

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Ruang : Ruang Bedah Rumah Sakit Mayjend HM
Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No. MR/CM : 23.6839

Pukul : 15.30

Tanggal pengkajian : 15April2019

1. Data Dasar

a. Identitas pasien

- 1) Nama : Ny.K
- 2) Usia : 52 Th
- 3) Status perkawinan : Menikah
- 4) Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- 5) Agama : Islam
- 6) Pendidikan : SMA
- 7) Suku : Jawa
- 8) Bahasa yang di gunakan : Indonesia
- 9) Alamat : Cempaka
- 10) Sumber Biaya : BPJS
- 11) Tanggal masuk RS : 13April2019
- 12) Diagnosa medis : Ulkus Diabetes Millitus

b. Sumber informasi (Penanggung jawab)

- 1) Nama : Ny.Nurasih
- 2) Umur : 36 th

- 3) Hubungan dengan Klien : Anak
- 4) Pendidikan : SMA
- 5) Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- 6) Alamat : Sindang Sari

2. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan masuk RS

Klien mengatakan bekerja sebagai ibu rumah tangga, suatu hari pasien ingin ke kebun lalu kaki kiri pasien tertusuk duri di bagian telapak kaki kiri sehingga telapak kaki kiri pasien terluka. Dua minggu kemudian luka tak kunjung sembuh tampak kemerahan. minggu ketiga luka tampak membengkak disertai pus dan pasien mengetahui bahwa dirinya mempunyai penyakit diabetes millitus. setelah itu, pasien dibawa keluarganya ke Unit Gawat Darurat RSD Mayjend HM Ryacudu pada tanggal 13April2019 pukul 15.30, dengan keluhan nyeri luka di telapak kaki kiri disertai bengkak dan pus, luka pada telapak kaki kiri dengan luas luka 5 cm kedalaman 3 cm, tidak nafsu makan. Tekanan darah 130/70 mmhg, Respirasi 21 x/menit, frekwensi nadi radialis 79x/menit , suhu axila 36,8 ° Celcius.Pasien di rawat di ruang penyakit dalam selama 2 hari dan luka tak kunjung sembuh kemudiandipindahkan ke ruang bedah karena akan dilakukan tindakan debridemen.

b. Riwayat kesehatan saat pengkajian

1) Keluhan utama

Saat dilakukan pengkajian tampak ada luka di telapak kaki kiri, bentuk melingkar, luas luka 5 cm kedalaman 3cm, terdapat pus dan berbau, klien mengatakan luka terasa nyeri apabila kaki digerakkan dan berkurang saat istirahat dan diberi obat. Klien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk jarum dalam waktu 4-5 menit, nyeri terasa pada bagian punggung kaki hingga ke jari-jari, nafsu makan berkurang klien

mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasa dikarenakan nyeri pada telapak kaki kiri, skala nyeri 6 (0-10).

2) Keluhan penyerta

Klien lemas, dan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri

c. Riwayat kesehatan masa lalu

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit. klien tidak memiliki alergi terhadap obat atau makanan, klien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di RS Handayani tahun 2013 karena sakit Ulkus Diabetikum

d. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan keluarga tidak memiliki riwayat diabetes.

3. Riwayat Psikososial-Spiritual

Saat pengkajian klien mengatakan tidak mengalami stress mengenai keuangan, keluarga dan pekerjaan .jika klien merasa stress klien hanya diam tidak menceritakan masalahnya .klien mengatakan keluarga klien saling mendukung dalam hal apapun. Sebelum sakit dan saat sakit klien masih bisa berkomunikasi dengan baik dengan orang-orang sekitar.klien beribadah di tempat tidur dan memiliki nilai kepercayaan yang tidak bertentangan dengan agama.

4. Lingkungan

a. Rumah

klien mengatakan, lingkungan rumah klien bersih, bebas dari polusi dan bahaya.

b. Pekerjaan

Klien mengatakan pekerjaannya sebagai ibu rumah tangga ,tidak ada bahaya dan jauh dari polusi.

5. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

a. Pola nutrisi

1) Sebelum sakit

Sebelum sakit klien tidak memiliki gangguan, makan oral 3x sehari, nafsu makan baik. Klien mengatakan mudah lapar pada malam hari.

