

## **BAB III**

### **LAPORAN STUDI KASUS**

#### **A. Pengkajian**

Ruang : Fresia.  
No.MR : 210200.  
Tanggal Pengkajian : 07/03/2022.

#### 1. Data Dasar.

##### a. Identitas Pasien.

Nama Pasien : Ny. E.  
Umur : 46 tahun.  
Pendidikan : SMA.  
Pekerjaan : IRT.  
Agama : Islam.  
Status Marital : Menikah.  
Suku : Jawa.  
Bahasa yang digunakan : Indonesia.  
Alamat : Blambangan Pagar.  
Sumber biaya : BPJS.  
Tanggal masuk RS : 06/03/2022.  
Diagnosa medis : Diabetes Melitus Tipe 2.

##### b. Sumber informasi (penanggung jawab).

Nama : Tn.E.  
Umur : 20 tahun.  
Pendidikan : Mahasiswa.  
Hubungan : Anak.  
Alamat : Blambangan Pagar.

## c. Data medik.

Dikirim oleh : IGD.  
Diagnosa medis saat masuk : Diabetes Melitus Tipe 2.  
Dx. Medis saat pengkajian : Diabetes Melitus Tipe 2.

## 2. Riwayat Kesehatan.

## a. Riwayat Kesehatan Masuk RS.

Pasien masuk RSUD Handayani pada tanggal 06 Maret 2022. Pasien datang ke IGD jam 19.00 diantar oleh keluarga pasien. Pasien datang dengan keluhan badan lemas sejak 3 hari terakhir, lelah, nafsu makan menurun, sakit kepala, selalu merasa haus, sesak setelah beraktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, kaki terasa pegal dan nyeri, kesemutan, susah tidur di malam hari, tidak puas tidur, pola tidur berubah, memiliki riwayat DM dan hipertensi sejak 1 tahun terakhir. Saat pemeriksaan fisik ditemukan Kesadaran kompos mentis, Tekanan darah: 156/98 mmHg, Suhu: 36,2 °C, Nadi: 92x/mnt, RR: 24x/mnt, SPO2: 96%, GCS: 15 E4M6V5, Skala nyeri : 6, TB:158, BB:60kg. Pasien mendapatkan terapi Infus RL 500ml 20tpm, pasien mendapat terapi obat Ranitidin 50mg/12jam, amlodipin 10mg/24jam, insulin 10 IU/8jam, candesartan 16mg/24jam, glimepirid 1mg/24jam, ketorolac 15mg/12jam.

## b. Keluhan utama saat pengkajian.

- 1) Keluhan utama : Lemas.
- 2) Keluhan penyerta : Lelah, sakit kepala, kaki terasa pegal dan nyeri, selalu merasa haus, sesak setelah beraktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, susah tidur di malam hari, kesemutan, tidak puas tidur, pola tidur berubah.

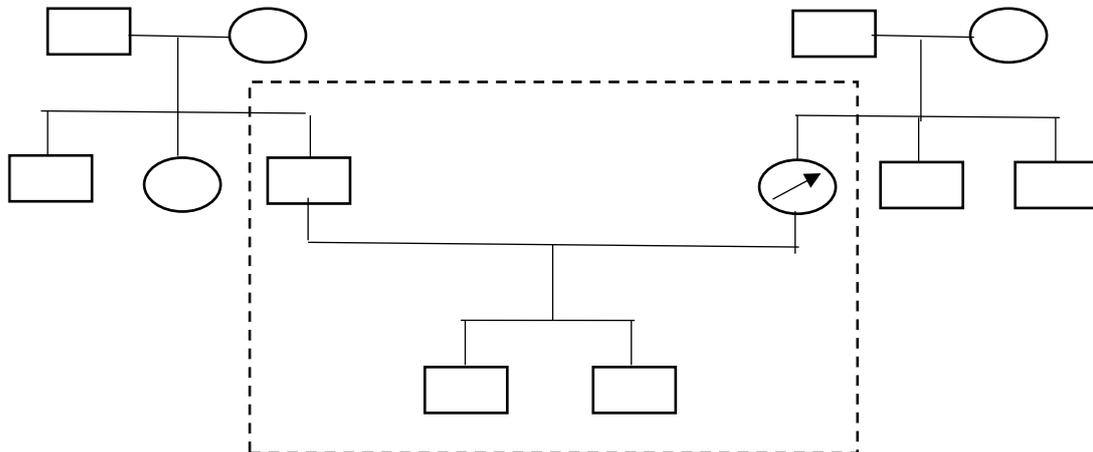
## c. Riwayat kesehatan lalu.

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat diabetes melitus. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat dan makanan, pasien tidak pernah kecelakaan dan tidak pernah jatuh. Sebelumnya pasien belum pernah dirawat di rumah sakit, pasien juga tidak pernah operasi. Keluarga pasien mengatakan menggunakan pelayanan kesehatan seperti dokter umum terdekat, puskesmas dan RS.

