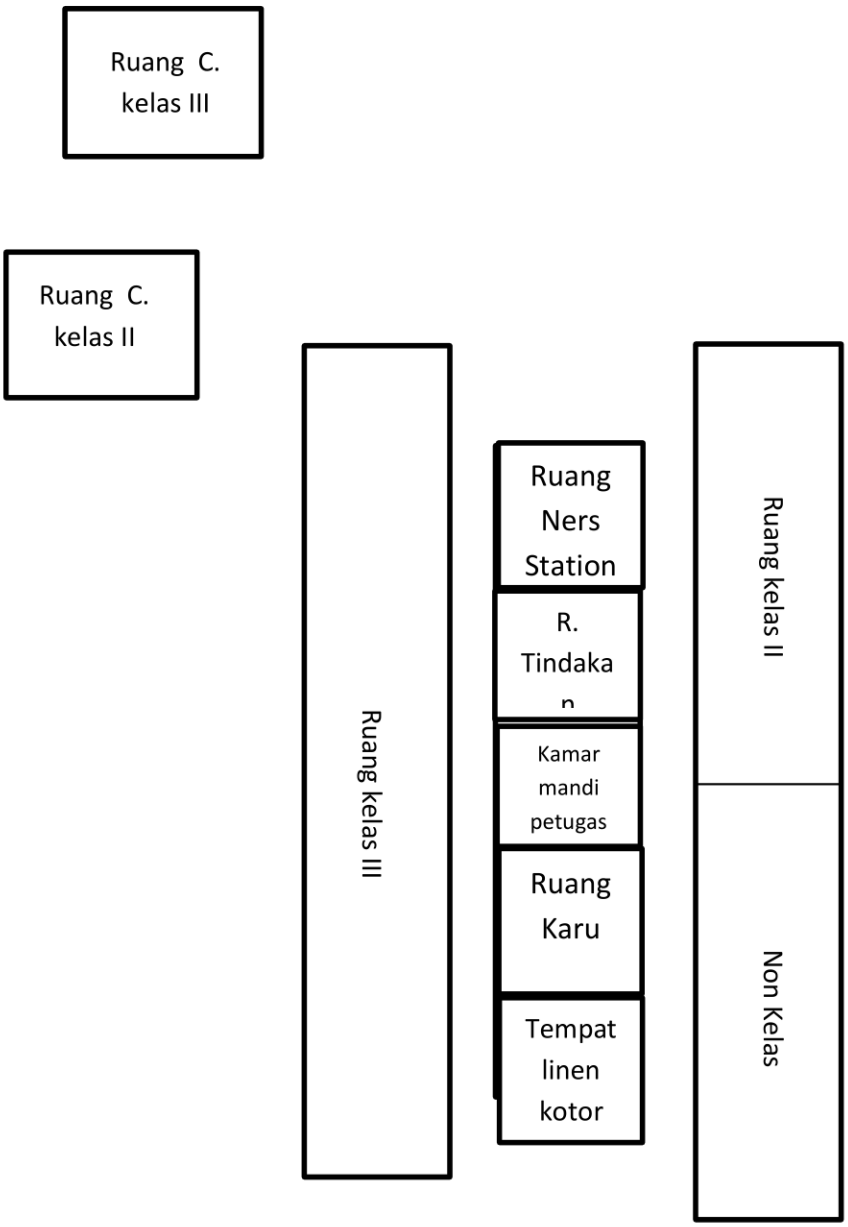
BAB IV
HASIL PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambar Lokasi Pengambilan Data

Penelitian ini dilakukan di RSUD Bangkinang di jalan Lingkar yang telah ditetapkan menjadi rumah sakit pusat rujukan Tipe B untuk wilayah Kabupaten Kampar. Lokasi penelitian asuhan keperawatan klien yang mengalami diabetes mellitus tepatnya di Ruang Pejuang Bilal Bin rabah1/**3** RSUD Bangkinag. Jumalah ruangan dan pelayanan, kapasitas ruang rawat ada 11 ruangan dengan 8 dokter spesialis, Penyakit dalam 3, 2 dokter sdi paru, 1 di saraf, 1 kulit, dan 1 dokter di mata. Pelayanan Jumlah tempat tidur di Ruang Pejuang sebanyak 44 tempat tidur terdiri dari kelas 2, kelas 3 dan non kelas. Jumlah perawat di Ruang Pejuang ada 19 orang. Data dari Ruang Pejuang RSUD Bangkinang pada tahun 2019.

Berikut denah Ruang Pejuang RSUD BANGKINANG :



Gambar 4.1 Denah Ruang Pejuang RSUD BANGKINANG

FORMAT PENGKAJIAN

KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

TANGGAL PENGKAJIAN : 23 – APRIL - 2019

2 . PENGKAJIAN

a. Identitas Pasien

Nama	: Tn. P
Umur	: 52 Thn
Pendidikan	: SD
Suku Bangsa	: Indonesia
Pekerjaan	: BURUH
Agama	: ISLAM
Status Perkawinan	: Kawin
Alamat	: LIANTAN
No. Telp / HP	: 082356789545
No. Medical Record	: 170031
Ruang Rawat	: BILAL BIN RABAH1
Golongan Darah	: B

b. Penanggung Jawab

Nama	: Ny.R
Pekerjaan	: IRT
Alamat	: LIANTAN
No. Telp / HP	: -

c. Data Saat Masuk RS

Tanggal Masuk RS : 19 -04-2019

Jam Masuk RS : 16.52

Yang Mengirim/Merujuk : Datang sendiri

Cara Masuk : IGD

Alasan Masuk/Chief Complain : Sakit

Diagnosa Medis Saaat Masuk : Dm

Ruang Rawat : Pejuang, Bilal Bin Rabah/3

Diagnosa Medis

saat pengkajian : DM + Anemia

d. Riwayat Kesehatan Sekarang

1) Keluhan Utama / Gejala : Pasien mengatakan di bawa kerumah sakit pada sore hari, pasien mengatakan ada luka di sekitar diaerah bawah bokong, pasien mengatakan kurang nafsu makan, pasien mengatakan susah menelan makanan, akhir-akhir ini pasien berat badan nya terus menurun, pasien mengatakan susah tidur.
2) Kondisi atau keadaan klien saat pengkajian (menggunakan alat bantu, jelaskan) :
   Pasien terlihat lelah, lemas, pasien kurang nafsu makan, pasien kurang kooperatif, pasien menggunakan alat bantu infus nacl 20 tetes per menit.

a. Riwayat Pengobatan Terakhir

Apakah sudah berobat (√) Ya ( ) belum

Bila berobat kemana : RS

Penanganan yang diterima (√) Dirawat ( ) Obat-obatan

(√) Berobat jalan ( )

Bila dirawat dimana : RSUD Bangkinang

f. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

1) Penyakit yang pernah diderita : Pasien mengatakan pernah mengalami Asam Urat
2) Penyebab penyakitnya : Tidak Ketahui
3) Apakah sudah berobat (√) Ya ( ) Tidak
   Bila sudah kemana : Puskesmas/Rsud

   Penanganan yang diterima (√) Dirawat

   ( ) Berobat jalan

   ( ) Obat-obatan

   Bila berobat jalan : Obat-obatan yang diterima

   Tidak di ketahui

   Bila dirawat : Alasan dirawat

   Ingin Cepat sembuh penyakitnya

   Tindakan yang dilakukan : __

   Sembuh (√) Ya ( ) Tidak

4) Pernah dioperasi ( ) Ya (√) Tidak
   Bila pernah,

   Kapan : __

   Tempat : __

   Lokasi Operasi: __

5) Alergi ( ) Ya (√) Tidak

   Jika Ya pada ( ) makanan

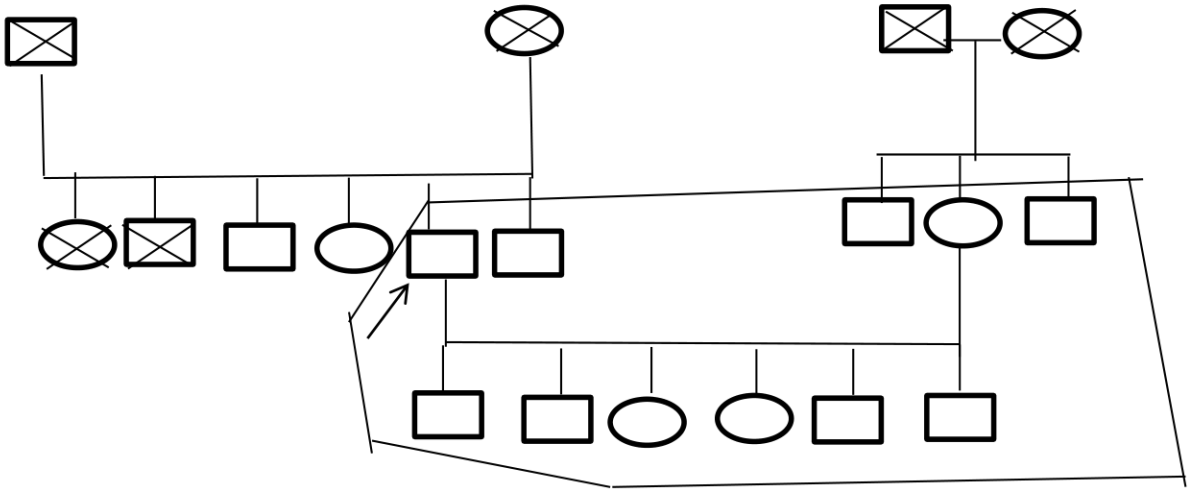
   ( ) Obat

   ( ) lain-lain

   Jelaskan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

g. Riwayat Kesehatan Keluarga

1) Kejadian penyakit keturunan/menular/lain-lain : Riwayat kesehatan keluarga pasien, tidak ada yang mengalami masalah penyakit keturunan atau menular
2) Genogram keluarga
   Contoh :



