

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

Ruang : Fresia lantai 3 Handayani

No.MR/CM : 202275

Pukul : 08.15 WIB

Tanggal Pengkajian : 16 maret 2022

A. Pengkajian Keperawatan

1. Data dasar

a. Identitas pasien

- 1) Nama (inisial klien) : Tn.I
- 2) Usia : 42 tahun
- 3) Status perkawinan : Menikah
- 4) Pekerjaan : Buruh harian lepas
- 5) Agama : Islam
- 6) Pendidikan : SMA
- 7) Suku : Ogan
- 8) Bahasa sehari-hari : Indonesia Dan Ogan
- 9) Alamat rumah : Desa tanjung raja
- 10) Sumber biaya : BPJS
- 11) Diagnosa medis : *Diabetes melitus tipe II*

b. Sumber Informasi

- 1) Nama : Tn.W
- 2) Umur : 18 tahun
- 3) Hubungan dengan klien : Anak klien
- 4) Pendidikan : SMA
- 5) Pekerjaan : Pelajar
- 6) Alamat : Desa tanjung raja

2. Riwayat kesehatan

a. Riwayat masuk RS

Klien datang ke RS di antar keluarga nya pada tanggal 14 Maret 2022 dengan keluhan gula darah tinggi, merasa lemas dan mudah lelah nyeri pada kedua kaki dan paha, nyeri seperti tertusuk-tusuk sampai jari-jari nyeri dirasakan dalam 4 bulan skala nyeri 7 (0 - 10) nyeri hilang timbul nyeri di rasakan di daerah yang pernah di lakukan oprasi 2 bulan yang lalu, klien menderita penyakit DM sudah lebih 1 bulan yang lalu, dengan hasil GDS 315 mg/dl, klien mengeluh sulit tidur, keadaan umum klien lemas dengan tingkat kesadaran *compos mentis* dengan nilai GCS (E₄V₅M₆), berdasarkan hasil pemeriksaan didapatkan data Tekanan darah 104/79 mmHg, Frekuensi nadi 119/menit,RR: 20x/menit, Suhu 36,6 ° C, spO₂ 96%.

b. Riwayat saat pengajian

1) Keluhan utama

Datang dengan keluhan gula darah tinggi, merasa lemas dan mudah lelah, Klien mengatakan nyeri dan sulit tidur, klien mengatakan kepalanya terasa pusing, klien mengatakan sering merasa haus, klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas bawah karena nyeri.

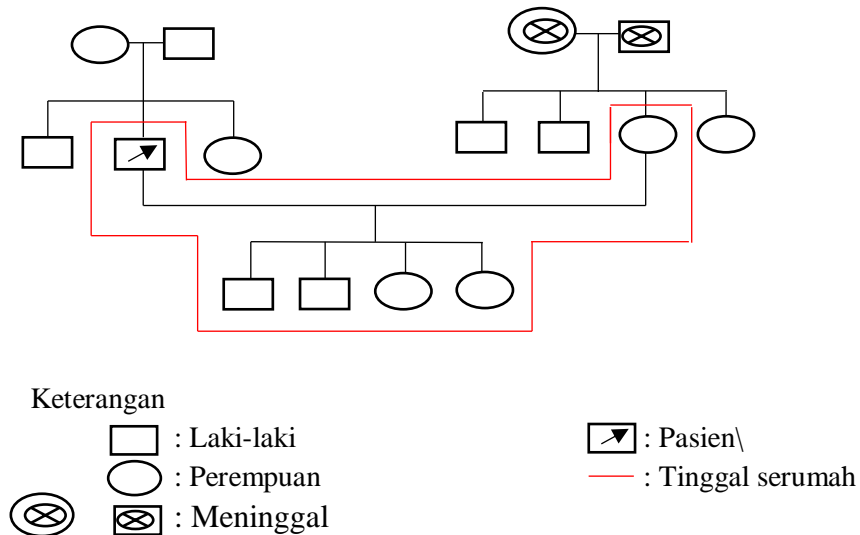
2) Riwayat kesehatan lalu

Klien mengatakan tidak memiliki alergi obat, tidak ada riwayat kecelakaan, klien mengatakan sudah pernah masuk ke rumah sakit berapa bulan lalu, klien mengatakan ada riwayat operasi wasir (ambeien), tidak ada riwayat penyakit kronis/berat, sebelumnya klien hanya berobat ke puskesmas untuk mengobati DM nya ,dari puskesmas klien di berikan terapi obat *Metformin*[®] 500mg 1x1 (oral).

3) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan tidak ada faktor keturunan anggota keluarga yang memiliki penyakit diabetes melitus.

Gambar 3. 1
Genogram



3. Riwayat psikososial-spritual

Klien mengatakan tidak memiliki stress terhadap keuangan, keluarga, dan pekerjaan. Klien mengatakan hanya diam saja ketika sedang menghadapi stress dan tidak terlalu di pikirkan, klien mengatakan keluarga sangat perhatian dalam membantu merawat klien, klien mengatakan tidak ada perubahan komunikasi sebelum dan sesudah sakit, klien mengatakan tidak ada nilai kepercayaan yang bertentangan dengan perawatan di rumah sakit.

4. Lingkungan

a. Rumah

Klien mengatakan kondisi rumah bersih disapu 2 kali sehari dan di pel 2 hari sekali, bebas dari polusi karna rumah klien di desa, dan tidak ada bahaya yang mengancam.

b. Pekerjaan

Klien mengatakan pekerjaan sehari-hari nya sebagai buruh harian lepas

5. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum sakit

a. Pola nutrisi

1) Sebelum sakit

Klien sebelum sakit makan dengan frekuensi 3 kali sehari, nafsu makan klien baik, diit makanan biasa, namun porsi makan di kurangi, klien senang mengkonsumsi sayur, namun jarang mengkonsumsi buah-buahan, tidak ada alergi makanan, namun asupan gula harus tetap di batasi, berat badan sebelum sakit 67 kg.

2) Saat sakit

Setelah sakit, klien makan dengan diit 3J (jadwal, jumlah, jenis) karena mengalami hiperglikemia. Porsi makan klien kurang, klien hanya makan setengah porsi dalam sekali makan. Frekuensi makan 2-3 kali sehari. Berat badan saat ini 65 kg. klien mengalami penurunan berat badan < 2 kg pada hari pertama.

b. Pola cairan

1) Sebelum sakit

Klien mengatakan asupan cairan melalui mulut, minum air putih sebanyak 7 gelas/hari dengan jumlah 1500-2000 cc/hari.

2) Saat sakit

Klien mengatakan asupan cairan melalui, minum air putih sebanyak 4-5 gelas/hari, klien terpasang infus RL 20 TPM dengan jumlah 1500-2000 cc/hari

c. Pola eliminasi (BAK dan BAB)

1) Sebelum sakit

Klien mengatakan BAK 4-5/hari dengan jumlah 1500cc/hari, klien mengatakan warna urin kuning jernih dan bau khas urine. klien mengatakan BAB 1x/hari konsistensi lunak berwarna kuning dan bau khas feses.

2) Saat sakit

Klien mengatakan tidak ada perubahan sebelum dan sesudah sakit, BAK 4-5/hari dengan jumlah 1500cc/hari, klien mengatakan warna urin kuning jernih dan bau khas urine. klien mengatakan BAB 1x/hari konsistensi lunak berwarna kuning dan bau khas feses.

d. Pola personal hygiene

1) Sebelum sakit

Klien mengatakan mandi 2x/hari, oral hygiene 3x/hari, dan 2x/hari.

2) Saat sakit

Klien mengatakan tidak mandi saat di rawat di rumah sakit hanya di lap saja oleh keluarganya, oral hygiene 1x/hari secara mandiri, dan mencuci rambut 1x/hari di bantu keluarga.

e. Pola istirahat dan tidur

1) Sebelum sakit

Klien mengatakan lama tidur 7-8 jam/hari, tidur hanya malam hari, tidak ada kebiasaan sebelum tidur, dan tidak ada kesulitan menjelang tidur.

2) Saat sakit

Klien mengatakan sulit tidur dan lama tidur 3-4 jam/hari, tidur hanya malam hari, klien sulit tidur di karenakan nyeri di area ekstremitas bawah yang sangat berlebih, klien mengatakan mengeluh sering terjaga, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup, mengeluh kemampuan beraktivitas menurun.

f. Pola aktivitas dan latihan

1) Sebelum sakit

Klien mengatakan tidak memiliki keterbatasan dalam hal mandi, menggunakan pakaian, berias, BAK/BAB, makan, minum, dan mobilisasi.