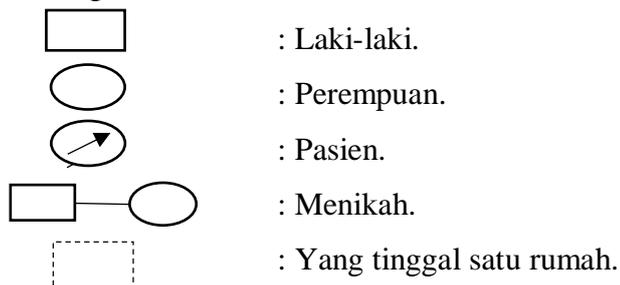
## d. Riwayat kesehatan keluarga.

Keluarga tidak memiliki riwayat penyakit diabetes melitus.

Gambar 3.1 Genogram Ny.E



Keterangan :



## B. Pengkajian keperawatan

### 1. Penampilan umum.

Berdasarkan hasil pengkajian penampilan umum pada pasien didapatkan data: GCS=15, E4M6V5: respon membuka mata spontan (E4), respon verbal orientasi baik dan sesuai (V5), respon motorik mengikuti perintah atau aba-aba (M6), tidak ada sianosis, akral hangat, turgor kulit elastis.

### 2. Pengkajian psikososial dan spiritual.

#### a. Lingkungan dan sosial.

Pasien mengatakan dalam kesehariannya bekerja sebagai IRT. Rumah pasien terletak di blambangan pagar di dalam gang, lingkungan rumah bersih, hanya

terpapar dengan debu rumah, pasien mengatakan tidak merokok, pasien mengatakan sering bersosialisasi dengan tetangga sekitar.

b. Spiritual.

Pasien mengatakan beragama islam dan menjalankan ajaran agama yang dianut. Sholat tidak pernah tinggal, pasien mengatakan selalu bersyukur dengan yang dimiliki.

3. Pola kebiasaan sehari-hari.

a. Nutrisi dan cairan.

1) Nutrisi.

a) Sebelum sakit.

Pasien mengatakan asupan makanan melalui oral, frekuensi 3x sehari dengan porsi sedang, nafsu makan klien baik, pasien mengatakan cepat merasa lapar dan haus, memiliki kebiasaan mengkonsumsi makan nasi panas serta minum teh manis hingga 4-5 gelas.

b) Saat sakit.

Pasien mengatakan asupan melalui oral, frekuensi 3x sehari. Nafsu makan pasien menurun. Pasien mengatakan hanya makan setengah porsi setiap kali makan, tidak ada masalah menelan, tidak ada sariawan, tidak ada nyeri perut, tidak ada muntah. Diet nasi biasa (1200 kalori).

2) Cairan.

a) Sebelum sakit.

Pasien mengatakan asupan cairan pasien oral, pasien minum 7-8 gelas sehari ukuran gelas 200ml dengan volume total 1400-1600ml.

b) Saat sakit.

Pasien mengatakan asupan cairan pasien melalui oral, pasien mengatakan minum air putih sekitar 8-10 gelas sehari, dengan volume total 1600-2000ml.

b. Eliminasi.

1) BAB.

a) Sebelum sakit.

Pasien BAB 1x sehari pada pagi hari, dengan warna dan bau khas feses, dengan tekstur lembek, tidak ada keluhan saat BAB dan tidak menggunakan pencahar.

b) Setelah sakit.

Pasien BAB 1x sehari pada pagi hari, dengan warna dan bau khas feses, dengan tekstur agak keras, tidak ada keluhan saat BAB dan tidak menggunakan pencahar.

2) BAK.

a) Sebelum sakit.

Pasien mengatakan BAK 6-7x sehari dengan volume total 1400ml, pasien mengatakan warna urin kuning jernih dengan bau khas, pasien mengatakan tidak ada nyeri saat BAK.

b) Setelah sakit.

Pasien mengatakan BAK 7-9x sehari dengan volume total 1800ml, pasien mengatakan urin kuning jernih dengan bau khas, pasien mengatakan tidak ada nyeri saat BAK.

c. Personal hygiene.

1) Sebelum sakit.

Pasien mengatakan sebelum sakit mandi 2x sehari, mencuci rambut 3x seminggu, dan menyikat gigi 2x sehari.

2) Setelah sakit.

Pasien mengatakan mandi 1x sehari, tidak pernah mencuci rambut selama sakit, dan menyikat gigi 1x sehari pada pagi hari.

d. Istirahat dan tidur.

1) Sebelum sakit.

Pasien tidur selama 8 jam/hari pada malam hari, pasien mengatakan tidak ada aktivitas sebelum tidur.

2) Saat sakit.

Pasien tidur selama 4-5 jam/hari pada malam hari, pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari.

e. Pola aktivitas dan latihan (sebelum dan saat sakit).