Keterangan :

: Laki - Laki

: Perempuan

: Meninggal

: Yg sakit

: Serumah

h. Riwayat Psikososial dan Spiritual

1) Psikologis

Suasana hati / mood : Baik

Karakter : Ramah

Keadaan emosional : Terkontrol Baik

Konsep diri : Baik

Persepsi pasien terhadap penyakitnya :

a) Hal yang amat dipikirkan saat ini :
Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan berkumpul dg keluarganya

b) Harapan setelah menjalani perawatan :
Lekas sembuh dan bolehin pulang

c) Perubahan yang dirasakan setelah sakit :
Susah tidur badan lemah

d) Mekanisme koping : Bahagia, santun, pendiam, baik, tidak terganggu (karakter orang)

2) Sosial

a) Orang yang terdekat dengan pasien : Istri
b) Hubungan antar keluarga : Baik
c) Hubungan dengan orang lain : Baik
d) Perhatian terhadap orang lain : Baik
e) Perhatian terhadap lawan bicara : Baik
f) Kegemaran / Hobi : Foot ball

3) Spiritual

a) Pelaksanaan Ibadah : Kadang- kadang melakukan sholat selama waktu sakit
b) Kepercayaan / keagamaan dan aktivitas keagamaan yang ingin dilakukan
c) Sebelum masuk ke RSUD klien rajin ke masjid melakukan ibadah sholat
d) Keyakinan kepada tuhan : Sangat percaya ALLAH SWT
e) Lain – lain, jelaskan : Pasien dan keluarga mempunyai keyakinan dan berdoa untuk kesembuhan
f) Keluhan Lain : Tidak ada keluhan
g) Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

i. Pola Kesehatan Fungsional

1). Pola Nutrisi dan Cairan

a) Makan

(1) Sehat

Pola makan : 3 xSehari

Makan pantangan : Daging Sapi dan daging Kamping sama makanan yang manis.

Makanan kesukaan : Ayam goreng, rendang ayam

Diet Khusus : Tidak ada masalah

(2) Sakit

Pola makan : 3 x sehari sedikit tapi sering

Diet : MB (makanan biasa)

Keluhan ( ) Anoreksia

( ) Nausea

( ) Vomitus

(√) Disphagia

Makanan pantangan : Hindari makanan yang bermanis

Perubahan Berat Badan ( ) Tetap ( ) Meningkat

(√) Menurun

Keluhan lain : Berat badan pasien 58 kg dari ukuran waktu sehat 84 kg

b) Cairan / Minum

(1) Sehat

Pola minum : 4 – 5 Liter dalam sehari

Minuman kesukaan : Kopi – teh manis

(2) Sakit

Intake cairan (√) Oral :
……

( ) NGT :
……

( ) Parenteral :
……

( ) Total :
……

Keluhan lain : Tidak ada keluhan

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

.

2). Pola Eliminasi

a) BAK

(1)Sehat

Jumlah Urine : 600 CC

Warna : Kuning

Bau : Berbau khas

Pola BAK : Tidak menentu

( ) Urgency ( ) Dysuria

( ) Polyuria ( ) Anuria

(√) Olygouria

( ) Urinary suppression

Masalah eliminasi urine ( ) Retensi urine

( ) Inkontinensia urine

( ) Enuresis

( ) Nokturia

( ) Hematuri

(2)Sakit

Jumlah urine : 800 CC

Bau : Berbau Khas

Volume :
……
……

Warna : Kuning Pekat

Pola BAK ( ) Urgency ( )Dysuria

( ) Polyuria ( ) Anuria

( ) Urinary Supresion ( ) Oligouri

Masalah eliminasi urine ( ) Retensi urine ( ) Enuresis

( ) Inkontinensia urine ( ) Nokturia

( ) Hematuri

Keluhan lain : Tidak ada

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

b) BAB

(1) Sehat

Konsistensi : Lunak dan berbentuk

Bentuk : Sesuai ukuran rektum

Lendir ( ) Ada (✓) Tidak

Darah ( ) Ada (✓) Tidak

Masalah Eliminasi Bowel (✓) Tidak ada

( ) Melena

( ) Diare

( ) Konstipasi

( ) fecal Infection

( ) Inkontinensia Alvi

( ) Kembung

( ) Hemoroid / nyeri saat BAB

Pemakaian laksatif ( ) Ya (✓) Tidak

(2) Sakit

Konsistensi : Lunak

Warna : Kecoklatan

Bau : Khas Feces

Pola Defekasi : 2 x/ hari

Bentuk : Sesuai ukuran rektum

Jumlah : 1 x/ hari

Masalah Eliminasi Bowel ( ) Diare

( ) Konstipasi

( ) fecal Infection)

( ) Inkontinensia Alvi

( ) Kembung

( ) Hemoroid / nyeri saat BAB

Keluhan lain : Tidak ada

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan yang di timbulkan

3). Pola Aktivitas / Latihan

a) Sehat

Pola aktivitas sehar –hari : Bekerja

Latihan fisik

Jenis : Mengangkat beban berat

Frekuensi : Bertani

Lama : Tidak ada

Aktivitas yang membuat

lelah : 5 jam

Gangguan pergerakan

Penyebab : Tidak ada

Gejala : Bekerja terlalu lama

Efek : Tidak ada

b) Sakit

Pola aktivitas sehari–hari : Berbaring di tempat tidur

Latihan fisik

Jenis : Tidak ada

Frekuensi : Tidak ada

Lama : Tidak ada

Aktivitas yang membuat

lelah : Terlalu lama berbaring

Gangguan pergerakan

Penyebab : Tidak ada

Gejala : Tidak ada

Efek : tidak ada

Keluhan lain : Tidak ada

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4). Pola Istirahat Tidur

a) Sehat

Pola tidur : Nyenyak

Malam : ± 8 jam /hari

Siang : ± 4 jam /hari

Total : 12 jam /hari

Gangguan tidur ( ) Insomnia ( ) Hypersomnia

( ) Parasomnia ( ) Narcolepsy

( ) Mendengkur dan Apnoe tidur

( ) Mengigau

Dampak pola tidur (✓) Segar ( ) Tidak ada

Alat bantu tidur ( ) Obat ( ) Tidak ada

b) Sakit

Pola tidur : Tidak nyaman

Malam : ± 3 jam /hari

Siang : ± 2 jam /hari

Total : 5 jam /hari

Gangguan tidur (√) Insomnia ( ) Hypersomnia

( ) Parasomnia ( ) Narcolepsy

( )Mendengkur dan Apnoe tidur

( ) Mengigau

Dampak pola tidur ( ) Segar ( ) ……...

Alat bantu tidur ( ) Obat ( ) ……...

Keluhan lain : Tidak ada

Masalah keperawatan : Gg. Pola tidur

5). Personal Hygiene

a) Sehat

Mandi : 2x /hari

Gosok gigi : 2x /hari

Cuci Rambut : 2x /hari

Potong kuku : 1x saminggu

Hambatan pemenuhan

Kebutuhan personal

Hygiene : Tidak ada masalah

b) Sakit

Mandi : Di bantu 1x sehari

Gosok gigi : Tidak ada

Cuci Rambut : Di bantu

Potong kuku : Tidak ada

Hambatan pemenuhan Kebutuhan personal -

Hygiene : Terpasang slang infus

Keluhan lain : Tidak ada

Masalah keperawatan : Gg. Pemenuhan personal Hygiene

j. Catatan Khusus

1) Apakah pasien mengerti tentang penyakit yang di deritanya (√) Ya ( ) Tidak

2) Bila dulu pernah di rawat, macam kegiatan perawatan apa yang dirasakan terganggu: Tidak ada

3) Bagaimanan hubungan suami istri sebelum dan sesudah sakit : Hubungan klien dengan keluarganya baik dan perhatian, lawan bicara juga baik, klien dapat bekerja sama dg baik saat di ajak bicaraoleh perawat, sehingga sangat membantu dalam perawatan klien sendiri.