2) Saat sakit

Saat sakit klien makan dengan oral, klien makan 3x 1 /hari. melakukan diit.

Berat badan ideal.

Diit makan:

tidak boleh makan roti tawar, makanan yang terbuat dari tepung terigu, daging berlemak.

b. Pola cairan

1) Sebelum sakit

Saat sehat asupan cairan klien oral 8-10 gelas /hari dengan 1500-2000 cc/hari

2) Saat sakit

Saat sakit klien minum air putih 5-6 gelas (1350/ml)/hari, terpasang infus Nacl 20 tpm (makro), 3 kolf/24 jam. Intake cairan \pm 1.500 cc/24 jam.

c. Pola eliminasi

1) BAK/BAB Sebelum sakit

klien BAK \pm 4-6 x/hari , dengan warna kuning kecoklatan , bau khas urine, tidak terdapat darah dan tidak disertai nyeri saat BAK. klien mengatakan BAB 1 x sehari, klien tidak ada masalah dalam berkemih dan buang air besar

2) BAK/BAB Saat sakit

Klien BAK 7 x/hari dengan warna kuning, ciri khas bau urine, tidak terdapat darah dan tidak disertai nyeri saat BAK, sekitar 1900 cc/hari. Klien mengatakan belum pernah BAB saat di rawat di Rumah sakit.

d. Pola personal hygiene

1) Sebelum sakit

Sebelum sakit klien mengatakan mandi 2 kali sehari dan oral hygiene 2 kali sehari, cuci rambut 2 kali sehari .

2) Saat sakit

Saat sakit klien mengatakan mandi 1 kali sehari di pagi hari hanya diusap saja. klien oral hygiene 1 kali sehari cuci rambut 1 kali sehari

e. Pola istirahat dan tidur

1) Sebelum sakit

Klien mengatakan tidur malam 7 jam/hari dengan waktu siang dan malam. Klien tidak menggunakan obat tidur, sebelum tidur klien biasanya menonton televisi bersama keluarga

2) Saat sakit

Klien mengatakan tidur hanya 4 jam/hari. klien tidur siang 1 jam. Klien mengatakan sulit tidur, mudah terbangun, klien sering merasa mengantuk, klien tidak puas dalam tidur dan tampak lesu.

f. Pola aktivitas dan latihan

1) Sebelum sakit

Klien mengatakan tidak mengalami keterbatasan dalam hal mandi, berpakaian dan beraktivitas sehari-hari.

2) Saat sakit

Saat sakit klien mengatakan mengalami keterbatasan dalam hal mandi, berpakaian dan beraktivitas dikarenakan luka pada kakinya .klien tirah baring, aktivitas dibantu keluarga.

g. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit nya baik risiko dan pengobatannya. klien mengatakan belum pernah merawat keluarga yang menderita diabetes mellitus.klien tidak

merokok dan tidak minum-minuman alkhol serta tidak mengonsumsi obat-obatan.

6. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan umum

Kesadaran klien composmentis GCS E4V5M6. Tekanan darah 130/80 mmHg, respirasi 21x/menit, frekwensi nadi radialis 79x/menit, suhu axila 36,8° celcius, tinggi badan 155 cm, BB 54 Kg.

1) Sistem Penglihatan

Pada saat pengkajian mata simetris, pergerakan bola mata normal, konjungtiva berwarna merah muda sclera tidak ikterik, reaksi pupil terhadap cahaya normal, lapang pandang 180°, tidak ada tanda-tanda peradangan pada mata. klien tidak menggunakan alat bantu penghilatan.

2) Sistem Pendengaran

Saat melakukan pengkajian klien tidak ada gangguan pendengaran, keadaan telinga bersih tidak ada kotoran ditelinga. klien tampak tidak memakai alat bantu pendengaran.

3) Sistem wicara

Saat melakukan pengkajian klien tidak ada kesulitan dalam berbicara.

4) Sistem pernafasan

Pada saat melakukan pengkajian pernafasan 21x/menit, tidak ada suara nafas tambahan dan tidak ada sputum yang menyumbat jalan nafas, irama pernafasan normal (vesikuler)

5) Sistem kardiovaskuler

Pada saat pengkajian frekwensi nadi radialis klien 79x/menit, irama teratur, tidak ada distensi vena jugularis, kulit terba hangat suhu axila 36,5° celcius. Pengisian kapiler CRT < 3 detik, tidak ada edema.