1) Sebelum Sakit.

Pasien mengatakan bekerja sebagai IRT setiap hari, pasien selalu mengerjakan pekerjaan rumah seperti memasak, menyapu, dll. Kegiatan waktu luang sering dipakai pasien untuk berjalan-jalan dengan anaknya, tidak ada keluhan dalam beraktivitas, tidak ada keterbatasan dalam hal mandi, berpakaian, berhias, BAB, BAK, makan minum dan mobilisasi. Skala aktivitas 0 (0-4).

2) Saat Sakit.

Pasien hanya berbaring di tempat tidur, jika beraktivitas pasien mengatakan mudah lelah, jika ingin mandi klien meminta bantuan dengan anaknya untuk mengantarnya ke kamar mandi, tidak ada keterbatasan dalam menggunakan pakaian, makan, minum, berhias, BAK, BAB, mobilisasi masih dibantu oleh anaknya. Skala aktivitas 2 (0-4).

f. Persepsi dan Manajemen Kesehatan.

Pasien mengetahui tentang penyakit yang dideritanya, pasien tidak mengonsumsi minuman keras, pasien tidak merokok, pasien tidak ketergantungan obat-obatan, tindakan keluarga saat pasien mengalami sakit langsung dibawa ke puskesmas dan rumah sakit terdekat.

4. Pemeriksaan fisik per sistem.

a. Sistem Penglihatan.

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pada penglihatan, posisi mata simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata mampu mengikuti instruksi yang diberikan, konjungtiva normal/merah muda, kornea mata jernih, pupil isokor, lapang pandang normal pasien mampu membaca bacaan yang diberikan, penglihatan tajam, tidak ada tanda-tanda radang, tidak memakai alat bantu.

## b. Sistem Pendengaran.

Pasien mengatakan tidak mengalami masalah dalam sistem pendengaran, telinga tampak simetris, telinga bersih, tidak ada cairan yang keluar dari rongga telinga, tidak ada tanda-tanda radang, fungsi pendengaran baik, tidak memakai alat bantu pendengaran.

## c. Sistem Wicara.

Pasien tidak mengalami gangguan wicara, pasien mampu menjawab pertanyaan dengan jelas.

## d. Sistem Pernafasan.

Pasien mengatakan sesak, tetapi sesak yang dirasakan tidak begitu parah, pasien sesak setelah beraktivitas, tidak ada nyeri, frekuensi napas 24x/menit, irama teratur, tidak menggunakan otot bantu pernapasan dan tidak menggunakan alat bantu pernafasan.

## e. Sistem Kardiovaskuler.

Denyut nadi pasien 92x/menit, temperatur kulit hangat, warna kulit normal, irama jantung teratur, denyut jantung kuat, bunyi jantung normal, CRT < 2 detik, tidak ada edema, mengeluh lemah, lelah, kesemutan, tidak ada nyeri dada.

## f. Sistem Neurologi.

GCS : E4 M6 V5.

Kekuatan otot.

5555	5555
5555	5555

## g. Sistem Pencernaan.

Keadaan mulut pasien bersih, tidak memiliki kesulitan menelan, pasien mengatakan mual, tidak ada muntah, tidak ada nyeri perut, bising usus 16x/menit, tidak ada massa pada abdomen, tidak ada tanda asites, tidak ada nyeri pada penekanan bagian abdomen, pasien tidak menggunakan kolostomi.

## h. Sistem Imunologi.

Pasien tidak mengalami pembengkakan kelenjar getah bening, dan tidak memiliki riwayat pembengkakan kelenjar getah bening.

## i. Sistem Endokrin.

Pasien tidak ada luka, napas berbau keton, tidak ada tremor, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, terdapat tanda-tanda peningkatan gula darah yaitu pasien mengatakan sering haus (polidipsi) dan sering BAK (poliuri).

## j. Sistem Urogenital.

Pasien tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, pasien tidak menggunakan kateter, keadaan genital bersih, pasien selalu membersihkan area genital setelah BAK dan BAB.

## k. Sistem Integumen.

Rambut pasien berwarna hitam terlihat lepek, kulit kepala bersih, keadaan kuku bersih warna merah muda, kulit tampak normal warna kuning langsung dan bersih, tidak terdapat tanda-tanda radang pada kulit, tidak ada luka dan dekubitus, dan tidak terdapat tanda-tanda perdarahan.

## l. Sistem Muskuloskeletal.

Pasien mengeluh nyeri, pegal dan kesemutan di ekstremitas bawah, skala nyeri: 6, tidak ada keterbatasan dalam pergerakan, tidak ada tanda-tanda fraktur, tidak mengalami tanda-tanda peradangan sendi, pasien tidak menggunakan alat bantu seperti traksi, spalk dan gips.

## 5. Pengobatan yang diberikan kepada Ny.E.

Tabel 3.1.