2) Saat sakit

Klien mengatakan memiliki keterbatasan dalam mobilisasi ke toilet, mengeluh lelah, dan tampak lemah.

g. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya karena belum pernah mengalami sebelumnya dan tidak ada faktor keturunan, klien di bawa ke rumah sakit oleh keluarga nya untuk mengatasi masalah kesehatan. Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang merokok, minuman keras, dan konsumsi obat-obatan terlarang.

6. Pemeriksaan fisik

a. Pemeriksaan umum

Kesaadaran : *compos mentis* (E₄ V₅ M₆)

Tekanan darah : 104/79 mmHg

Nadi : 119 x/menit

Pernafasan : 20x/menit

Suhu : 36,6 °C

TB/BB : 160 cm / 65 kg

b. Pemeriksaan fisik per sistem

1) Sistem penglihatan

Posisi mata simetris, kelopak mata tidak ada ptosis, pergerakan bola mata normal, konjungtiva tidak anemis, kornea baik, sklera tidak ikterik, pupil isokor, tidak ada tanda-tanda radang, dan tidak memakai alat bantu.

2) Sistem pendengaran

Telinga simetris, tidak ada penumpukan serumen, tidak ada tanda radang, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, fungsi pendengaran baik, dan tidak memakai alat bantu.

3) Sistem wicara

Tidak mengalami kesulitan dalam wicara.

- 4) Sistem pernafasan
Jalan nafas tidak ada sumbatan, RR : 20x/menit, irama reguler, tidak ada keluhan saat pengkajian, nyeri saat bernafas tidak ada, suara napas veskuler, klien tidak batuk, tidak ada penggunaan otot dan alat bantu bernafas.
- 5) Sistem kardiovaskuler
Nadi radialis 119x/menit, nadi teraba kuat, tidak ada distensi vena jugularis, temperatur kulit hangat, warna kulit kemerahan, CRT < 3 detik, tidak ada edema, dan mengeluh lemah.
- 6) Sistem neurologi
Nilai GCS (E₄V₅M₆) dengan tingkat kesadaran *compos mentis*, kekuatan otot 5, dan tidak ada tanda peningkatan tik.
- 7) Sistem pencernaan
Keadaan mulut bersih, tidak ada massa abdomen, tidak ada asistes, tidak ada kesulitan menelan, tidak merasa mual dan muntah.
- 8) Sistem immunology
Tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening.
- 9) Sistem endokrin
Tidak terdapat luka, tidak ada tremor, tidak terdapat tanda - tanda poliuri (cepat merasa lapar), polidpsi (produksi urine berlebih) dan polifagi (rasa haus berlebih).
- 10) Sistem urogenital
Tidak ada distensi kandung kemih, tidak memakai kateter, dan tidak mengalami masalah dalam beremih.
- 11) Sistem integumen
Keadaan rambut bersih, kuat, dan berwarna hitam, Keadaan kuku bersih dan pendek, keadaan kulit bersih, tidak ada tanda-tanda radang, tidak ada luka, tidak ada dekubitus, dan tidak ada tanda-tanda perdarahan, membran mukosa kering.

12) Sistem muskuloskeletal

Tidak ada keterbatasan dalam rentang gerak sendi.

7. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Tabel 3. 1
 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Patologi Klinik
 Tn.I Di Ruang Freesia Lantai 3 RS Handayani
 Kotabumi Lampung Utara Tanggal 17 Maret 2022

No	Pemeriksaan	Hasil	nilai normal
1	Gula darah sewaktu	315 mg/dl	< 200 mg/dl
2	Hemoglobin	13 gr/dl	12,3 – 18 gr/dl
3	Leukosit	5.500 ul	4.000 – 10.000 ul
4	Hematokrit	45 %	40 – 50 %
5	Trombosit	359.000	150.000 – 400.000

8. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan medis

- 1) RL 20 tpm
- 2) Injeksi ketorolac 3x30 mg
- 3) Injeksi ranitidin 2x50 mg
- 4) Insulin gralgine (Lantus) 3x16 unit melalui SC

b. Penatalaksanaan keperawatan

- 1) Pantau TTV
- 2) Anjurkan monitor kadar glukosa darah
- 3) Anjurkan untuk relaksasi nafas dalam
- 4) Anjurkan untuk batasi aktivitas berlebih
- 5) Beri posisi semi fowler

9. Data fokus

Tabel 3. 2
 Hasil Data Fokus Tn.I Di Ruang Fresia Lantai 3
 RS Handayani Kotabumi Lampung Utara Tanggal 17 Maret 2022