4) Apakah ada pertanyaan yang diajukan ( ) Ya (√) Tidak

5) Bila ada : Tidak ada

k. Pemeriksaan Fisik

1) Umum

Keadaan Umum ( ) Baik ( ) Cukup ( ) Sedang

( ) Buruk ( ) Dyspnea (√) Nyeri

Tingkat Kesadarn (√) Komposmentis ( ) Apatis

	( ) Somnolen	( )Delirium
	( ) Sopor	( ) Koma
Tinggi Badan	: 165 cm	
Berat Badan	: 58 kg	
Masalah Keperawatan	: Tidak ada masalah	

2) Tanda-tanda vital

Suhu	: 36,4'c
Nadi	: 80
Pernafasan	: 22 x/m
Tekanan Darah	: 130/80 mmHg

3) Integumen

Kulit

Inspeksi	**:**	
Kebersihan kulit	(✓) Bersih	( ) Kotor
Warna kulit	( ) Normal	( ) Coklat
	( ) Pucat	( ) Ikterik
	( ) Merah	( ) Albinisme
	( ) Sianosis	( ) Ptechie
Lesi	(✓) Ya	( ) Tidak
Jaringan Parut	( )Ya	(✓) Tidak
Edema	( ) Ya	(✓) Tidak
Kelembaban	( ) Lembab	( ) Berminyak
	( ) Kering	( ) Normal
Lain-lain	: Tidak ada	

Palpasi

Suhu	(√) Dingin	( ) Hangat
Tekstur	( ) Halus	( ) Kasar
Turgor	(√) Baik	( ) Menurun
Lain-lain	: Tidak ada	
Masalah Keperawatan	: Tidak ada masalah	

4) Kuku

Inspeksi :

Warna	(√) Normal	( ) Sianosis	( ) Pucat
Bentuk	(√) Normal		( ) Tidak
Lesi	(√) Ada		( ) Tidak
Keadaan	(√) Bersih		( ) Kotor

Palpasi :

Capillary Refill	( ) Normal	(√) Lambat
Lain-lain	: Lambat 3 detik	
Masalah Keperawatan	: Tidak ada masalah	

5) Rambut dan Kepala

Inspeksi :

Kuantitas	(√) Tipis		( ) Lebat
Distribusi	(√) Normal	( ) Jarang	( ) Alopesia

Palpasi :

Tekstur	(√) Halus	( ) Kasar
Kulit Kepala	(√) Normal	( ) Peradangan
	( ) Tumor/ Pembengkakan	( ) Lesi

( ) Nyeri tekan

Keadaaan rambut (√) Bersih ( ) Pecah-pecah

( ) Pediculosa ( ) Ketombe

( ) Kotor ( ) Rontok

Tekstur ( ) Halus ( ) Kasar

Lain-lain : Tidak ada

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah yang timbul

6) Wajah / Muka

Inspeksi :

Simetris ( ) Ya (√) Tidak

Ekspresi Wajah ( ) Emosi ( ) tidak (√) Meringis

Kelainan ( ) Jerawat ( ) Kanker ( ) Pucat

7) Leher

Inspeksi :

Warna (√) Normal ( ) Icterus

( ) Jaringan Parut ( ) Merah

( ) Pembengkakan

Palpasi :

Leher ( ) Panas (√) Nyeri tekan

Kelenjar Limfe Submandibula ( ) Membesar (√) Tidak

Kelenjar Tiroid ( ) Membesar/gondok (√) Tidak

JVD ( ) Ya (√) Tidak

Lain-lain :Tidak ada

Masalah Keperawatan : Gg. Rasa nyaman nyeri

8) Thorax/ Dada dan Paru-paru

Inspeksi :

Postur	(√) Normal	( ) Elevasi klavikula
Bentuk	(√) Normal	( ) Pigeon Chest
	( ) Funnel Chest	( ) Barel Chest
Pola Nafas	( ) Eupnea	( ) Cheyne Stokes
	( ) Takipnea	( ) Biot's
	(√) Bradipnea	( ) Kusmoul
	( ) Apnea	( ) Apneustik
	( ) Hiperventilasi	
Sifat Pernafasan	(√) Dada	( ) Perut
Retraksi Interkostalis	( ) Ada	( ) Tidak
Batuk	( ) Ya	(√) Tidak
	( ) Sputum	( ) Darah
Palpasi	(√) Normal	( ) Nyeri tekan
	( ) Massa	( ) Peradangan
Ekspansi Paru pada sisi kanan dan kiri	(√) Simetris	( ) Asimetris

Taktil Fremitus

Anterior	(√) Normal	( ) Keras	( ) Lemah
Posterior	(√) Normal	( ) Keras	( ) Lemah

Perkusi Paru ( ) Resonan/ Normal ( ) Pekak ( ) Timpani

Auskultasi :

Bunyi Nafas (√) Vesikuler ( ) Bronkovesikuler

( ) Bronkeal ( ) Trakeal

( ) Ronchi kering ( ) Wheezing

( ) Ronchi basah / Roles

Lain-lain : Tidak ada

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

9) **Payudara**

Inspeksi (√) Normal ( ) Tidak

Palpasi (√) Normal ( ) Pembengkakan

Lain-lain : Tidak ada

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah yang di timbulkan

10) **Kardiovaskuler**

Inspeksi :

Pulsasi Apikal ( ) Terlihat (√) Tidak terlihat

Perkusi ( ) Redup

Auskultasi :

Murmur ( ) ya (√) Tidak

Bunyi Jantung :

S1 (√) Normal ( ) Tidak

S2 (√) Normal ( ) Tidak

Bunyi Tambahan ( ) S3 ( ) S4

Lain – lain : Tidak ada

Masalah Keperawata : Tidak ada masalah keperawatan yang di timbulkan

11) Abdomen / Perut

a) Abdomen

Inspeksi	(√) Normal	( ) Pembesaran
	( ) Jaringan Parut	( ) Vena-vena
Auskultasi	:	
Bising Usus	( ) Terdengat	(√) Sangat lambat
	( ) Tidak ada	( ) Hiperaktif
Perkusi	:	
Hepar	( ) Pekak	( ) ……
Limpa	( ) Redup	( ) …….....
Abdomen	( ) Tymphani	( ) …….....
Palpasi Ringan	(√) Normal	( ) Massa
	( ) Nyeri tekan	( ) Distensi bladder

b) **Anus** (√) Normal ( ) Hemoroid
( ) Lesi ( ) Kemerah-merahan

Lain –lain : Tidak ada masalah

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

12) Genitalia

Inspeksi	(√) Normal	( ) Tidak, sebutkan
Kateter	( ) Terpasang	(√) Tidak
Palpasi	(√) Normal	( ) Hernia
	( ) Lesi	( ) Nyeri tekan

Lain-lain : Tidak ada

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

13) Muskuloskeletal

Inspeksi

Otot : Ukuran (√) Normal ( ) Atrofi ( ) Hipertrofi

Kontraktur ( ) Ya (√) Tidak

Tremor ( ) Ya (√) Tidak

Tulang (√) Normal ( ) Deformitas

Tulang Belakang (√) Normal ( ) Kifosis ( ) Skoliosis

( ) Lordosis ( ) Fraktur

Sendi (√) Normal ( ) Bengkak ( ) Krepitasi

ROM (√) Normal ( ) Terbatas

Palpasi :

Otot (√) Normal ( ) Flasiditas ( ) Spastisitas

Tulang (√) Normal ( ) Nyeri tekan

( ) Pembengkakan

Sendi (√) Normal ( ) Nyeri tekan

( ) Bengkak

Lain-lain : Tidak ada

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

14) Persarafan / Neurologi

GCS (3 – 15):

Orientasi (√) Orang ( ) Tempat ( ) Waktu

Atensi ( ) Baik ( ) Tidak

Berbicara (√) Normal ( ) Tidak

Sensasi (√) Nyeri ( ) Sentuhan

( ) Tekanan ( ) Suhu

Penciuman (√) Baik ( ) Tidak berfungsi

Pengecapan (√) Baik ( ) Tidak baik

Ingesti-digesti : Mengunyah ( ) Mampu (√) Tidak

: Menelan ( ) Mampu ( ) Tidak

Gerakan : Berjalan (√) Mampu ( ) Tidak mampu

Parestesia pada:

Kejang ( ) Ya ( ) Tidak

Lain-lain : Tidak ada

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

l. Hasil Pemeriksaan Diagnostik (19 – 04 - 2019)

1) Hb : 5.1 gr/dl
2) LED : 6 mm/jam
3) Eritrosit: 10^ 6/mm^3
4) Lekosit: 4.32 10^3/mm^3
5) Trombosit: 408
6) Glukosa darah: 488

m. Program/ Therapi Dokter :

1) INVD Nacl 0,9% / 20 tetes per menit
2) inj Ceftriaxon 1 gr
3) inj Lansopazol
4) asetolsistan 3x1
5) asam folat inj
6) Vit albumin3x1

n. Catatan Tambahan : -

Bangkinang, 23–April-2019

EKI HUSYAINI

ANALISA DATA DAN DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS (SUBJEKTIF DAN OBJEKTIF)	MASALAH	PENYEBAB
1.	Data Subjektif : - Pasien mengatakan nafsu Makannya berkurang - Pasien mengatakan akhir-akhir ini badanya terus menurun Data Objektif : - Diit nasi lunak/lembek yang disajikan dari Rumah Sakit hanya habis 3 sondok makan. - Pasien tampak lemas, mukosa bibir kering - Pasien tampak kesakitan saat menelan ,minum atau makan, dan meringis kesakitan saat menelan - BB : 58 Kg dari 84 kg	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Kurang asupan makanan
	Data Subjektif : - Pasien mengatakan nyeri pada luka lecet diaerah pantat seperti terasa tertusu tusuk jarum selama 5 menit - Pasien mengatakan ada luka lecet diaerah bawah bokong dengan ukuran luka ø 4 cm Data objektif : - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak meringis kesakitan - Skala nyeri pasien pada rentang 4 dengan kategori berat. - Pemeri**ksaan TTV pasien :** **TD : 130**/80 mmHg N : 80 x/m RR : 22 x/m - Suhu : 36.4'c	Gangguan rasa nyaman nyeri b/d	Integritas kulit
	Data subjektif : - Pasien mengatakan akhir-akhir ini merasa khawatir terhadap glukosa darahnya. Data objektif : - Pasien tampak cemas - Tampak gelisah - KGD 488 mg/dL - TTV klien :	Resiko tinggi terhadap Perubahan persepsi sensori-perseptual b/d	Ketidak seimbangan glukosa

	TD : 130/80 mmHg N : 80 x/m RR : 22 x/m Suhu : 36.4'c		

2. DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO	DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN (BERDASARKAN PRIORITAS MASALAH)	TANDA TANGAN
1	Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d penurunan masukan oral	
2	Gangguan Rasa nyaman Nyeri b/d Integritas kulit	
3	Resiko tinggi terhadap Perubahan persepsi sensori-perseptual b/d ketidakseimbangan glukosa	

3. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Pasien : Tn. P Nomor Register : 170031

Umur : 52 Tahun Ruangan / Kamar : Bilal Bin Rabah1/3

NO	TGL/JAM	DIGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL
1	13.25 23-04-2019	Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d penurunan masukan oral	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam pola tidur menjadi baik kembali dengan kriteria hasil : a. Mencerna jumlah kalori/nutrient yang tepat b. Menunjukkan tingkat energi biasanya c. Mendomenstrasikan berat badan stabil atau penambahan kea rah rentang biasanya/yang diinginkan dengan nilai laboratorium normal.	a) Timbang berat badan setiap hari atau sesuai dengan indikasi. b) Tentukan program diet dan pola makan pasien dan bandingkan dengan makanan yang dapat dihabiskan pasien. c) Auskultasi bising usus, catat adanya nyeri abdomen/perut kembung, mual, muntahan makanan yang belum sempat dicerna, pertahankan keadaan puasa sesuai dengan indikasi. d) Beri cairan yang mengandung zat makanan (nutrien) dan elektrolit dengan segera jika pasien sudah dapat mentoleransinya melalui pemberian cairan melalui oral. Dan selanjutnya terus mengupayakan pemberian makanan yang lebih padat sesuai dengan yang dapat	a) Mengkaji pemasukan makanan yang adekuat (termasuk absorbs dan utilisasinya) b) Mengidentifikasi kekurangan dan penyimpangan dari kebutuhan teraupetik c) Hiperglikemia dan gangguan keseimbangan cairan dan elektroloit dapat menurunkan motilitas/fungsi lambung (distensi atau ileus paralitik) yang akan mempengaruhi pilihan intervensi. d) Pemberian makanan melalui oral lebih baik jika pasien sadar dan fungsi gastrointestinal baik.

				ditoleransi. e) Identifikasi makanan yang disukai/ dikehendaki termasuk kebutuhan etnik/kultural. f) Libatkan keluarga pasien pada perencanaan makan ini sesuai dengan indikasi. g) Observasi untuk tanda hipoglikemia. Seperti perubahan tingkat kesadaran. Kulit lembab/dingin. Denyut nadi cepat, lapar. Peka rangsang. Cemas, sakit kepala, pusing, sempoyongan. Kolaboratif: a) Lakukan pemeriksaan gula darah dengan menggunakan "Finger stick" b) Pantau pemeriksaan laboratorium, seperti glukosa darah, aseton, pH,	e) Jika makanan yang disukai pasien dapat di masukkan dalam perencanaan makan, kerja sama ini dapat diupayakan setelah pulang f) Meningkatkan rasa keterlibatannya: memberikan informasi pada keluarga untuk memahami kebutuhan nutrisi pasien. g) Karena metabolisme kabohidrat mulai terjadi (gula darah akan berkurang, dan sementara tetap diberikan insulin maka hipoglikemi dapat terjadi. Jika pasien dalam keadaan koma, hipoglikemia mungkin terjadi tanpa memperlihatkan perubahan tingkat kesadaran. Kolaboratif: a) Analisa di tempat tidur terhadap gula darah lebih akurat (menunjukkan keadaan saat dilakukan pemeriksaan) dari pada memantau gula dalam urine (reduksi urine) yang tidak cukup akurat untuk mendeteksi fluktuasi kadar gula darah dan dapat dipengaruhi oleh ambang ginjal pasien secara individual atau adanya retensi urine/gagal ginjal. b) Gula darah akan menurun perlahan dengan penggantian cairan dan

				dan HCO3	terapi insuin terkontrol. Dengan pemberian insulin dosis optimal, glukosa kemudian dapat masuk ke dalam sel dan digunakan untuk sumber kalori.
				c) Berikan pengobatan insulin secara teratur dengan metode IV secara intermiten atau secara kontinu. Seperti bolus IV diikuti dengan tetesan yang kontinu melalui alat pompa kira-kira 5-10 UI/jam sampai glukosa darah mencapai 250 mg/dl.	c) Insulin regular memiliki awitan cepat dan karenanya dengan cepat pula dapat membantu memindahkan glukosa kedalam sel.
				d) Beri larutan glukosa, misalnya dekstrosa dan setengah salin normal	d) Larutan glukosa ditambahkan setelah insulin dan cairan membawa gula darah kira-kira 250 mg/dl. Degan metabolisme karbohidrat mendekati normal, perawatan harus diberikan untuk menghindari terjadinya hipoglikemia.
				e) Lakukan konsultasi dengan ahli diet.	e) Sangat bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien: menjawab pertanyaan dan dapat pula membantu pasien atau orang terdekatdalam mengembangkan perencanaan makanan.
				f) Berikan diet kira-kira 60% karbohidrat, 20% protein, dan 20% lemak dalam penataan makan/pemberian makanan tambahan	f) Komplek karbohidrat (seperti jagung, wortel, brokoli, buncis, gandum, dll.) menurunkan kadar glukosa/kebutuhan insulin, menurunkan kadar kolesterol darah dan meningkatkan rasa kenyang.

				g) Berikan obat metaklopramid (reglan): tetrasiklin.	Pemasukan makanan akan dijadwalkan sesuai karakteristik insulin yang spesifik (mis., efek puncaknya) dan respons pasien secara individual. g) Dapat bermanfaat dalam mengatasi gejala yang berhubungan dengan neuropati otonom yang mempengaruhi saluran cerna, yang selanjutnya meningkatkan pemasukan melalui oral dan absorpsi zat makanan (nutrient).