Pengobatan Ny.E di Ruang Fresia Lantai 3 RSUD Handayani Kotabumi

Lampung Utara pada tanggal 07-09 Maret 2022.

No.	Terapi.	Pemberian.	Metode.
1.	Ringer Laktat.	500ml 20tpm.	Infus.
2.	Amlodipin.	10mg/24jam.	Oral.
3.	Candesartan.	16mg/24jam.	Oral.
4.	Glimepiride.	1mg/24jam.	Oral.
5.	Insulin (Humulin R).	10unit/8jam.	SC.
6.	Ranitidin.	50mg/12jam.	IV.
7.	Ketorolac.	15mg/12jam.	IV.

## 6. Pemeriksaan penunjang.

Tabel 3.2.

Hasil pemeriksaan laboratorium Ny.E di Ruang Fresia RSUD Handayani Kotabumi  
Lampung Utara pada tanggal 07-09 Maret 2022.

No.	Jenis Pemeriksaan.	Hasil.	Nilai Normal.
1.	Hemoglobin.	14 gr/dl.	Lk. 12,3-18gr/dl   pr. 12-16 gr/dl.
2.	Leukosit.	8.000/ul.	4000-10000/ul.
3.	Trombosit.	250.000.	150000-400000.
4.	GDS.	349mg/dl.	70-144mg/dl.
5.	SARS COV-19.	Negatif.	Negatif.

7. Data Fokus.

Tabel 3.3.  
Data fokus Ny.E.

Data subjektif	Data objektif
1	2
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengeluh lemas.</li> <li>2. Pasien mengeluh lemas sejak 3 hari yang lalu.</li> <li>3. Pasien mengatakan lelah.</li> <li>4. Pasien mengatakan selalu merasa haus.</li> <li>5. Pasien mengatakan sesak setelah beraktivitas.</li> <li>6. Pasien merasa tidak nyaman setelah beraktivitas.</li> <li>7. Pasien merasa lemah.</li> <li>8. Pasien mengatakan sakit kepala.</li> <li>9. Pasien mengatakan kaki terasa pegal dan nyeri.</li> <li>10. Pasien mengatakan kaki kesemutan.</li> <li>11. Pasien mengatakan susah tidur di malam hari.</li> <li>12. Pasien mengeluh tidak puas tidur.</li> <li>13. Pasien mengeluh pola tidur berubah.</li> <li>14. Pasien mengatakan memiliki riwayat DM dan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesadaran pasien kompos mentis, GCS : E4M6V5.</li> <li>2. Pasien gelisah.</li> <li>3. Pasien tampak lemah.</li> <li>4. Mulut tampak kering.</li> <li>5. Jumlah urine meningkat.</li> <li>6. GDS : 349mg/dl.</li> <li>7. Konjungtiva merah muda.</li> <li>8. Pasien tampak meringis.</li> <li>9. Skala aktivitas 2 (0-4).</li> <li>10. Skala nyeri 6.</li> <li>11. Nafsu makan berubah.</li> <li>12. SPO2 : 96%.</li> <li>13. CRT &lt; 2 detik.</li> <li>14. Leukosit : 8000/ul.</li> </ol>

hipertensi sejak 1 tahun terakhir.	<p>15. Hemoglobin : 14gr/dl.</p> <p>16. TD: 156/98 mmHg, S: 36,2, N: 92x/mnt, RR: 24x/mnt.</p> <p>17. GCS: 15: E4M6V5.</p> <p>18. TB:158, BB:60kg.</p> <p>19. Pasien mendapatkan terapi Infus RL 500ml 20tpm.</p> <p>20. Pasien mendapat terapi obat Amlodipin 10mg/24jam,Candesartan 16mg/24jam, Glimepirid 1mg/24jam, Insulin 10unit/8jam (SC), Ranitidin 50mg/12jam (IV), Ketorolac 15mg/12jam (IV).</p>
------------------------------------	---

8. Analisa data.

Tabel 3.4.  
Analisa Data Ny.E.

No.	Data.	Masalah.	Etiologi.
1	2	3	4
1.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengeluh lemas.</li> <li>2. Pasien mengeluh lemas sejak 3 hari yang lalu.</li> <li>3. Pasien mengatakan lelah.</li> <li>4. Pasien mengatakan selalu merasa haus.</li> </ol>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah.</p>	<p>Gangguan toleransi glukosa darah.</p>

	<p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemah.</li> <li>2. Mulut tampak kering.</li> <li>3. Jumlah urine meningkat.</li> <li>4. GDS : 349mg/dl.</li> <li>5. TD : 156/98 mmHg, S: 36,2.</li> </ol> <p>N: 92x/mnt, RR: 24x/mnt, SPO2: 96%.</p>		
2.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sakit kepala.</li> <li>2. Pasien mengatakan kaki terasa pegal dan nyeri.</li> <li>3. Pasien mengatakan kaki kesemutan.</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak gelisah.</li> <li>2. Pasien tampak meringis.</li> <li>3. Skala nyeri : 6 (0-10).</li> <li>4. Nafsu makan berubah.</li> <li>5. TD: 156/98 mmHg, N: 92/mnt, S: 36,2, RR: 24x/mnt, SPO2: 96%.</li> </ol>	Nyeri akut.	Agen pencedera fisik.