Data subjektif	Data objektif
1. Klien mengatakan kepalanya terasa pusing.	1. Tekanan darah 104/79 mmHg
2. Klien mengatakan sering merasa haus.	2. Frekuensi nadi 119/menit
3. Klien mengatakan sering merasa lelah.	3. RR : 20x/menit
4. Klien mengatakan nyeri skala nyeri 7 pada kedua kaki dan paha sampai jari-jari.	4. Suhu 36,6 ° C
5. Klien mengatakan sulit tidur.	5. spO ₂ 96%.
6. Klien mengatakan sering terjaga	6. Tingkat kesadaran <i>compos mentis</i> dengan nilai GCS (E ₄ V ₅ M ₆)
7. Klien mengatakan tidak puas tidur	7. Hasil GDS 315 mg/dl
8. Klien mengatakan pola tidur berubah	8. Tampak meringis
9. Klien mengatakan istirahat tidak cukup	9. Diaphoresis (berkeringat)
	10. Dampak gelisah
	11. Membran mukosa kering

B. Analisa Data

Tabel 3. 3
 Analisa Data Tn.I Di Ruang Freesia Lantai 3
 RS Handayani Kotabumi Lampung Utara Tanggal 17 Maret 2022

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1	DS: 1. Klien mengatakan kepalanya terasa pusing. 2. Klien mengatakan sering merasa haus. 3. Klien mengatakan sering merasa lelah	Ketidak stabilan kadar glukosa darah	Resistensi insulin

1	2	3	4
	DO: 1. Hasil GDS 315 mg/dl 2. Diaphoresis (berkeringat) 3. Membrane mukosa kering		
2	DS: 1. Klien mengatakan nyeri skala nyeri 7 pada kedua kaki dan paha sampai jari-jari. DO: 1. Tampak meringis 2. Tampak gelisah 3. Frekuensi nadi meningkat	Nyeri akut	Agen pencedera fisiologis
3	DS: 1. Klien mengatakan sulit tidur 2. Klien mengatakan sering terjaga 3. Klien mengatakan tidak puas tidur 4. Klien mengatakan pola tidur berubah 5. Klien mengatakan istirahat tidak cukup DO: -	Gangguan pola tidur	Kurangnya kontrol tidur

D. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan klien mengatakan terasa pusing, klien mengatakan sering merasa lelah, klien mengatakan sering haus, hasil GDS 315 mg/dl, diaphoresis, membrane mukosa kering.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis di buktikan dengan klien mengatakan nyeri pada kedua kaki dan paha sampai jari-jari, klien tampak meringis, klien merasa gelisah, frekuensi nadi meningkat.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur di buktikan dengan klien mengeluh sulit tidur, klien mengeluh sering terjaga, klien mengeluh tidak puas tidur, klien mengeluh pola tidur berubah, klien mengeluh istirahat tidak cukup.

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3. 4
Rencana Keperawatan Tn.I Di Ruang Freesia Lantai 3
RS Handayani Kotabumi Lampung Utara Tanggal 17 Maret 2022

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1	2	3	4
1	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan kepalanya terasa pusing. 2. Klien mengatakan sering haus. 3. Klien mengatakan sering merasa lelah <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil GDS klien 315 mg/dl 2. Diaphoresis 3. Membran muosa kering 	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah Kode : (L.03022)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam ketidakstabilan kadar glukosa darah membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pusing menurun 2. Lelah/lesu menurun 3. Berekeringat menurun 4. Mulut kering menurun 5. Rasa haus menurun 6. Kadar glukosa darah membaik 	<p>Manajemen hiperglikemia Kode : (I.03115)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kadar glukosa 2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (kelemahan, malaise, pandangan kabur, dan sakit kepala). 3. Berikan asupan cairan 4. Ajarkan pengelolaan diabetes penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan pengganti karbohidrat. 5. Kolaborasi pemberian insulin.