4. RENCANA KEPERAWATAN

Nama Pasien : Tn. P Nomor Register : 170031

Umur : 52 Tahun Ruangan / Kamar : Bilal Bin Rabah1/3

NO	TGL/JAM	DIGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL
2	13.30	Gangguan Rasa nyaman Nyeri b/d Integritas kulit	Setelah di lakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan nyeri akut teratasi, kriteria hasil : a. Skala nyeri berkurang menjadi skala 2 b. pasien tidak menejukkan ekspresi gelisah	1.Kaji karakteristik nyeri meliputi PQRST dan tanda-tanda vital pasien 2.Beri klien posisi yg nyaman 3.Berikan masase ringan di daerah yang nyeri 4. Berikan kompres di area nyeri 5.Anjarkan teknik distraksi dan relaksasi 6. Kolaborasi dg dokter dlm pemberian obat analgesik anti pyretik	1. Mengetahui daerah nyeri, kualitas intensitas dan berat ringannya nyeri 2. Mengurangi rasa nyeri 3. Klien merasa nyaman dan nyeri dapat berkurang 4. Memberikan kenyamanan 5.Mengajarkan pasien untuk mengalihkan dan mengurangi rasa nyeri apabila nyeri timbul 6. Mengurangi rasa nyeri

5. RENCANA KEPERAWATAN

Nama Pasien : Tn. P Nomor Register : 170031

Umur : 52 Tahun Ruangan / Kamar : Bilal Bin Rabah1/3

NO	TGL/JAM	DIGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL
3	14.10 23-04-2019	Resiko tinggi terhadap Perubahan persepsi sensori-perseptual b/d ketidakseimbangan glukosa	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam pola tidur menjadi baik kembali dengan kriteria hasil : - Mempertahankan tingkat mental pasien - Mengenali dan mengkompensasi adanya kerusakan sensori - Gula darah klien stabil - TTV klien normal	a. Pantau tanda-tanda vital dan status mental b. Panggil pasien dengan nama, orientasikan kembali sesuai dengan kebutuhannya, misalnya terhadap tempat, orang dan waktu. Berikan penjelasan yang singkat dengan bicara perlahan dan jelas. c. Jadwalkan intervensi keperawatan agar tidak menganggu waktu istirahat pasien. d. Pelihara aktivitas rutin pasien sekonsisten mungkin, dorong untuk melakukan kegiatan sehari-hari sesuai kemampuannya. e. Lindungi pasien dari cidera (gunakan pengikat) ketika tingkat kesadaran pasien terganggu. Berikan bantalan lunak pada pagar tempat tidur dan	a) Sebagai dasar untuk membandingkan temuan abnormal, seperti suhu yang meningkat dapat mempengaruhi fungsi mental b) Menurunkan kebingungan dan membantu untuk mempertahankan kontak dengan realitas. c) Meningkatkan tidur, Menurunkan rasa letih, dan dapat memperbaiki daya pikir d) Membantu memelihara pasien tetap berhubungan dengan realitas dan mempertahankan orientasi pada lingkungannya e) Pasien mengalami disorientasi merupakan awal kemungkinan timbulnya cedera, terutama malam hari dan perlu pencegahan sesuai

				berikan jalan napas buatan yang lunak jika pasien kemungkinan mengalami kejang.	indikasi. Munculnya kejang perlu diantisipasi untuk mencegah trauma fisik, aspirasi dsb.
				f. Evaluasi lapang pandang penglihatan sesuai dengan indikasi.	f) Edema/lepasnya retina, hemoragis, katarak, atau paraiisis otot ekstraokuler sementara menganggu penglihatan yang memerlukan terapi korektif dan/atau perawatan penyokong
				g. Selidiki adanya keluahan parestesia, nyeri, atau kehilangan sensori pada paha/kaki. Lihat adanya ulkus, daerah kemerahan, tempat-tempat tertekan, kehilangan denyut nadi perifer.	g) Neuropati perifer dapat mengakibatkan rasa tidak nyaman yang berat, kehilangan sensasi sentuhan/distorsi yang mempunyai risiko tinggi terhadap kerusakan kulit dan gangguan keseimbangan
				h. Berikan tempat tidur yang lembut. Pelihara kehangatan kaki/tangan, hindari terpajan terhadap air panas atau dingin atau penggunaan bantalan/pemanas.	h) Meningkatkan rasa nyaman dan menurunkan kemungkinan kerusakan kulit karena panas.
				i. Bantu pasien dalam ambulasi atau perubahan posisi	i) Meningkatkan keamanan pasien terutama ketika rasa keseimbangan dipengaruhi.
				Kolaboratif:	Kolaboratif:
				a) Berikan pengobatan sesuai dengan obat yang ditentukan untuk mengatasi DKA sesuai indikasi	a) Gangguan dalam proses piker/potensial terhadap aktivitas kejang biasanya hilang bila keadaan hiperosmolaritas teratasi.
				b) Pantau nilai laboratorium, seperti glukosa darah, osmolalitas darah, Hb/Ht, ureum kreatinin.	b) Ketidakseimbangan nilai laboratorium ini dapat menurunkan fungsi mental. Catatan: jika cairan

				c) Bantu dengan memblok saraf setempat, mempertahankan unit TENS.	diganti dengan cepat, kelebihan cairan dapat masuk ke sel otak dan menyebabkan gangguan pada tingkat kesadaran (intoksikasi air). c) Dapat memberikan rasa nyaman yang berhubungan dengan neuropati

6. IMPLEMENTASI

JAM	NO. DX	23-04-2019	JAM	24-04-2019	JAM	25-2019
11.35	1	- Menimbang berat badan Pasien. DS= Pasien mengatakan selama sakit berat badannya terus menerun. DO= - Pasien tampak lemas - BB= 58 kg	08.30	- Menimbang berat badan Pasien. DS= Pasien mengatakan selama dirumah sakit berat badan uda mulai naik sedikit DO= - Pasien tampak uda agak segar - BB= 60 kg	08.28	- Menimbang berat badan Pasien. DS= Pasien mengatakan berat badan nya uda mulai stabil DO= - Pasien tampak segar - BB= 62 kg
11.38		- Menentukan program diet dan pola makan pasien dan bandingkan dengan makanan yang dapat dihabiskan pasien. DS=- Pasien mengatakan tidak nafsu makan, makan cuman sedikit 3x sendok tidak habis 1 porsi makanan Do= - pasien tampak lemas kurang kooperatif - Diit nasi lunak/lembek yang disajikan dari rumah sakit hanya habis 3 sendok makan - Pasien tampak lemas, mukosa bibir kering - Pasien tampak kesakitan saat menelan makanan, dan meringis kesakitan saat menelan	09.15	- Menentukan program diet dan pola makan pasien dan bandingkan dengan makanan yang dapat dihabiskan pasien. DS= Pasien mengatakan selama dirawat di RSUD, nafsu nya uda mulai muncul kembali, makan nya uda habis 1 porsi makan. Do = - tampak sedikit segar Kooperatif - Diit nasi lunak/lembek yang disajikan uda habis 1 porsi makan - Pasien mukosa bibirnya uda berkurang - Pasien tampak kesakitan saat menelan uda berkurang	08.30	- Menentukan program diet dan pola makan pasien dan bandingkan dengan makanan yang dapat dihabiskan pasien. DS= Pasien mengatakan makannya uda bernafsu. Uda habis 1 porsi makan DO = - Tampak segar Kooperatif - Diit nasi lunak/lembek yang disajikan uda habis 1 porsi makan - Pasien mukosa bibir keringnya tidak ada lagi - Pasien tampak kesakitan saat menelan uda tidak ada lagi.
11.40		- Mengauskultasi bising usus, catat adanya nyeri abdomen/perut kembung, mual, muntahan makanan yang belum sempat dicerna, pertahankan keadaan puasa sesuai dengan indikasi.	09.16	- Mengauskultasi bising usus, catat adanya nyeri abdomen/perut kembung, mual, muntahan makanan yang belum sempat dicerna, pertahankan keadaan puasa sesuai dengan indikasi.	08.35	- Mengauskultasi bising usus, catat adanya nyeri abdomen/perut kembung, mual, muntahan makanan yang belum sempat dicerna, pertahankan keadaan puasa sesuai dengan indikasi.