6) Sistem neurologi

Pada saat pengkajian GCS E4M6V5

E = Nilai 4 klien membuka mata spontan

M= Nilai 6 klien mampu mengikuti perintah

V= Nilai 5 klien mampu terorientasi

7) Sistem pencernaan

Saat melakukan pengkajian keadaan mulut klien bersih, klien tidak kesulitan menelan dan tidak muntah.

8) Sistem imunologi

Klien tidak mengalami pembesaran kelenjar getah bening

9) Sistem endokrin

Klien tidak mengalami pembesaran kelenjar tyroid, kadar gula darah sewaktu 445 mg/dl, klien sering mengeluh haus dan sering BAK tengah malam.

10) Sistem urogenital

Klien tidak mengalami distensi kandung kemih, sering BAK, tidak terpasang kateter dan tidak ada nyeri tekan

11) Sistem integumen

Pada saat melakukan pengkajian pada klien, tampak ada luka ditelapak kaki kiri, bentuk luka bulat tidak teratur, luka berwarna kemerahan dan ada jaringan nekrotik disekitar luka, luas luka 5 cm dengan keadalaman luka 3 cm, terdapat pus dan berbau.

12) Sistem muskuloskeletal

Klien mengatakan lemas, klien tampak lemah, aktivitas klien dibantu keluarga dan tampak tirah baring

Kekuatan otot

5555	5555
5555	4444

13) Pengkajian nyeri dan keamanan

Luka terasa nyeri saat digerakan dan berkurang saat istirahat, klien tampak menahan nyeri, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk jarum dalam waktu 4-5 menit ,nyeri terasa sampai ke kaki bagian bawah,klien mengatakan tidak bisak melakukan aktivitas seperti biasa dikarenakan nyeri pada kaki nya,skla nyeri 4 (0-10).

7. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3. 1

Hasil laboratorium Ny.K di ruang bedah rumah sakit Daerah HM
Mayjend Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 15-17April2019

N o	Tanggal	Nama pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
1.	15April2019	Gulkosa darah sewaktu	445 mg/dL	100-200 mg/ μ L
2.	15April2019	Leukosit	$9.45 \times 10^3 / \mu$ L	$4.01-10.0 \times 10$
3.	15April2019	Haemoglobin	10.1 g/dL	11 – 15 g/ μ L
4.	15April2019	Trombosit	386.000 / μ L	150.000- 450.000/ μ L
5.	15April2019	Eritrosit	$4.7 \times 10^6 / \mu$ L	$3.5-5.0 \times 10^6 / \mu$ L

8. Pengobatan yang diberikan pada klien :

Tabel 3. 2

Pengobatan Ny.K di ruang bedah RSD Mayjend HM Ryacudu
Kotabumi Lampung Utara Tanggal 15April2019

No	Tanggal pemeriksaan	Terapi	Dosis
1		2	3
1.	15April2019	Metronidzale (cairan infus)	3x1 500 mg/8 jam/infus
2.	15April2019	Ringer lacktat (cairan infus)	20 tpm/ 8 jam/ infus)
3.	15April2019	Ceftriaxone (ampul	2x1 100 mg/12 jam/IV
4.	15April2019	Ranitiden (ampul)	2x1 25 mg/12 jam/ IV
5.	15April2019	Ketorolac (ampul)	2x1 30 mg/8 jam/IV
6.	15April2019	Novorapid	10 unit
7.	16 April 2019	Novorapid	10 unit

9. Data Fokus

Tabel 3. 3

Data fokus dengan Gangguan rasa nyaman kasus ulkus diabetikum pada Ny.K di ruang bedah RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 15-17April2019