3.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan susah tidur di malam hari.</li> <li>2. Pasien mengeluh tidak puas tidur.</li> <li>3. Pasien mengeluh pola tidur berubah.</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD: 156/98 mmHg, N: 92/mnt, S: 36,2, RR: 24x/mnt, SPO2: 96%.</li> </ol>	Gangguan pola tidur.	Kurangnya kontrol tidur.
4.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sesak setelah beraktivitas.</li> <li>2. Pasien merasa lemah.</li> <li>3. Pasien merasa tidak nyaman setelah beraktivitas.</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD: 156/98 mmHg, N: 92/mnt, S: 36,2, RR: 24x/mnt, SPO2: 96%.</li> <li>2. Skala aktivitas 2 (0-4)</li> </ol>	Intoleransi aktivitas.	Kelemahan.

**C. Diagnosa Keperawatan.**

Dari analisa Ny.E diatas sesuai prioritas masalah diagnosa keperawatan yaitu:

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur.
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Dari hasil analisa data diatas maka diagnosa keperawatan yang menjadi prioritas adalah:

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

**D. Rencana keperawatan.**

Tabel 3.5.  
Rencana keperawatan Ny.E.

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	<p><b>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</b> berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah.</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengeluh lemas.</li> <li>2. Pasien mengeluh lemas sejak 3 hari yang lalu.</li> <li>3. Pasien mengatakan lelah.</li> </ol>	<p><b>Kestabilan Kadar Glukosa Darah (L.03022).</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kelelahan Menurun.</li> <li>b. Peningkatan Kadar Glukosa Darah Menurun.</li> <li>c. Rasa haus Menurun.</li> <li>d. Mulut Kering Menurun.</li> <li>e. Kadar Glukosa Dalam</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hiperglikemia (I.03115).</b></p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia.</li> <li>-Monitor kadar glukosa darah.</li> <li>-Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis kelemahan, pandangan kabur, sakit kepala).</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk.</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga.</li> <li>-Ajarkan pengelolaan diabetes (mis obat oral, penggantian karbohidrat).</li> </ul>

	<p>4. Pasien mengatakan selalu merasa haus.</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemah.</li> <li>2. Mulut tampak kering.</li> <li>3. Jumlah urine meningkat.</li> <li>4. GDS : 349mg/dl.</li> <li>5. TD : 156/98 mmHg, S: 36,2, N: 92x/mnt, RR: 24x/mnt, SPO2: 96%.</li> </ol>	<p>Darah Membaik.</p>	<p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Kolaborasi pemberian insulin.</li> <li>-Kolaborasi pemberian cairan IV.</li> </ul>
<p><b>2.</b></p>	<p><b>Nyeri Akut</b> berhubungan dengan Agen pencedera fisik.</p> <p>DS:</p>	<p><b>Tingkat Nyeri (L.08066).</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri</p>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238).</b></p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> </ul>

	<p>1. Pasien mengatakan sakit kepala.</p> <p>2. Pasien mengatakan kaki terasa pegal dan nyeri.</p> <p>3. Pasien mengatakan kaki kesemutan.</p> <p>DO:</p> <p>1. Pasien tampak gelisah.</p> <p>2. Pasien tampak meringis.</p> <p>3. Skala nyeri : 6 (0-10).</p> <p>4. Nafsu makan berubah.</p> <p>5. TD: 156/98 mmHg, N: 92/mnt, S: 36,2, RR:</p>	<p>menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Keluhan Nyeri Menurun.</p> <p>b. Meringis Menurun.</p> <p>c. Sulit Tidur Menurun.</p> <p>d. Gelisah Menurun.</p> <p>e. Tekanan Darah Membaik</p> <p>f. Nafsu Makan Membaik.</p>	<p>-Identifikasi skala nyeri.</p> <p>-Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</p> <p>Terapeutik :</p> <p>-Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis terapi musik, kompres hangat/dingin).</p> <p>-Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).</p> <p>-Fasilitasi istirahat dan tidur.</p> <p>Edukasi :</p> <p>-Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</p> <p>-Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.</p> <p>-Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>-Kolaborasi pemberian analgetik.</p>
--	--	--	--