12.25		- Memberi cairan yang mengandung zat makanan (nutrien) dan elektrolit dengan segera jika pasien sudah dapat mentoleransinya melalui pemberian cairan melalui oral. Dan selanjutnya terus mengupayakan pemberian makanan yang lebih padat sesuai dengan yang dapat ditoleransi.	09.20	- Memberi cairan yang mengandung zat makanan (nutrien) dan elektrolit dengan segera jika pasien sudah dapat mentoleransinya melalui pemberian cairan melalui oral. Dan selanjutnya terus mengupayakan pemberian makanan yang lebih padat sesuai dengan yang dapat ditoleransi.	08.40	- Memberi cairan yang mengandung zat makanan (nutrien) dan elektrolit dengan segera jika pasien sudah dapat mentoleransinya melalui pemberian cairan melalui oral. Dan selanjutnya terus mengupayakan pemberian makanan yang lebih padat sesuai dengan yang dapat ditoleransi.
13.40		- MengidenIdentifikasi makanan yang disukai	09.30	- MengidenIdentifikasi makanan yang disukai	09.15	- MengidenIdentifikasi makanan yang disukai
13.42		- Melibatkan keluarga pasien pada perencanaan makan ini sesuai dengan indikasi.	09.32	- Melibatkan keluarga pasien pada perencanaan makan ini sesuai dengan indikasi.	09.20	- Melibatkan keluarga pasien pada perencanaan makan ini sesuai dengan indikasi.
13.45		- Mengobservasi untuk tanda hipoglikemia. Seperti perubahan tingkat kesadaran. Kulit lembab/dingin. Denyut nadi cepat, lapar. Peka rangsang. Cemas, sakit kepala, pusing, sempoyongan.	09.35	- Mengobservasi untuk tanda hipoglikemia. Seperti perubahan tingkat kesadaran. Kulit lembab/dingin. Denyut nadi cepat, lapar. Peka rangsang. Cemas, sakit kepala, pusing, sempoyongan.	09.30	- Mengobservasi untuk tanda hipoglikemia. Seperti perubahan tingkat kesadaran. Kulit lembab/dingin. Denyut nadi cepat, lapar. Peka rangsang. Cemas, sakit kepala, pusing, sempoyongan.
		- Kolaboratif:		- Kolaboratif:		- Kolaboratif:
13.30		- MeLakukan pemeriksaan gula darah dengan menggunakan “Finger stick”	09.40	- MeLakukan pemeriksaan gula darah dengan menggunakan “Finger stick”	09.35	- MeLakukan pemeriksaan gula darah dengan menggunakan “Finger stick”
13.35		- Memantau pemeriksaan laboratorium, seperti glukosa darah, aseton, pH, dan HCO3	09.42	- Memantau pemeriksaan laboratorium, seperti glukosa darah, aseton, pH, dan HCO3	09.40	- Memantau pemeriksaan laboratorium, seperti glukosa darah, aseton, pH, dan HCO3
14.10		- Memberikan pengobatan insulin secara teratur dengan metode IV secara intermiten atau secara kontinu: • Memberikan obat metropinadol pasien Tn. P • Memberikan obat injeksi melalui IV (bolus) :	13.20	- Memberikan pengobatan insulin secara teratur dengan metode IV secara intermiten atau secara kontinu. • Memberikan obat metropinadol pasien Tn. P • Memberikan obat injeksi melalui IV (bolus) :	14.35	- Memberikan pengobatan insulin secara teratur dengan metode IV secara intermiten atau secara kontinu. • Memberikan obat metropinadol pasien Tn. P • Memberikan obat injeksi melalui IV (bolus) :

		• Injeksi Ceftriaxone • Injeksi Lansopazol • Memberikan obat Omeprazol1 ampul		• Injeksi Ceftriaxone • Injeksi Lansopazol • Memberikan obat Omeprazol1 ampul		• Injeksi Ceftriaxone • Injeksi Lansopazol • Memberikan obat Omeprazol1 ampul
14.15		- Memberi larutan glukosa	13.25	- Memberi larutan glukosa	14.38	- Memberi larutan glukosa
14.20		- Melakukan konsultasi dengan ahli diet.	13.30	- Melakukan konsultasi dengan ahli diet.	14.45	- Melakukan konsultasi dengan ahli diet.
14.25		- Memberikan diet kira-kira 60% karbohidrat, 20% protein, dan 20% lemak dalam penataan makan/pemberian makanan tambahan	13.35	- Memberikan diet kira-kira 60% karbohidrat, 20% protein, dan 20% lemak dalam penataan makan/pemberian makanan tambahan	14.50	- Memberikan diet kira-kira 60% karbohidrat, 20% protein, dan 20% lemak dalam penataan makan/pemberian makanan tambahan
14.30		- Memberikan obat metaklopramid (reglan): tetrasiklin.	14.15	- Memberikan obat metaklopramid (reglan): tetrasiklin.	15.15	- Memberikan obat metaklopramid (reglan): tetrasiklin.

7, IMPLEMENTASI

JAM	NO DX	23-04-2019	JAM	24-04-2019	JAM	25-2019
11.40	2	- Mengkaji karakteristik nyeri dan tanda2 vital DS= Pasien mengatakan nyeri di aerah bawah bokong DO = - Nyeri skala 4 Meringis kesakitan di aerah luka lecet - TD : 130/80 mmHg N : 75 x/m RR : 22 x/m Suhu : 36.4'c	08.25 08.40	- Mengkaji karakteristik nyeri dan tanda2 vital DS=Pasien mengatakan nyeri diaerah bawah bokong. DO = - Nyeri uda berkurang,tapi masih ada kadang2, meringis uda agak berkurang - TD : 120/80 mmHg N : 75 x/m RR : 20 x/m Suhu : 36.6'c	08.32	- Mengkaji karakteristik nyeri dan tanda2 vital DS=Pasien mengatakan nyeri di aerah bawah bokong tidak ada lagi rasa nyeri DO = - Nyeri skala 3, pasien tidak tampak meringis - TD : 130/90 mmHg N : 75 x/m RR : 22 x/m Suhu : 36.2'c
11.41		- Memberi klien posisi yg nyaman	08.45	- Memberi klien posisi yg nyaman	08.38	- Memberi klien posisi yg nyaman
14.10		- Memberikan masase ringan di daerah yang nyeri	08.50	- Memerikan masase ringan di daerah yang nyeri	08.42	- Memberikan masase ringan di daerah yang nyeri
14.15		- Memberikan kompres di area nyeri DS= - Pasien mengatakan nyeri pada luka lecet diaerah bawah bokong seperti terasa tertusuk tusuk jarum selama 5 menit - Pasien mengatakan ada luka lecet diaerah bawah bokong dengan ukuran luka ø 4 cm DO = - Pasien tampak gelisah - Tampak meringis kesakitan	08.55	- Memberikan kompres di area nyeri DS=- Pasien mengatakan nyeri pada luka lecet diaerah bawah bokong seperti tertusuk tusuk jarum uda berkurang - Pasien mengatakan ada luka lecet diaerah bawah bokong dengan ukuran luka ø 4 cm DO = - Tampak gelisah uda berkurang - Meringis kesakitan uda berkurang	08.45	- Memberikan kompres di area nyeri DS= - Pasien mengatakan nyeri pada luka lecet diaerah bawah bokong seperti tertusuk tusuk jarum tidak ada lagi - Pasien mengatakan ada luka lecet diaerah bawah bokong dengan ukuran luka ø 4 cm DO = - Pasien tampak tenang dan segar - Tampak meringis tidak ada
14.20		- Mengnjarkan teknik distraksi dan relaksasi	09,12	- Mengnjarkan teknik distraksi dan relaksasi	08.50	- Mengnjarkan teknik distraksi dan relaksasi
14.25		- Mengkolaborasi dg dokter dlm pemberian obat analgesic anti pyretik	09.25	- Mengkolaborasi dg dokter dlm pemberian obat analgesic anti pyretik	08.55	- Mengkolaborasi dg dokter dlm pemberian obat analgesic anti pyretik