Data subyektif	Data obyektif
1	2
1) klien mengatakan ada luka ditelapak kaki kiri	1) klien tampak meringis
2) klien mengatakan nyeri pada luka dengan waktu 4-5 menit	2) klien tampak lesu
3) klien mengatakan nyeri luka dengan skala nyeri 6 dari (0-10)	3) luka tampak kemerahan
4) klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk jarum	4) luka berbau
5) klien mengatakan nyeri pada luka saat luka digerakan	5) tampak terdapat pus diluka
6) klien mengatakan nyeri sampai di punggung kaki menyebar ke jari-jari kaki	6) pasien tampak dibantu keluarga dalam beraktivitas
7) klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasa	7) luka tampak kemerahan
	8) bentuk luka bulat tidak teratur
	9) luas luka 5 cm dengan kedalaman 3 cm
	10) Tekanan darah 130/70 mmhg
	11) Frekwensi nadi radialis 78 x/menit
	12) Respirasi 21 x/menit
	13) Suhu 36.8 ° C
	14) Gula darah sewaktu 455 mg/dL
	15) Hemoglobin 10.1 g/dL
	16) Trombosit 386.000/ μ L
	17) Kekuatan otot
	5555 5555
	55554444

B. Analisa Data

Tabel 3. 4

Analisa data dengan Gangguan rasa nyaman kasus ulkus diabetikum pada Ny.K di ruang bedah RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 15-19 April 2019

No	Data	Diagnosa	Etiologi
1	2	3	4
1.	DS: 1) Pasien mengatakan ada luka di telapak kaki kiri 2) Pasien mengatakan luka nya berbau DO: 1) Luka tampak kemerehan 2) Tampak terdapat pus 3) Luka tampak tidak teratur berbentuk 4) Tampak ada jaringan nekrotik disekitar luka	Gangguan integritas jaringan	Perubahan sirkulasi
2.	DS : 1) Pasien mengatakan lemas dan mudah lelah DO: 1) Pasien tampak lemah 2) Pasien tampak lesu 3) Gula dara sewaktu 455 mg/Dl	Ketidakstabilan glukosa dalam	Disfungsi pancreas
3.	DS: 1) Pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk jarum 2) Pasien mengatakan nyeri pada luka berdurasi 4-5 menit dengan skala nyeri 6 dari (0-10) 3) Pasien mengatakan nyeri terasa saat digerakan DO: 1) Pasien tampak meringis menahan nyeri	Nyeri Akut	Ulkus diabetikum

C. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan integritas jaringan b.d perubahan sirkulasi d.dkerusakan jaringan
2. Ketidakstabilan glukosa darah b.d disfungsi pancreas d.d kadar glukosa dalam darah tinggi
3. Nyeri akut b.d ulkus diabetikum d.d tampak meringis

D. Rencana keperawatan

Tabel 3. 5

Tabel rencana keperawatan dengan Gangguan rasa nyaman kasus ulkus diabetikum pada Ny.K di ruang bedah RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 15-17April2019

No	Diagnosa Keperawatan	Standar luaran keperawatan indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1.	Gangguan integritas jaringan b.d perubahan sirkulasi	<p>Penyembuhan luka (L.14130) Kriteria hasil keperawatan 3 x 24 jam :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bau tidak sedap pada luka tidak ada 2) Tidak terjadi infeksi 3) Tidak ada nekrosis 4) Luka tampak bersih 5) Nyeri luka berkurang <p>Integritas kulit dan jaringan(I.02014) Kriteria hasil keperawatan 3 x 24 jam :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Suhu kulit normal 2) Sensasi pada kulit terasa 3) Elastisitas 	<p>Perawatan luka (I.11353)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memberikan perawatan luka dengan kasa steril dan NaCl 2) Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna , ukuran, bau) 3) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 4) Monitor tanda-tanda infeksi 5) Memberikan balutan sesuai dan sejenis 6) Kolaborasi dalam pemberian antibiotik <p>Perawatan integritas kulit (I.11353)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi,