	24x/mnt, SPO2: 96%.		
<b>3.</b>	<p><b>Intoleransi Aktivitas</b> berhubungan dengan kelemahan.</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sesak setelah beraktivitas.</li> <li>2. Pasien merasa lemah.</li> <li>3. Pasien merasa tidak nyaman setelah beraktivitas.</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD: 156/98 mmHg, N: 92/mnt, S: 36,2, RR:</li> </ol>	<p><b>Toleransi aktivitas (L.05047).</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Keluhan Lelah Menurun.</li> <li>b. Dispnea Saat Beraktivitas Menurun.</li> <li>c. Dispnea Setelah Beraktivitas Menurun.</li> <li>d. Perasaan Lemah Menurun.</li> </ol>	<p><b>Manajemen energi (I.05178).</b></p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.</li> <li>-Monitor kelelahan fisik dan emosional.</li> <li>-Monitor pola dan jam tidur.</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan).</li> <li>-Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif.</li> <li>-Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan.</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Anjurkan tirah baring.</li> <li>-Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.</li> <li>-Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.</li> <li>-Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan.</li> </ul> <p>Kolaborasi:</p>

	24x/mnt, SPO2: 96%. 2. Skala aktivitas 2 (0-4).		-Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
--	--	--	--

### E. Catatan Perkembangan.

1. Hari pertama (07 Maret 2022).

Nama pasien: Ny.E.

Dx. Medis: Diabetes Melitus.

Ruang: Fresia.

No. RM: 210200.

Tabel 3.6.

Implementasi dan evaluasi asuhan keperawatan pada Ny.E.

No. Diagnosa	Implementasi.	Evaluasi.
1	<p>Pukul 08.00 WIB.</p> <p>a. Memeriksa TD, S, N, RR.</p> <p>Pukul 08.05 WIB.</p> <p>b. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia.</p> <p>Pukul 08.10 WIB.</p> <p>c. Memonitor kadar glukosa darah.</p>	<p>Pukul 09.00 WIB.</p> <p>S:</p> <p>a. Pasien mengeluh lemas.</p> <p>b. Pasien mengeluh lemas sejak 3 hari yang lalu.</p> <p>c. Pasien mengatakan lelah.</p> <p>d. Pasien mengatakan selalu merasa haus.</p>

	<p>d. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (kelemahan). Pukul 08.20</p> <p>e. Kolaborasi dengan dokter pemberian insulin 10unit/8jam (SC).</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien tampak lemah.</li> <li>b. Mulut tampak kering.</li> <li>c. Jumlah urine meningkat.</li> <li>d. GDS : 349mg/dl.</li> <li>e. TD : 156/98 mmHg, S: 36,2, N: 92x/mnt, RR: 24x/mnt, SPO2: 96% .</li> </ul> <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi. Manajemen hiperglikemia.</p> <p>Perawat.</p>  <p>(Zhavira Azahra).</p>
2	<p>Pukul 09.00 WIB.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memeriksa TD, S, N, RR.</li> </ul> <p>Pukul 09.05 WIB.</p>	<p>Pukul 11.00 WIB.</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan sakit kepala.</li> </ul>

<p>b. Mengidentifikasi skala nyeri.</p> <p>c. Mengidentifikasi lokasi nyeri.</p> <p>d. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal.</p> <p>Pukul 09.10 WIB.</p> <p>e. Memberikan teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri.</p> <p>Pukul 09.20 WIB.</p> <p>f. Memfasilitasi istirahat dan tidur seperti memberikan posisi semi fowler.</p> <p>g. Memberikan obat analgetik sesuai anjuran dokter.</p> <p>Ketorolac 15mg/12jam (IV).</p> <p>Ranitidin 50mg/12jam (IV).</p> <p>Amlodipin 10mg/24jam.</p>	<p>b. Pasien mengatakan kaki terasa pegal dan nyeri.</p> <p>c. Pasien mengatakan kaki kesemutan.</p> <p>O:</p> <p>a. Pasien tampak gelisah.</p> <p>b. Pasien tampak meringis.</p> <p>c. Skala nyeri : 6 (0-10).</p> <p>d. Nafsu makan berubah.</p> <p>e. TD: 156/98 mmHg, N: 92/mnt, S: 36,2, RR: 24x/mnt, SPO2: 96%.</p> <p>A: Masalah nyeri akut belum teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi.</p> <p>Manajemen nyeri.</p> <p>Perawat.</p>  <p>(Zhavira Azahra).</p>
---	--

3	<p>Pukul 11.00 WIB.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memeriksa TD, S, N, RR.</li> <li>Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.</li> <li>Memonitor kelelahan fisik dan emosional.</li> <li>Memonitor pola dan jam tidur.</li> </ol> <p>Pukul 11.10 WIB.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (cahaya, suara, kunjungan).</li> </ol> <p>Pukul 11.15 WIB.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif.</li> <li>Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan.</li> </ol> <p>Pukul 11.25 WIB.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menganjurkan tirah baring.</li> </ol>	<p>Pukul 12.00 WIB.</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan sesak setelah beraktivitas.</li> <li>Pasien merasa lemah.</li> <li>Pasien merasa tidak nyaman setelah beraktivitas.</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Skala aktivitas 2 (0-4).</li> <li>TD: 156/98 mmHg, N: 92/mnt, S: 36,2, RR: 24x/mnt, SPO2: 96%.</li> </ol> <p>A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi.</p> <p>Manajemen energi.</p> <p>Perawat.</p>  <p>(Zhavira Azahra).</p>
---	---	---

	<p>i. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.</p> <p>j. Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.</p> <p>Pukul 11.35 WIB.</p> <p>k. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.</p>	
--	---	--

2. Hari kedua (08 maret 2022).

Nama pasien: Ny.E.