8. IMPLEMENTASI

JAM	NO DX	23-04-2019	JAM	24-04-2019	JAM	25-2019
11.40	3	- Memantau tanda-tanda vital dan status mental DS = - Pasien mengatakan akhir-akhir ini merasa khawatir terhadap glukosa darah nya DO = - Pasien tampak gelisah - TD : 130/80 mmHg N : 75 x/m RR : 22 x/m Suhu : 36.4'c	08.25	- Memantau tanda-tanda vital dan status mental DS = - pasien masih merasa khawatir tehadap glukosa darahnya DO : - pasien tampak gelisah udah berkurang - 120/80 mmHg N : 75 x/m RR : 20 x/m Suhu : 36.6'c	08.32	- Memantau tanda-tanda vital dan status mental DS = - pasien masih merasa khawatir tehadap glukosa darahnya DO : - pasien tidak tampak gelisah - 130/90 mmHg N : 75 x/m RR : 22 x/m Suhu : 36.2'c
11.42		- Memanggil pasien dengan nama, orientasikan kembali sesuai dengan kebutuhannya, misalnya terhadap tempat, orang dan waktu. Berikan penjelasan yang singkat dengan bicara perlahan dan jelas.	08.30	- Memanggil pasien dengan nama, orientasikan kembali sesuai dengan kebutuhannya, misalnya terhadap tempat, orang dan waktu. Berikan penjelasan yang singkat dengan bicara perlahan dan jelas.	08.38	- Memanggil pasien dengan nama, orientasikan kembali sesuai dengan kebutuhannya, misalnya terhadap tempat, orang dan waktu. Berikan penjelasan yang singkat dengan bicara perlahan dan jelas.
11.45		- Menjadwalkan intervensi keperawatan agar tidak menganggu waktu istirahat pasien.	08.32	- Menjadwalkan intervensi keperawatan agar tidak menganggu waktu istirahat pasien.	08.42	- Menjadwalkan intervensi keperawatan agar tidak menganggu waktu istirahat pasien.
11.47		- Memelihara aktivitas rutin pasien sekonsisten mungkin, dorong untuk melakukan kegiatan sehari-hari sesuai kemampuannya.	08.48	- Memelihara aktivitas rutin pasien sekonsisten mungkin, dorong untuk melakukan kegiatan sehari-hari sesuai kemampuannya.	09.24	- Memelihara aktivitas rutin pasien sekonsisten mungkin, dorong untuk melakukan kegiatan sehari-hari sesuai kemampuannya.
11.50		- Melindungi pasien dari cidera (gunakan pengikat) ketika tingkat kesadaran pasien terganggu. Berikan bantalan lunak pada pagar tempat tidur dan berikan jalan napas buatan yang lunak jika pasien kemungkinan mengalami kejang.	09.28	- Melindungi pasien dari cidera (gunakan pengikat) ketika tingkat kesadaran pasien terganggu. Berikan bantalan lunak pada pagar tempat tidur dan berikan jalan napas buatan yang lunak jika pasien kemungkinan mengalami kejang.	10.25	- Melindungi pasien dari cidera (gunakan pengikat) ketika tingkat kesadaran pasien terganggu. Berikan bantalan lunak pada pagar tempat tidur dan berikan jalan napas buatan yang lunak jika pasien kemungkinan mengalami kejang.

13.14		- Mengevaluasi lapang pandang penglihatan sesuai dengan indikasi.	10.15	- Mengevaluasi lapang pandang penglihatan sesuai dengan indikasi.	10.28	- Mengevaluasi lapang pandang penglihatan sesuai dengan indikasi.
13.20		- Menselidiki adanya keluahan parestesia, nyeri, atau kehilangan sensori pada paha/kaki. Lihat adanya ulkus, daerah kemerahan, tempat-tempat tertekan, kehilangan denyut nadi perifer.	10.17	- Menselidiki adanya keluahan parestesia, nyeri, atau kehilangan sensori pada paha/kaki. Lihat adanya ulkus, daerah kemerahan, tempat-tempat tertekan, kehilangan denyut nadi perifer.	10.30	- Menselidiki adanya keluahan parestesia, nyeri, atau kehilangan sensori pada paha/kaki. Lihat adanya ulkus, daerah kemerahan, tempat-tempat tertekan, kehilangan denyut nadi perifer.
13.25		- Memberikan tempat tidur yang lembut. Pelihara kehangatan kaki/tangan, hindari terpajan terhadap air panas atau dingin atau penggunaan bantalan/pemanas.	10.20	- Memberikan tempat tidur yang lembut. Pelihara kehangatan kaki/tangan, hindari terpajan terhadap air panas atau dingin atau penggunaan bantalan/pemanas.	10.32	- Memberikan tempat tidur yang lembut. Pelihara kehangatan kaki/tangan, hindari terpajan terhadap air panas atau dingin atau penggunaan bantalan/pemanas.
13.34		- Membantu pasien dalam ambulasi atau perubahan posisi Kolaboratif:	10.22	- Membantu pasien dalam ambulasi atau perubahan posisi Kolaboratif:	10.35	- Membantu pasien dalam ambulasi atau perubahan posisi Kolaboratif:
14.10		- Memberikan pengobatan sesuai dengan obat yang ditentukan untuk mengatasi DKA sesuai indikasi	13.50	- Memberikan pengobatan sesuai dengan obat yang ditentukan untuk mengatasi DKA sesuai indikasi	13.14	- Memberikan pengobatan sesuai dengan obat yang ditentukan untuk mengatasi DKA sesuai indikasi
14.25		- Memantau nilai laboratorium. DS = - Pasien mengatakan akhir-akhir merasa khawatir terhadap glukosa darah nya DO = - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak cemas - Himoglobin = 5.1 gr/dL - Glukosa darah = 488 mg/dL	14.20	- Memantau nilai laboratorium. DS = - pasien masih merasa khawatir tehadap glukosa darahnya DO : - pasien tampak gelisah - tampak cemas - Himoglobin = 8.3 gr/dL - Glukosa darah = 400 mg/dL	13.23	- Memantau nilai laboratorium. DS = - pasien masih merasa khawatir tehadap glukosa darahnya DO :- pasien tampak gelisah - tampak cemas - Himoglobin = 10.7 gr/dL - Glukosa darah = 397 mg/dL
14.30		- Membantu dengan memblok saraf setempat, mempertahankan unit TENS.	14.30	- Membantu dengan memblok saraf setempat, mempertahankan unit TENS.	13.25	- Membantu dengan memblok saraf setempat, mempertahankan unit TENS.

1. EVALUASI

JAM	NO. DX	23-04-2019	JAM	24-04-2019	JAM	25-04-2019
15.30	1	S =- Pasien mengatakan selama sakit berat badannya terus menerun -Pasien mengatakan tidak nafsu makan, makan cuman sedikit 3x sendok tidak habis 1 porsi makanan O=-Pasien tampak lemas -kurang kooperatif - BB= 58 kg A = Masalah belum teratasi P = Lanjutkan Intervensi - Anjurkan makan sedikit tapi sering - Berikan obat Omeprazol 1 ampul	16.35	S =- Pasien mengatakan selama dirumah sakit berat badan uda mulai naik sedikit -Pasien mengatakan selama dirawat di RSUD, nafsu nya uda mulai muncul kembali, makan nya uda habis 1 porsi makan. O =-Pasien tampak uda agak segar - BB= 60 kg A = Masalah teratasi sebagian P = Lanjutkan Intervensi - Anjurkan makan sedikit tapi sering - Berikan obat Omeprazol 1 ampul		S = - Pasien mengatakan berat badan nya uda mulai stabil - Pasien mengatakan makannya uda bernafsu. Uda habis 1 porsi makan O = -Pasien tampak segar - BB= 62 kg - Kooperatif A = Masalah teratasi P = Intervensi dihentikan

2. EVALUASI

JAM	NO. DX	23-04-2019	JAM	24-04-2019	JAM	25-04-2019
15.30	2	S = - Pasien mengatakan nyeri di aerah bawah bokong - Pasien mengatakan ada luka lecet diaerah bawah bokong dengan ukuran luka ø 4 cm O = -Nyeri skala 4 Meringis kesakitan di aerah luka lecet - Pasien tampak gelisah - Tampak meringis kesakitan TD : 130/80 mmHg N : 75 x/m RR : 22 x/m Suhu : 36.4'c A = Masalah belum teratasi P = Lanjutkan Intervensi - Anjurkan Memberi klien posisi yg nyaman - berikan kompres di area nyeri - Berikan obat injeksi resep di anjurkan dokter	16.35	S =- Pasien mengatakan nyeri diaerah pantat uda agak berkurang - Pasien mengatakan ada luka lecet diaerah bawah bokong dengan ukuran luka ø 4 cm O.= - Nyeri uda berkurang,tapi masih ada kadang2, meringis uda agak berkurang - Pasien tampak gelisah udah berkurang - TD: 120/80 mmHg N : 75 x/m RR : 20 x/m Suhu : 36.6'c A = Masalah teratasi sebagian P = Lanjutkan Intervensi - Berikan posisi nyaman - Berikan obat injeksi resep di anjurkan dokter - Berikan kompres pada diaerah yang nyeri		S = - Pasien mengatakan nyeri di aerah bawah bokong uda tidak ada nyeri pada luka. - Pasien mengatakan ada luka lecet diaerah bawah bokong dengan ukuran luka ø 4 cm O = -Nyeri skala 3, pasien tidak tampak meringis - Pasien tampak tenang dan tidak ada gelisah - TD : 130/90 mmHg N : 75 x/m RR : 22 x/m Suhu : 36.2'c A = Masalah teratasi P = Intervensi dihentikan