1	2	3	4
			2) perubahan status nutrisi, penurunan mobilitas) 3) Monitor tanda-tanda vital dan gula darah sewaktu 4) Monitor warna kulit dan suhu kulit Monitor kulit diarea luka dalam kondisi kering atau kelembaban
2.	Ketidakstabilan glukosa dalam darah b.d disfungsi pankreas Definisi ditandai dengan hiperglikemi:	Kestabilan kadar glukosa darah (L.05022) Kriteria hasil keperawatan 3 x 24 jam : 1) Kelelahan tidak ada 2) Peningkatan glukosa darah berkurang 3) Peningkatan haus berkurang 4) Peningkatan output berkurang 5) Mulut tidak kering	Manajemen hiperglikemia (1.03115) 1) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 2) Monitor kadar glukosa darah 3) Menganjurkan kepatuhan terhadap diet 4) Kolaborasi pemberian insulin,jika perlu 5) Memberikan pengetahuan pencegahan hiperglikemia
3.	Nyeri akut b.d agen cedera fisiologis(ulkus diabetikum	Tingkat Nyeri (L.08066) Kriteria hasilkeperawatan 3 x 24 jam: 1) Tidak mengeluh nyeri 2) Frekuensi nyeri berkurang 3) Ekspresi nyeri hilang 4) Tidak gelisah Kontrol Nyeri (L.08063) Kriteria hasil keperawatan 3 x 24	Manajemen nyeri (1.08238) 1) Melakukan pengkajian secara komprehensif yang meliputi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi. 2) Mengidentifikasi factor-faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri 3) Mengajarkan manajemen nyeri 4) Kolaborasi dalam

1	2	3	4
		jam : 1) Melaporkan nyeri yang terkontrol 2) Mampu mengenali penyebab nyeri Mampu menggunakan teknik non-farmakologi	5) pemberian analgesic Pemberian analgesik (1.08243) 1) Identifikasi riwayat alergi obat 2) Monitor tanda-tanda vital Dokumentasi respons terhadap efek analgesic dan efek yang tidak diinginkan

E. Implementasi

Tabel 3. 6

Tabel catatan perkembangan dengan Gangguan rasa nyaman kasus ulkus diabetikum pada Ny.K di ruang bedah RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 15-17 April 2019

No DX	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	2	3
1.	Tanggal: 15 April 2019 Pukul 08.30 WIB 1) Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan mobilitas) Pukul 08.40 WIB 2) Memberikan perawatan luka dengan kasa steril dan NaCl Pukul 08.50 WIB 3) Monitor tanda-tanda vital dan gula darah Pukul 09.00 WIB 4) Monitor warna kulit dan suhu kulit Pukul 09.05 WIB 5) Memberikan balutan yang sesuai dan sejenis Pukul : 09.10 WIB 6) Mempertahankan jenis	Tanggal : 15 April 2019 S: Pukul : 08.35 WIB 1) Klien mengatakan ada luka ditelapak kaki kiri 2) Klien mengatakan luka berbau Pukul : 08.45 WIB 3) Klien mengatakan telah nyaman setelah diganti balutan luka O: 1) Luka telapak kaki kiri tampak kemerahan dan luas luka 5 cm 2) luka pada kaki berbau 3) luka tampak bersih 4) luka dibalut dengan kasa steril

	<p>balutan steril Pukul : 12.00 WIB 7) Kolaborasi pemberian antibiotik cefritixione 2 x1 dosis 100 mg / 12 jam (injeksi Intravena)</p>	<p>5) kaki teraba hangat disekitar luka dengan kondisi lembab 6) Tekanan darah : 130/70 mmhg 7) Nadi : 78 x/menit 8) Frekwensi pernapasan : 21 x/menit 9) Suhu: 36.8 °C A:Gangguan integritas kulit belum teratasi P:Perawatan luka (1.11353) 1) memberikan perawatan luka dengan kasa steril dan NaCl 2) Monitor warna luka 3) Monitor tanda-tanda infeksi 4) Mempertahankan teknik balutan steril 5) Monitor tanda- tanda vital dan gula darah sewaktu 6) Kolaborasi pemberian antibiotic  Yerima adi s.s</p>
2.	<p>Tanggal : 15April2019 Pukul 07.50 WIB 1) Memberikan insulin sesuai resep (10 unit) Pukul 08.00 2) Mengobservasi tanda dan gejala hiperglikemia Pukul 08.10 WIB 3) Menganjurkan pasien untuk selalu mematuhi diit yang disediakan rumah sakit (tidak boleh makan roti tawar, daging berlemak, makanan yang terbuat dari tepung terigu) Pukul 08.30 WIB 4) Memonitor kadar glukosa</p>	<p>Tanggal : 15April2019 S: Pukul 08.05 1) Pasien mengatakan mudah lesu dan lelah O: Pukul 08.15 1) Pasien tampak mematuhi diit Pukul 08.35 2) GDS 455 mg/dL A:Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi P:Manajemen hiperglikemia (1.03115) 1) Observasi tanda dan gejala</p>