Dx medis: Diabetes Melitus.

Ruang: Fresia.

No.RM: 210200.

Tabel 3.7.

Implementasi dan Evaluasi Asuhan Keperawatan Pada Ny.E.

No. Diag nosa	Implementasi.	Evaluasi.
1	<p>Pukul 14.00 WIB.</p> <p>a. Memeriksa TD, S, N, RR.</p> <p>Pukul 14.05 WIB.</p> <p>b. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia.</p> <p>Pukul 14.10 WIB.</p> <p>c. Memonitor kadar glukosa darah.</p> <p>d. Memonitor tanda dan gejala</p>	<p>Pukul 15.00 WIB.</p> <p>S:</p> <p>a. Pasien mengatakan lemas berkurang.</p> <p>b. Pasien mengatakan lelah berkurang.</p> <p>c. Pasien mengatakan masih merasa haus yang berlebihan.</p> <p>O:</p> <p>a. Lemah berkurang.</p> <p>b. Mulut masih tampak kering.</p>

	<p>hiperglikemia (kelemahan). Pukul 14.20 WIB.</p> <p>e. Kolaborasi dengan dokter pemberian insulin 10unit/8jam (SC), Glimepirid 1mg/24jam.</p>	<p>c. Jumlah urine masih meningkat. d. GDS : 285mg/dl. e. TD : 142/90 mmHg, S: 36, N: 88x/mnt, RR: 22x/mnt, SPO2: 97%.</p> <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum taratasi.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi. Manajemen hiperglikemia.</p> <p>Perawat.  (Zhavira Azahra).</p>
2	<p>Pukul 15.05 WIB.</p> <p>a. Memeriksa TD, S, N, RR.</p> <p>Pukul 15.10 WIB.</p> <p>b. Mengidentifikasi skala nyeri. c. Mengidentifikasi lokasi nyeri. d. Mengidentifikasi respon nyeri non</p>	<p>Pukul 16.00 WIB.</p> <p>S:</p> <p>a. Pasien mengatakan sakit kepala berkurang. b. Pasien mengatakan nyeri kaki berkurang. c. Pasien mengatakan kesemutan berkurang.</p>

	<p>verbal.</p> <p>Pukul 15.15 WIB.</p> <p>e. Memberikan teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri.</p> <p>Pukul 15.20 WIB.</p> <p>f. Memfasilitasi istirahat dan tidur seperti memberikan posisi semi fowler.</p> <p>g. Memberikan obat analgetik sesuai anjuran dokter.</p> <p>Ketorolac 15mg/12jam (IV).</p> <p>Ranitidin 50mg/12jam (IV).</p> <p>Amlodipin 10mg/24jam.</p> <p>Candesartan 16mg/24jam.</p>	<p>O:</p> <p>a. Gelisah pasien menurun.</p> <p>b. Meringis menurun.</p> <p>c. Skala nyeri : 3 (0-10).</p> <p>d. Pasien masih tidak nafsu makan.</p> <p>e. TD : 142/90 mmHg, S: 36, N: 88x/mnt, RR: 22x/mnt, SPO2: 97%.</p> <p>A: Masalah nyeri akut belum teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi.</p> <p>Manajemen nyeri.</p> <p>Perawat.</p>  <p>(Zhavira Azahra).</p>
3	<p>Pukul 16.05 WIB.</p> <p>a. Memeriksa TD, S, N, RR.</p> <p>b. Mengidentifikasi gangguan fungsi</p>	<p>Pukul 17.00 WIB.</p> <p>S:</p> <p>a. Pasien mengatakan sesak setelah beraktivitas berkurang.</p>

<p>tubuh yang mengakibatkan kelelahan.</p> <p>c. Memonitor kelelahan fisik dan emosional.</p> <p>d. Memonitor pola dan jam tidur.</p> <p>Pukul 16.10 WIB.</p> <p>e. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (cahaya, suara, kunjungan).</p> <p>Pukul 16.15 WIB.</p> <p>f. Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif.</p> <p>g. Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan.</p> <p>Pukul 16.25 WIB.</p> <p>h. Menganjurkan tirah baring.</p> <p>i. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.</p> <p>j. Kolaborasi dengan ahli gizi</p>	<p>b. Pasien mengatakan lemah berkurang.</p> <p>c. Pasien masih merasa tidak nyaman setelah beraktivitas.</p> <p>O:</p> <p>a. Skala aktivitas 2 (0-4).</p> <p>b. TD : 142/90 mmHg, S: 36, N: 88x/mnt, RR: 22x/mnt, SPO2: 97%.</p> <p>A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi.</p> <p>Manajemen energi.</p> <p>Perawat.</p>  <p>(Zhavira Azahra).</p>
---	--

	tentang cara meningkatkan asupan makanan.	
--	---	--

3. Hari Ketiga (09 maret 2022).

Nama pasien: Ny.E.

Dx medis: Diabetes Melitus.

Ruang: Fresia.

No.RM: 210200.

Tabel 3.8.

Implementasi dan Evaluasi Asuhan Keperawatan pada Ny.E.

No. Diag nosa	Implementasi.	Evaluasi.
1	Pukul 08.00 WIB. a. Memeriksa TD, S, N, RR. Pukul 08.05 WIB. b. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia. Pukul 08.10 WIB. c. Memonitor kadar glukosa darah. d. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (kelemahan).	Pukul 09.00 WIB. S: a. Pasien mengatakan tidak lemas lagi. b. Pasien mengatakan lelah berkurang. c. Pasien mengatakan haus yang berlebihan berkurang. O: a. Lemah berkurang. b. Mulut tidak tampak kering. c. Jumlah urine sudah mulai normal.

	<p>Pukul 08.20 WIB.</p> <p>e. Kolaborasi dengan dokter pemberian insulin 10unit/8jam (SC).</p>	<p>d. GDS : 167mg/dl.</p> <p>e. TD : 133/86 mmHg, S: 36,5 N: 90x/mnt, RR: 22x/mnt, SPO2: 98%.</p> <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi.</p> <p>Manajemen hiperglikemia.</p> <p>Perawat.</p>  <p>(Zhavira Azahra).</p>
2	<p>Pukul 09.05 WIB.</p> <p>a. Memeriksa TD, S, N, RR.</p> <p>Pukul 09.10 WIB.</p> <p>b. Mengidentifikasi skala nyeri.</p> <p>c. Mengidentifikasi lokasi nyeri.</p> <p>d. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal.</p>	<p>Pukul 10.00 WIB.</p> <p>S:</p> <p>a. Pasien mengatakan sakit kepala sudah menghilang.</p> <p>b. Pasien mengatakan nyeri kaki berkurang.</p> <p>c. Pasien mengatakan tidak merasa kesemutan lagi.</p> <p>O:</p> <p>a. Gelisah pasien menurun.</p>

	<p>Pukul 09.20 WIB.</p> <p>e. Memberikan teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri.</p> <p>Pukul 09.30 WIB.</p> <p>f. Memfasilitasi istirahat dan tidur seperti memberikan posisi semi fowler.</p> <p>g. Memberikan obat analgetik sesuai anjuran dokter. Ketorolac 15mg/12jam (IV), Ranitidin 50mg/12jam (IV), Amlodipin 10mg/24jam, Candesartan 16mg/24jam.</p>	<p>b. Meringis menurun.</p> <p>c. Skala nyeri : 2 (0-10).</p> <p>d. Nafsu makan pasien membaik.</p> <p>e. TD : 133/86 mmHg, S: 36,5 N: 90x/mnt, RR: 22x/mnt, SPO2: 98%.</p> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi. Manajemen nyeri.</p> <p>Perawat.  (Zhavira Azahra).</p>
3	<p>Pukul 10.05 WIB.</p> <p>a. Memeriksa TD, S, N, RR.</p> <p>b. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan</p>	<p>Pukul 11.30 WIB.</p> <p>S:</p> <p>a. Pasien mengatakan tidak sesak lagi setelah beraktivitas.</p> <p>b. Pasien mengatakan lemah berkurang.</p>

<p>kelelahan.</p> <p>c. Memonitor kelelahan fisik dan emosional.</p> <p>d. Memonitor pola dan jam tidur.</p> <p>Pukul 10.15 WIB.</p> <p>e. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (cahaya, suara, kunjungan).</p> <p>Pukul 10.20 WIB.</p> <p>f. Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif.</p> <p>g. Memberikan aktivitas distraksi yang menyenangkan.</p> <p>Pukul 10.30 WIB.</p> <p>h. Menganjurkan tirah baring.</p> <p>i. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.</p>	<p>c. Pasien mengatakan sudah nyaman setelah beraktivitas.</p> <p>O:</p> <p>a. Skala aktivitas 0 (0-4).</p> <p>b. TD : 133/86 mmHg, S: 36,5 N: 90x/mnt, RR: 22x/mnt, SPO2: 98%.</p> <p>A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi.</p> <p>Manajemen energi.</p> <p>Perawat.</p>  <p>(Zhavira Azahra).</p>
---	---