3. EVALUASI

JAM	NO. DX	23-04-2019	JAM	24-04-2019	JAM	25-04-2019
15.30	3	S = - Pasien mengatakan akhir-akhir merasa khawatir terhadap glukosa darah nya O = - Pasien tampak gelisah - Tampak cemas - TD : 130/80 mmHg N : 75 x/m RR : 22 x/m Suhu : 36.4'c - Himoglobin = 5.1 gr/dL - Glukosa darah = 488 mg/dL A = Masalah belum teratasi P = Lanjutkan Intervensi - Memantau perkembangan mental pasien	16.35	S = - Pasien mengatakan akhir-akhir merasa khawatir terhadap glukosa darah nya O = - Pasien tampak gelisah - Tampak cemas - TD : 120/80 mmHg N : 75 x/m RR : 20 x/m Suhu : 36.6'c - Himoglobin = 8.3 gr/dL - Glukosa darah = 400 mg/dL A = Masalah belum teratasi P = Lanjutkan Intervensi - Memantau perkembangan mental pasien		S = - Pasien mengatakan akhir-akhir merasa khawatir terhadap glukosa darah nya O = - Pasien tampak gelisah - Tampak cemas - TD : 130/90 mmHg N : 75 x/m RR : 22 x/m Suhu : 36.2'c - Himoglobin = 10.7 gr/dL - Glukosa darah = 397 mg/dL A = Masalah belum teratasi P = Lanjutkan Intervensi kepada kakak perawat di ruang pejuang

B. PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan pada Tn.P maka pembahasan yang dapat di utarakan yaitu :

1. Pengkajian :
   a. Pengkajian pada aktivitas/istirahat pasien hanya mengalami kelemahan, sedangkan data kram otot, tonus otot menurun, takikardia dan takipnea tidak ada.
   b. Pengkajian pada sirkulasi yang muncul adalah data kulit kering, data lain terkait sirkulasi pada BAB II tidak muncul.
   c. Pengkajian pada integritas ego, eliminasi dan pernapasan, neurosensori tidak terdapat data melakukan tersebut.
   d. Pengkajian makanan/cairan : pasien ada mengalami hilang nafsu makan, ada peningkatan glukosa 488 mg/dL dan penurunan berat badan 58-85 kg.
   e. Pengkajian nyeri : pasien ada mengalami nyeri, integritas, dengan luka lecet diaerah bawah bokong.
   f. Pengkajian seksualitas tidak dapat dikaji sebelum pasien perancanaan
   g. Pemeriksaan diagnostik:

      Labor : Pasien hanya melakukan pemeriksaan :

      1) Hb : 5.1 gr/dl
      2) LED : 6 mm/jam
      3) Eritrosit: 10^ 6/mm^3
      4) Lekosit: 4.32 10^3/mm^3

5) Trombosit: 408

6) Glukosa darah: 488

Untuk pemeriksaan lainnya tidak dianjurkan oleh dokter.

2. Diagnosa Keperawatan

a. Diagnosa keperawatan pada BAB II terdapat 8 diagnosa, yaitu all:

1) Kekurangan volume cairan yang berhubungan dengan : kehilang cairan aktif: diare, muntah, diuresis osmotik

2) Nutrisi Perubaham : Kurang dari kebutuhan tubuh

3) Infeksi Risiko Tinggi terhadap [SEPSIS]

4) Perubahan Snsori-Perseptual : (Uraikan), Risiko Terhadap ketidak seimbangan glukosa

5) Kelelahan yang berhubungan dengan :

a) Penurunan produksi energi metabolik

b) Perubahan kimia darah: Insufisiensi insulin

c) Peningkatan kebutuhan energy: Status hipermetabolik/infeksi

6) Ketidak berdayaan yang berhubungan dengan:

a) Penyakit jangka panjang/progresif yang tidak dapat diobati.

b) Ketergantungan pada orang lain.

7) Kurang pengetahuan [Kebutuhan Belajar], Mengenai Penyakit,Prognosiss, dan kebutuhan Pengobatan

8) Gangguan Rasa nyaman Nyeri b/d luka lecet

b. Diagnosa yang ditemukan/ditegakkan pada Tn.P hanya ada 3 yaitu:

1) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d penurunan masukan oral

2) Gangguan Rasa nyaman Nyeri b/d luka lecet

3) Resiko tinggi terhadap Perubahan persepsi sensori-perseptual b/d ketidakseimbangan glukosa

c. Diagnosa keperawatan yang tidak dapat ditegakkan pada Tn.P Sebab tidak ada data yang mendukung untuk tegaknya diagnose keperawatan tersebut.

3. Intervensi dan implementasi

Peneliti hanya melakukan intervensi pada diagnose keperawatan yang muncul pada Tn.P tersebut, dan seluruh intervensi dari diagnosa keperawatan dapat peneliti lakukan.

4. Evaluasi

Dilaksanakan 3 diagnosa keperawatan, telah berhasil memenuhi kriteria hasil dari masalah keperawatan yang dialami Tn.P

BAB V
PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

   Pengkajian pada Tn.P aktivitas/istirahat pasien hanya mengalami kelemahan, sedangkan data kram otot, tonus otot menurun, takikardia dan takipnea tidak ada. Pengkajian pada sirkulasi yang muncul adalah data kulit kering, data lain terkait sirkulasi pada BAB II tidak muncul. Pengkajian pada integritas ego, eliminasi dan pernapasan, neurosensori tidak terdapat data melakukan tersebut. Pengkajian makanan/cairan : pasien ada mengalami hilang nafsu makan, ada peningkatan glukosa 488 mg/dL dan penurunan berat badan 58 dari 84 kg. Pengkajian nyeri : pasien ada mengalami nyeri, integritas, dengan luka lecet diaerah bawah bokong. Pengkajian seksualitas tidak dapat dikaji sebelum pasien perancanaan

   Pemeriksaan diagnostik:

   Labor : Pasien hanya melakukan pemeriksaan :

   1. Hb : 5.1 gr/dl
   2. LED : 6 mm/jam
   3. Eritrosit: 10^ 6/mm^3
   4. Lekosit: 4.32 10^3/mm^3
   5. Trombosit: 408
   6. Glukosa darah: 488

2. Diagnosa Keperawatan

   Diagnosa yang ditemukan/ditegakkan pada Tn.P hanya ada 3 yaitu:

   a. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d penurunan masukan oral
   b. Gangguan Rasa nyaman Nyeri b/d luka lecet
   c. Resiko tinggi terhadap Perubahan persepsi sensori-perseptual b/d ketidakseimbangan glukosa

3. Intervensi dan implementasi

   Peneliti hanya melakukan intervensi pada diagnose keperawatan yang muncul pada Tn.P tersebut, dan seluruh intervensi dari diagnosa keperawatan dapat peneliti lakukan.

4. Evaluasi

   Dilaksanakan 3 diagnosa keperawatan, telah berhasil memenuhi kriteria hasil dari masalah keperawatan yang dialami Tn.P

B. Saran

a. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan Rumah Sakit khususnya RSUD Bangkinang dapat memberikan pelayanan kesehatan yang optimal terutama pada pasien dengan diabetes melitus.

b. Bagi Tenaga Kesehatan

Khususnya perawat diharapkan lebih komprehensif dan profesional dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan diabetes melitus.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat meningkatakan mutu pendidikan yang lebih berkualitas dan professional sehingga dapat tercipta perawat profesional, terampil dan bermutu yang mampu memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh berdasarkan kode etik keperawatan terutama pada asuhan keperawatan pasien dengan diabetes melitus.

DAFTAR PUSTAKA

Kumar, Abbas & Aster, 2013, Penerbit Buku Kedokteran Egc, Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah NANDA-I 2015-2017

Oakes & Cole, 2007, Penerbit Buku Kedokteran Egc, Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah NANDA-I 2015-2017 Diunduh melalui :

http://www..aci.health.nsw.gov.au/data/assets/pdf.File/0008/220679/nepean_guide_DKA_2007.pdf (pada 05 januari 2016). NANDA-I. (2015).

Maulana Mirza, 2009, Penerbit Buku Kedokteran Egc, Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah NANDA-I 2015-2017

Smeltzer & Bare, 2001, Penerbit Buku Kedokteran Egc, Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah NANDA-I 2015-2017

Ozougwu, Obimba, Belonwu & Unakalamba, 2013, Penerbit Buku Kedokteran Egc, Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah NANDA-I 2015-2017

Price & Wilson, 1997, Penerbit Buku Kedokteran Egc, Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah NANDA-I 2015-2017

Suryono. (2013). Metodologi penelitian kualitatif dalam kesehatan. Yogyakarta:Nuha medika

Nursalam. (2011). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika

Anggraeni,D.M & Saryono. (2013). *Metodelogi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

NANDA-I. (2015). *Diagnosis Keperawatan*: *Definisi & klasifikasi* 2015-2017, ed. 10. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Rencana Asuhan Keperawatan. Marilynn E.Doenges Mary Fraces Moorhouse Alice C. Geissler, ed. 3. Jakarta: 1999. Penerbit Buku Kedokteran EGC.