	darah sewaktu	2) Memonitor kadar glukosa sewaktu 3) Memberikan pengetahuan tentang pencegahan hiperglikemia 4) Mengobservasi pasien dalam mematuhi diit DM yang disediakan rumah sakit 5) Memberikan insulin 3 unit  Yerima adi s.s
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
3.	Tanggal : 15April2019 Pukul : 11.05 WIB 1) Melakukan pengkajian secara komprehensif yang meliputi lokasi,karakteristik,durasi, frekwensi. Pukul : 11.15 WIB 2) Mengidentifikasi factor-faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri Pukul : 11.25 WIB 3) Identifikasi riwayat alergi obat Pukul : 11.35 WIB 4) Kolaborasi dalam pemberian analgesic Pemberian ketorolac 3 x 1 30mg/ 8 jam (IV) Pemberian ranitidine 2 x 1 25 mg /12 jam (IV) Pukul : 09.45 WIB 5) Monitor tanda-tanda vital	Tanggal : 15April2019 Pukul 12.15 WIB S: 1) Klien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk jarum 2) Klien mengatakan nyeri terasa durasi 4-5 menit dengan skala nyeri 6 dari (0-10) 3) Klien mengatakan nyeri terasa saat digerakan dan berkurang saat istirahat O: 1) Klien tampak tidak memiliki alergi obat 2) Klien tampak meringis 3) Tekanan darah : 130/70 mmhg 4) Frekwensi Nadi : 78 x/menit 5) Respirasi : 21 x/menit 6) Suhu: 36.8 °C A:Nyeri akut belum teratasi P:Pemberian analgesik (1.08243) dan Manajemen Nyeri (1.08238) 1) Mengajarkan

		<p>manajemen nyeri (teknik nafas dalam)</p> <p>2) Monitor tanda-tanda vital</p> <p>3) Kolaborasi pemberian analgesic</p> <p>4) Mengobservasi skala nyeri</p> <p> Yermina adi s.s</p>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
1.	<p>Tanggal : 16April2020</p> <p>Pukul : 08. 40 WIB</p> <p>1) memberikan perawatan luka dengan kasa steril dan NaCl</p> <p>Pukul : 08.45 WIB</p> <p>2) Monitor warna luka</p> <p>Pukul : 08.50 WIB</p> <p>3) Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Pukul : 08.55 WIB</p> <p>4) Mempertahankan teknik balutan steril</p> <p>Pukul : 09.00 WIB</p> <p>5) Monitor tanda- tanda vital dan gula darah sewaktu</p> <p>Pukul :11.40</p> <p>6) Kolaborasi pemberian antibiotic cefritixione 2 x1 dosis 100 mg / 12 jam (injeksi Intravena)</p>	<p>Tanggal : 16April2020</p> <p>Pukul : 09.15 WIB</p> <p>S:</p> <p>1) Pasien mengatakan lebih nyaman setelah diganti balutan</p> <p>O:</p> <p>1) Luka telapak kaki kiri masih kemerahan dan luas luka 5 cm</p> <p>2) Luka masih berbau</p> <p>3) Luka tampak lebih bersih</p> <p>4) Luka dibalut dengan kasa steril</p> <p>5) Kaki teraba hangat</p> <p>6) Kaki teraba hangat dan lembab disekitar luka</p> <p>7) Tekanan darah : 120/80 mmhg</p> <p>8) Nadi : 78 x/menit</p> <p>9) Frekwensi pernapasan : 21 x/menit</p> <p>10) Suhu: 36.8 °C</p> <p>11) Gds : 250 mg/dL</p> <p>A:Gangguan integritas jaringan mulai teratasi</p> <p>P: Perawatan luka (1.11353)</p> <p>1) Memberikan perawatan luka dengan kasa steril dan NaCl</p> <p>2) Mempertahankan</p>