1	2	3	4
2	<p>Nyeri akut DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri pada kedua kaki dan paha sampai jari-jari <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meingis 2. Tampak gelisah 3. Frekuensi nadi meningkat 	<p>Tingkat nyeri Kode : (L.08066) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam tingkat nyeri membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 	<p>Manajemen nyeri Kode (I.08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 5. Fasilitasi istirahat dan tidur 6. Jelaskan strategi meredakan nyeri 7. Kolaborasikan pemberian analgetik 8. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik nafas dalam
3	<p>Gangguan pola tidur DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sulit tidur 2. Mengatakan sering terjaga 3. Mengatakan tidak puas tidur 4. Mengatakan pola tidur berubah 5. Mengatakan istirahat tidak cukup <p>DO :</p> <p>-</p>	<p>Pola tidur Kode : (L.05045) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 	<p>Dukungan tidur Kode : (I.010111)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi) 4. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 5. Modifikasi lingkungan

D. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3. 5
Implementasi Dan Evaluasi Hari-1 Tn.I Di Ruang Freesia Lantai 3
RS Handayani Kotabumi Lampung Utara Tanggal 17 Maret 2022

No. Dx	Hari/tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	Rabu,16 maret 2022	<p>Pukul : 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kadar glukosa darah. 2. Memonitor tanda dan gejala hiperglekemia 3. Memberian infus ranger laktat 500ml dengan 20 TPM <p>Pukul : 09.25 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Memberikan asupan cairan 5. Pemberian insulin gralgine (Lantus) 16 unit melalui SC <p>Pukul : 09.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Mengajarkan pengelolaan diabetes <p>Pukul : 12.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Memonitor TTV 	<p>Pukul : 12.10 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan kepalanya terasa pusing. 2. Klien mengatakan sering merasa haus. 3. Klien mengatakan sering merasa lelah <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil GDS 315 mg/dl 2. Diaphoresis (berkeringat) 3. Membrane mukosa kering 4. Pemberian insulin gralgine 16 unit melalui SC 5. Monitor TTV 6. TD : 104/79 mmhg 7. N : 119x/menit 8. P : 20x/menit 9. S : 36,6⁰C 10. SP02 : 96% <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian insulin 2. Memonitor kadar glukosa darah secara rutin.

			3. Pemberian infus RL 500ml dengan 20 TPM
1	2	3	4
2	Rabu, 16 maret 2022	<p>Pukul : 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal <p>Pukul : 10.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Pukul : 10.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri 6. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik nafas dalam 	<p>Pukul : 12.20 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri pada kedua kaki dan paha sampai jari-jari. <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak meringis 2. Klien tampak gelisah 3. Klien frekuensi nadi meningkat 4. Skala nyeri 7 <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk

		<p>Pukul : 10.30 WIB</p> <p>7. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Pukul : 10.45 WIB</p> <p>8. Pemberian analgetik</p> <p>9. Injeksi ketorolac 3x30 mg</p> <p>10. Injeksi ranitin 2x50 mg</p>	mengurangi nyeri.
3	Rabu,16 maret 2022	<p>Pukul : 11.00 WIB</p> <p>1. Mengkaji pola aktivitas dan tidur</p> <p>2. Mengkaji faktor pengganggu tidur</p> <p>Pukul : 11.10 WIB</p> <p>3. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)</p> <p>Pukul : 11.20 WIB</p> <p>4. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p>	<p>Pukul : 12.30 WIB</p> <p>S :</p> <p>1. Klien mengatakan hanya tidur 3-4 jam/hari</p> <p>2. Klien mengatakan tidur tidak puas</p> <p>3. Klien mengatakan nyeri yang membuatnya susah tidur dan sering terjaga</p> <p>4. Klien mengatakan paham tentang pentingnya tidur saat tidur</p> <p>O</p>
1	2	3	4
		<p>Pukul : 11.30 WIB</p> <p>5. Modifikasi lingkungan, menyediakan lingkungan yang nyaman dan bersih serta bebas dari kebisingan.</p>	<p>:</p> <p>1. Tampak posisi pasien semi-fowler</p> <p>2. Lingkungan tampak bersih dan bebas dari kebisingan</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>1. Identifikasi pola tidur</p> <p>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>3. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)</p>

Tabel 3. 6
Implementasi Dan Evaluasi Hari-2 Tn.I Di Ruang Freesia Lantai 3
RS Handayani Kotabumi Lampung Utara Tanggal 17 Maret 2022

