi kadar glukosanya stabil masih dalam batas normal, dan juga ditemukan gangguan pencernaan.

2) Diagnose Keperawatan

Hasil studi kasus didapatkan 6 diagnosa dari kedua pasien dan terdapat 6 diagnosa yang sesuai dengan teori yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan integritas kulit, nyeri akut, diare dan juga hypovolemia.

3) Intervensi Keperawatan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada Tn. A dan Tn. J dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan teori yang ada, intervensi di setiap diagnose dapat sesuai dengan kebutuhan pasien dan memperhatikan koondisi pasien serta kesanggupan keluarga dalam kerja sama. Intervensi yang dilakukan oleh peneliti dengan intervensi yang didasarkan atas empat komponen yaitu observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

4) Implementasi atau Catatan Keperawatan

Pelaksanaan tindakan kasus ini di laksanakan sesuai dengan intervensi yang sudah dibuat, sesuai dengan kebutuhan kedua pasien dengan Diabetes Mellitus tipe 2. Pelaksanaan tindakan keperawatan

tersebut dapat dilakukan dan berjalan dengan baik berkat kerja sama dari pasien, keluarga, perawat ruangan dan pembimbing lapangan.

5) Evaluasi atau catatan perkembangan

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan Pada pasien Tn. A dan Tn. J selama 3 hari perawatan oleh peneliti dan di buat dalam bentuk SOAP. Pada pasien Tn. A hasil evaluasi didapatkan semua masalah keperawatan pasien belum teratasi. Pada pasien Tn. J pun semua diagnosa belum teratasi dan dua diagnosa lainnya masih harus dilakukan di rumah sakit.

B. SARAN

1) Bagi Rumah Sakit

Saran kepada perawat Ruang Camellia dan Bougenvile RSUD CAM Kota Bekasi untuk dapat menjadi edukator untuk memberi informasi dan pendidikan kesehatan mengenai Diabetes Mellitus tipe 2 pada pasien dan keluarga pasien. Serta dapat mengoptimalkan kinerja dalam menerapkan asuhan keperawatan, selalu memberikan pelayanan yang profesional dan bermutu kepada pasien. Mengikuti pelatihan-pelatihan agar dapat memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien rawat inap yang membutuhkan keperawatan.

2) Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil tugas akhir ini dapat memberikan tambahan pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan serta meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan khususnya Keperawatan Medikal Bedah.

3) Bagi Pasien dan Keluarga Pasien

Diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami dan mengenal lebih dalam lagi mengenai penyakit Diabetes Mellitus tipe 2 dan bagaimana pencegahan, perawatan serta pengobatan pada penyakit tersebut

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, L. and Reskita, R. (2018) 'Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Fraktur', *Jurnal Kesehatan*, 9(2), p. 262. doi: 10.26630/jk.v9i2.905.
- Bhatt, H., Saklani, S. and Upadhyay, K. (2016) 'Anti-oxidant and anti-diabetic activities of ethanolic extract of *Primula Denticulata* Flowers', *Indonesian Journal of Pharmacy*, 27(2), pp. 74–79. doi: 10.14499/indonesianjpharm27iss2pp74.
- Chaidir, R., Wahyuni, A. S. and Furkhani, D. W. (2017) 'Hubungan Self Care Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus', *Jurnal Endurance*, 2(2), p. 132. doi: 10.22216/jen.v2i2.1357.
- Kardika, ida bagus wayan (2016) 'Preanalitik dan Interpretasi Glukosa Darah Untuk Diagnosis Diabetes Mellitus', pp. 1–14.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020) 'Infodatin tetap produktif, cegah, dan atasi Diabetes Melitus 2020', *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*, pp. 1–10.
- Lestari, Zulkarnain and Sijid, S. A. (2021) 'Diabetes Melitus: Review Etiologi, Patofisiologi, Gejala, Penyebab, Cara Pemeriksaan, Cara Pengobatan dan Cara Pencegahan', *UIN Alauddin Makassar*, (November), pp. 237–241.
- Muhammad Aris, A. (2014) 'Diabetes Mellitus', *Lincoln Arsyad*, 3(2), pp. 1–46.
- Novieastari, E. (2018) 'Diagnosa Keperawatan Sejahtera', *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 7(2), pp. 77–80. doi: 10.7454/jki.v7i2.137.
- Nuraisyah, F. (2018) 'Faktor Risiko Diabetes Mellitus Tipe 2', *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Aisyiyah*, 13(2), pp. 120–127. doi: 10.31101/jkk.395.
- Petersmann, A. *et al.* (2018) 'Definition, classification and diagnostics of diabetes mellitus', *Journal of Laboratory Medicine*, 42(3), pp. 73–79. doi: 10.1515/labmed-2018-0016.

Pranoto, A. and Rusman, A. (2022) 'Pengaruh Kepatuhan Diet Pada Pasien DM Tipe 2 dengan Kadar Gula Dalam Darah di Rsud dr. Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi Tahun 2022', *Jurnal Pendidikan dan Konseling*, 4(3), p. 79.

Rudy, M., Purwata, T. and Putra, I. (2018) 'Metilkobalamin sebagai analgesik ajuvanmenurunkan skala nyeri neuropati diabetik padapenderita diabetes melitus tipe 2', *Medicina*, 49(3), pp. 432–437. doi: 10.15562/Medicina.v49i3.547.

Safitri, R. (2019) 'Implementasi Keperawatan Sebagai Wujud Dari Perencanaan Keperawatan Guna Meningkatkan Status Kesehatan Klien', *Journal Keperawatan*, 3(42), pp. 23–26. Available at: <https://osf.io/8ucph/download>.

Tampubolon, K. N. (2020) 'Tahap-Tahap Proses Keperawatan Dalam Pengoptimalan Asuhan Keperawatan', *Tahap Tahap Proses Keperawatan*.

Widiasari, K. R. *et al.* (2021) 'Tatalaksana Diabetes Melitus Tipe II', *Ganeshha Medicina Journal*, 1(2), pp. 114–120.

Widodo, W. (2017) 'Monitoring of Patient With Diabetes Mellitus', *Jurnal Ilmiah Kedokteran Wijaya Kusuma*, 3(2), p. 55. doi: 10.30742/jikw.v3i2.23.

LAMPIRAN

Lampiran 1

1. Menonton TV



2. Mendengarkan musik, radio, dll

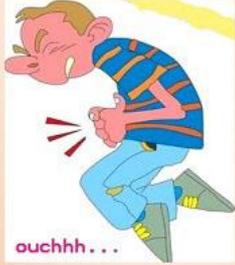


Relaksasi Nafas Dalam

1. Ciptakan lingkungan yang tenang
2. Usahakan tetap rileks dan tenang
3. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1, 2, 3
4. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks
5. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
6. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
7. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
8. Usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam
9. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri
10. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
11. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali.



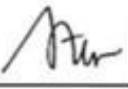
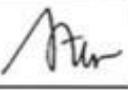
Manajemen Nyeri Nonfarmakologi



ouchhh...

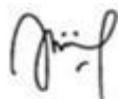
PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS

**KEGIATAN BIMBINGAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

NO	Tanggal Bimbingan	Waktu Bimbingan	Kegiatan	Paraf Pembimbing	Keterangan
1	Jum'at 21-10-2022	14.00 Wib	Konsultasi judul KIAN, sambil menunggu panduan KIAN		
2	Jum'at 21-10-2022	15.42 Wib	Konsultasi judul KIAN		
3	Minggu 30-10-2022	08.43 Wib	Konsultasi judul KIAN		
4	Selasa 01-11-2022	16.06 Wib	Konsultasi KIAN		Revisi
5	Jum'at 11-11-2022	16.00 Wib	Konsultasi Revisi KIAN		Lanjut BAB IV dan V
6	Rabu 16-11-2022	15.52 Wib	Konsultasi BAB IV dan V		Revisi
7	Kamis 17-11-2022	09.00 Wib	Konsultasi Revisi KIAN		Revisi
8	Jum'at 18-11-2022	13.00 Wib	Melaksanakan Sidang KIAN		
9	Senin 21-11-2022	15.00 Wib	Konsultasi Revisi KIAN		

Mengetahui,

**Kepala Program Studi Keperawatan (S1 &
Profesi Ners)**



Kiki Deniati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIDN.0316028302

BIODATA PENELITI



I. Data Pribadi

Nama Lengkap : Havif Feby Excel
TTL : 17 Februari 2000
Jenis Kelamin : Laki – laki
Agama : Islam
Kewarganegaraan : Indonesia
Alamat : Kp. Cibitung RT 003 RW 005 No.42 Kel.
Padurenan Kec. Mustika Jaya Kota Bekasi
No. Tlp : 085159437455
Email : Haviffebyexcel@gmail.com
Motto : *Getting a bad grade isn't the end of the word*

II. Riwayat Pendidikan

TK : TK Ibnu Batuta
SD : SDN Padurenan 01
SMP : MTSN Setu
SMA : SMAN 1 Kandang Haur
Perguruan Tinggi : STIKes Medistra Indonesia