		<p>teknik steril ketika mengganti balutan luka</p> <p>3) Menganjurkan pasien dan keluarga untuk mengenal mengenal tanda dan gejala infeksi</p> <p>4) Monitor tanda-tanda vital dan gula darah puasa</p> <p>5) Kolaborasi pemberian antibiotik</p> <p><u>Yerinda</u> s.s</p>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
2.	<p>Tanggal : 16 April 2019</p> <p>Pukul : 08.00 WIB</p> <p>1) Memonitor gula darah sewaktu</p> <p>Pukul : 08.05 WIB</p> <p>2) Memberikan insulin sesuai resep (10 unit)</p> <p>Pukul : 08.10 WIB</p> <p>3) Memberikan pengetahuan pencegahan hiperglikemi</p> <p>Pukul : 08.15 WIB</p> <p>4) Observasi tanda dan gejala hiperglikemi</p> <p>Pukul : 08.20 WIB</p> <p>5) Mengobservasi pasien dalam mematuhi diit DM yang disediakan rumah sakit</p>	<p>Tanggal : 16 April 2019</p> <p>Pukul : 08.25 WIB</p> <p>S:</p> <p>1) Klien mengatakan mulai tidak mudah lesu dan lelah</p> <p>O:</p> <p>1) Klien tampak mulai tidak lemah</p> <p>2) Klien tampak menjelaskan kembali kepada perawat</p> <p>3) Klien tampak mengikuti diit DM</p> <p>4) Gula darah sewaktu : 250 mg/dL</p> <p>5) Suntik insulin 3 unit</p> <p>A: Ketidakstabilan glukosa darah mulai teratasi</p> <p>P: Manajemen hiperglikemia (1.03115)</p> <p>1) Memonitor gula darah sewaktu</p> <p>2) Memberikan insulin 10 unit</p> <p>3) Mengobservasi pasien dalam mematuhi diit DM</p> <p>4) Mengobservasi tanda dan gejala</p>

Yud

		hiperglikemia Yerimia adi s.s
3.	<p>Tanggal: 16April2019 Pukul: 11.15 WIB</p> <p>1) Mengajarkan manajemen nyeri (latihan nafas dalam) Pukul: 11.20 WIB</p> <p>2) Monitor tanda-tanda vital Pukul: 11.30 WIB</p> <p>3) Kolaborasi pemberian analgesic Pemberian ketorolac 3 x 1 dosis 30mg/ 8 jam (IV) Pemberian ranitidine 2 x 1 dosis 25 mg /12 jam(IV) Pukul: 11.35 WIB</p> <p>4) Mengobservasi skala nyeri</p>	<p>Tanggal : 16April2019 Pukul : 12.05 WIB</p> <p>S:</p> <p>1) Klien mengatakan nyeri mulai berkurang 2) Klien mengatakan nyeri tertusuk-tusuk mulai hilang dengan skala nyeri 4</p> <p>O:</p> <p>1) Klien tampak mulai tidak meringis 2) Pasien tampak bisa melakukan teknik relaksasi (tarik nafas dalam) 3) Tekanan darah : 120/80 mmhg 4) Frekwensi Nadi : 78 x/meni 5) Respirasi : 21 x/menit 6) Suhu: 36.8 °C</p> <p>A: Nyeri akut mulai teratasi P:Pemberian analgesik (1.08243) dan Manajemen Nyeri (1.08238)</p> <p>1) Mengobservasi skala nyeri 2) Mengobservasi teknik relaksasi (tarik nafas dalam) 3) Kolaborasi pemberian analgesic</p> <p>Yerimia adi s.s</p>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
1.	<p>Tanggal/jam : 17April2019 Pukul : 08.35 WIB</p> <p>1) Memberikan perawatan luka dengan kasa steril dan NaCl</p>	<p>Tanggal : 17April2019 Pukul : 09.00 WIB</p> <p>S :</p> <p>1) Pasien mengatakan nyaman setelah</p>

<p>Pukul : 08.40 WIB</p> <p>2) Mempertahankan teknik steril ketika mengganti balutan luka</p> <p>Pukul : 08.45 WIB</p> <p>3) Menganjurkankan pasien dan keluarga untuk mengenal mengenal tanda dan gejala infeksi</p> <p>Pukul : 08.50 WIB</p> <p>4) Monitor tanda-tanda vital dan gula darah</p> <p>Pukul : 11.40 WIB</p> <p>5) Kolaborasi pemberian antibiotik cefritixione 2 x1 dosis 100 mg / 12 jam (injeksi Intravena)</p>	<p>diganti balutan</p> <p>O:</p> <p>2) Luka telapak kaki kiri masih kemerahan dan luas luka 5 cm</p> <p>3) Luka berbau</p> <p>4) Luka tampak lebih bersih</p> <p>5) Luka dibalut dengan kasa steril</p> <p>6) Kaki teraba hangat</p> <p>7) Kaki teraba hangat dan lembab disekitar luka</p> <p>8) Tekanan darah : 120/70 mmhg</p> <p>9) Nadi : 78 x/menit</p> <p>10) Frekwensi pernapasan : 21 x/menit</p> <p>11) Suhu: 36.8 °C</p> <p>12) Gds : 250 mg/dL</p> <p>A: Gangguan integritas jaringan teratasi</p> <p>P: lanjutkan Intervensi</p> <p>1) Memberikan perawatan luka dengan kasa steril dan NaCl</p> <p>2) Mempertahankan teknik steril ketika mengganti balutan luka</p> <p>3) Kolaborasi dalam pemberian antibiotik</p> <p>4) Monitor tanda-tanda vital</p> <p></p> <p>Yerimia adi s.s</p>
--	--

2.	<p>Tanggal : 17April2019</p> <p>Pukul : 08.00 WIB</p> <p>1) Memberikan insulinsesuai resep (8 unit)</p> <p>Pukul : 08.05 WIB</p> <p>2) Memonitor gula darah sewaktu</p> <p>Pukul : 08.10 WIB</p> <p>3) Mengobservasi pasien dalam mematuhi diit DM</p> <p>Pukul : 08 15 WIB</p> <p>4) Mengobservasi tanda dan gejala hiperglikemia</p>	<p>Tanggal : 17April2019</p> <p>Pukul : 08.20 WIB</p> <p>S:</p> <p>1) Klien mengatakan tidak lesu dan lemah</p> <p>O:</p> <p>1) Klien tampak tidak lemah</p> <p>2) Klien tampak mengikuti diit DM</p> <p>3) Gula darah sewaktu : 120 mg/dL</p> <p>A: Ketidakstabilan glukosa darah teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>1) Memonitor gula darah sewaktu</p> <p>2) Mengobservasi pasien dalam mematuhi diit DM</p> <p></p> <p>Yerimia adi s.s</p>
3.	<p>Tanggal :17April2019</p> <p>Pukul : 11.30 WIB</p> <p>1) Mengobservasi skala nyeri</p> <p>Pukul : 11.35 WIB</p> <p>2) Mengobservasi teknik relaksasi (latihan nafas dalam)</p> <p>Pukul :11.50 WIB</p> <p>3) Kolaborasi pemberian analgesic</p> <p>4) Pemberian ketorolac 3 x 1 dosis 30mg/ 8 jam (IV)</p> <p>5) Pemberian ranitidine 2 x 1 dosis</p>	<p>Tanggal : 17April2019</p> <p>Pukul :12.00</p> <p>S:</p> <p>1) Klien mengatakan nyeri berkurang saat diberi obat</p> <p>2) Klien mengatakan nyeri tertusuk-tusuk mulai hilang timbul dengan skala nyeri 2</p> <p>O:</p>

	<p>25 mg /12 jam(IV)</p> <p>Pukul :11.55</p> <p>6) Monitor tanda-tanda vital</p>	<ol style="list-style-type: none">1) Klien tampak mulai tidak meringis2) Pasien tampak bisa melakukan teknik relaksasi (latihan nafas dalam)3) Tekanan darah : 120/70 mmhg4) Frekwensi Nadi : 78 x/meni5) Respirasi : 20 x/menit6) Suhu: 36.8 °C <p>A: Nyeri akut teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none">1) Mengobservasi skala nyeri2) Kolaborasi pemberian analgesic3) Monitor tanda-tanda vital <p> Yerima adi s.s</p>
--	---	---