No. Dx	Hari/tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	Kamis, 17 maret 2022	<p>Pukul : 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kadar glukosa darah 2. Memonitor tanda dan gejala hiperglekemia. <p>Pukul : 09.25 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan asupan cairan 4. Mengkolaborasikan pemberian insulin <p>Pukul : 12.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Memonitor TTV 	<p>Pukul : 12.10 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien mengatakan kepalanya terasa pusing berkurang. 2. klien mengatakan masih sering merasa haus. 3. klien mengatakan sering merasa lelah <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. hasil GDS 270 mg/dl 2. diaphoresis (berkeringat) cukup menurun 3. membrane mukosa cukup menurun 4. pemberian insulin gralgine 10 unit melalui SC 5. monitor TTV 6. TD : 115/70 mmHg 7. N : 100x/menit 8. P : 20x/menit 9. S : 36,6⁰C 10. SP02 : 96% <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian insulin 2. Memonitor kadar glukosa darah secara rutin. 3. Pemberian infus RL 500ml dengan 20 TPM
1	2	3	4
2	Kamis, 17 maret 2022	<p>Pukul : 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal <p>Pukul : 10.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Pukul : 10.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Pukul : 10.45 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Pemberian analgetik 7. Injeksi ketorolac 3x30 mg 8. Injeksi ranitin 2x50 mg 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri pada kedua kaki dan paha sampai jari-jari berkurang. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak meringis cukup menurun 2. Klien tampak gelisah cukup menurun 3. frekuensi nadi cukup membaik 4. Skala nyeri 5 <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.
3	Kamis, 17 maret 2022	<p>Pukul : 11.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengkaji pola aktivitas dan tidur 2. mengkaji faktor pengganggu tidur <p>Pukul : 11.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi) <p>Pukul : 11.20 WIB</p>	<p>Pukul : 12.30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah tidur 5-6 jam/hari 2. Klien mengatakan puas pada tidurnya 3. Klien mengatakan nyeri yang membuatnya susah tidur dan sering terjaga 4. Klien mengatakan paham tentang pentingnya tidur saat tidur

		<p>4. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit Pukul : 11.30 WIB</p> <p>5. Modifikasi lingkungan, menyediakan lingkungan yang nyaman dan bersih serta bebas dari kebisingan</p>	<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak posisi pasien semi-fowler 2. Lingkungan tampak bersih dan bebas dari kebisingan
1	2	3	4
			<p>A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola tidur Identifikasi faktor pengganggu tidur 2. Melakukan prosedur untuk meningkatkan nyaman (pengaturan posisi)

Tabel 3. 7
Implementasi Dan Evaluasi Hari-3 Tn.I Di Ruang Freesia Lantai 3
RS Handayani Kotabumi Lampung Utara Tanggal 17 Maret 2022

No. Dx	Hari/tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	Jumat, 18 maret 2022	<p>Pukul : 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kadar glukosa darah 2. Memonitor tanda dan gejala hiperglekemia. <p>Pukul : 09.25 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mengkolaborasikan pemberian insulin <p>Pukul : 12.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Memonitor TTV 	<p>Pukul : 12.10 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan kepalanya sudah tidak terasa pusing. 2. Klien mengatakan sudah tidak merasa haus. 3. Klien mengatakan sudah tidak merasa lelah <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil gds 150 mg/dl 2. Diaphoresis (berkeringat) menurun 3. Membrane mukosa menurun 4. Pemberian insulin gralgine 6 unit melalui SC 5. Monitor ttv 6. Td : 120/80 mmhg 7. N : 98x/menit 8. P : 20x/menit 9. S : 35,6⁰c 10. SpO2 : 96% <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>

1	2	3	4
2	Jumat, 18 maret 2022	Pukul : 10.00 WIB 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal Pukul : 10.20 WIB 3. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Pukul : 10.45 WIB 4. Kolaborasikan pemberian analgetik 5. Injeksi ketorolac 3x30 mg 6. Injeksi ranitin 2x50 mg	S : 1. Klien mengatakan nyeri pada kedua kaki dan paha sampai jari-jari cukup berkurang. O: 2. Klien tampak meringis cukup menurun 3. Klien tampak gelisah menurun 4. frekuensi nadi membaik 5. Skala nyeri 2 A : Masalah teratasi sebagian P : Hentikan intervensi
3	Jumat, 18 maret 2022	Pukul : 11.00 WIB 1. mengkaji pola aktivitas dan tidur 2. mengkaji faktor pengganggu tidur Pukul : 11.35 WIB 3. melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)	Pukul : 12.30 WIB S : 1. Klien mengatakan waktu tidur sudah membaik sekitar 7-8 jam/hari 2. Klien mengatakan puas dengan tidurnya 3. Klien mengatakan sudah tidak terjaga saat tidur O: 1. Tampak posisi pasien semi-fowler A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi