

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

Ruang : Lantai 3 Fersia 303 no 3

No.MR : 201934

Pukul : 19:07 Wib

Tanggal pengkajian : 17 November 2021

1. Data Dasar

a. Identitas Klien

Nama Klien : Ny. M

Umur : 58 tahun

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Buruh

Agama : Islam

Status Marital : Menikah

Suku : Jawa

Bahasa yang digunakan : Jawa dan Indonesia

Alamat : Karang Jawa, anak Ratu Aji

Sumber biaya : BPJS

Tanggal masuk RS : 17 November 2021

Diagnosa medis : Diabetes Melitus Tipe 2

b. Sumber informasi (penanggung jawab)

Nama : Tn. N
 Umur : 60 tahun
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : Buruh Tani
 Hubungan : Suami
 Alamat : Karang Jawa

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

Klien masuk RSUD Handayani pada tanggal 17 November 2021, klien datang ke IGD pada pukul 19:00 diantar oleh suami klien, klien mengatakan lemah sejak seminggu yang lalu, mudah lelah, dan selalu merasa haus. Klien mengatakan sering cek gula darah sewaktu tetapi hasilnya kadang rendah dan kadang tinggi, pada pengecekan gula darah sewaktu 3 hari yang lalu hasil yang didapat 300 mg/dl. Klien juga mengeluh selalu BAK 8-10x/hari, betis kaki kanan terasa nyeri, sehingga sulit saat beraktifitas. Klien mengeluh merasa tidak nyaman saat beraktifitas serta sulit tidur di malam hari karena nyeri. Klien sering

terbangun dalam tidurnya Klien mengeluh pola tidur berubah, pada malam hari hanya tidur 4-5 jam, ekspresi klien tampak gelisah, klien tampak lemah, mulut klien tampak kering, ekspresi klien tampak meringis, klien mengatakan sudah menderita diabetes melitus sejak 2 tahun yang lalu. TD : 140/90mmHg S : 36,7°C N : 95x/m RR : 20x/m SPO2 : 96% Skala nyeri : 6(0-10). Klien mengatakan nyeri semakin terasa jika banyak bergerak. Nyeri yang terasa seperti di tusuk-tusuk. Klien mengatakan nyeri terasa pada betis kaki kanan dan terasa nyeri saat klien beraktifitas.

b. Keluhan utama saat pengkajian,

- 1) Keluhan utama : klien mengatakan lemah sejak seminggu yang lalu, selalu merasa haus berlebihan, sehari minum 7-10 gelas/hari, sering cek gula darah sewaktu tetapi hasilnya kadang rendah dan kadang tinggi, terakhir melakukan pengecekan GDS 3 hari yang lalu dengan hasil 300 mg/dl. klien mengatakan sering BAK 8-10x/hari dengan sekali BAK $\pm$ 1 gelas.
- 2) Keluhan penyerta : klien mengatakan nyeri dibagian betis kaki kanan, nyeri seperti di tusuk-tusuk jarum, klien mengatakan sulit untuk beraktifitas, klien mengatakan merasa tidak nyaman saat beraktifitas, klien mengatakan sulit tidur, sering terbangun saat tidur.

c. Riwayat kesehatan lalu

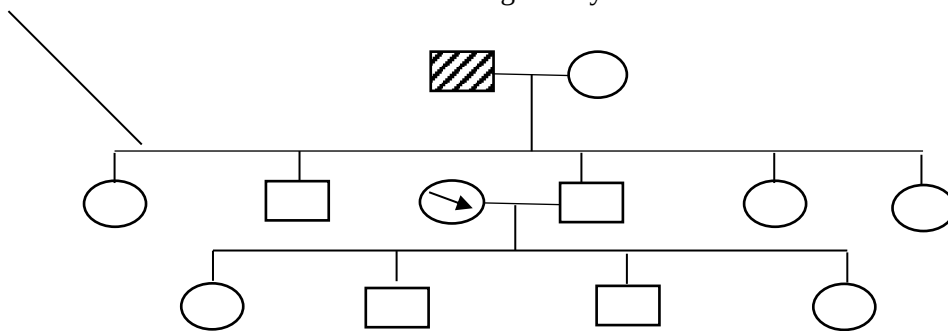
- 1) Riwayat alergi : Tidak ada
- 2) Riwayat Kecelakaan : Tidak ada

- 3) Riwayat Perawatan di RS : Pernah, sakit yang sama
diabetes melitus
- 4) Riwayat Penyakit Berat / Kronis : Diabetes Melitus
- 5) Riwayat Pengobatan : Cek diabetes melitus
- 6) Riwayat Operasi : Operasi mammae 5 tahun yang
lalu.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga tidak memiliki riwayat penyakit diabetes melitus

Gambar 3. 1
Genogram Ny.M



Keterangan :

- ⦿ : Klien
- : Perempuan
- ▨ : Meninggal
- : Laki laki

3. Penampilan umum

Berdasarkan hasil pengkajian penampilan umum pada klien 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.

4. Pengkajian psikososial dan spiritual

Hubungan klien dan keluarga baik. Klien mengatakan tidak mengalami stress. Komunikasi klien baik dan tidak ada masalah. Klien hanya percaya kepada ALLAH SWT. Klien mengatakan pekerjaan klien kotor, banyak debu karna klien bekerja sebagai buruh tani.

5. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

a. Nutrisi dan cairan

1) Nutrisi

a) Sebelum sakit

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

b) Saat sakit

Klien mengatakan asupan makan melalui mulut, frekuensi 3x sehari. tidak ada masalah menelan, tidak ada sariawan, tidak ada nyeri perut, tidak ada muntah. Diit nasi biasa sebanyak 1 centong nasi atau 100 gram sehari, klien mengatakan selalu merasa haus berlebihan.

2) Pola Cairan

a) Sebelum sakit

Klien mengatakan asupan cairan klien melalui mulut, Klien minum 7-8 gelas sehari ukuran gelas 200ml dengan volume total 1400-1600ml.

b) Saat sakit

Klien mengatakan asupan cairan klien melalui mulut, Klien mengatakan minum air putih sekitar 8-10 gelas sehari, dengan volume total 1600-2000ml

b. Eliminasi

1) BAB

a) Sebelum sakit

Klien 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

Klien mengatakan tidak ada keluhan saat BAB.

2) BAK

a) Sebelum sakit

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

b) Setelah sakit

Klien mengatakan BAK 8-10x sehari dengan volume 1x BAK 1 gelas /200 cc/hari, klien mengatakan urin kuning jernih dengan bau khas, klien mengatakan tidak ada nyeri saat BAK.

c) IWL

$$\text{IWL} = (15 \times \text{BB}) : 24 \text{ jam}$$

Ny.M BB 42Kg dengan suhu tubuh 36,7°C

$$\text{IWL} = (15 \times 42) : 24$$

$$\text{IWL} = 630 : 24$$

$$\text{IWL} = 26,25$$

Jadi dalam 24 jam = 26,5 cc/jam

c. Personal Hygiene

1) Sebelum sakit

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

2) Setelah sakit

klien 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

Klien tidur selama 8 jam/hari pada malam hari, klien mengatakan tidak ada aktivitas sebelum tidur dan tidak mengalami kesulitan tidur.

2) Saat sakit

Klien tidur selama 4-5 jam/hari pada malam hari, klien mengatakan sering terbangun pada malam hari, klien mengatakan sulit tidur malam hari karna nyeri di betis kanan, klien tampak gelisah, mata klien tampak merah, tampak kantung mata pada daerah mata klien.

e. Persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengetahui tentang penyakit yang di deritanya dan sering cek gula darah sewaktu di fasilitas pelayanan kesehatan terdekat. Klien tidak memiliki kebiasaan minum minuman beralkohol dan tidak ada ketergantungan obat.

f. Pola Seksual Reproduksi

Tidak ada perubahan seksual pada Klien, tidak menggunakan obat-obatan tertentu, tidak ada gangguan sistem reproduksi.

g. Pengkajian Fisik

1) Pemeriksaan Umum

a) Kesadaran : Compos Mentis

b) TD : 130/90mmHg

c) Nadi : 95x/m

d) RR : 20X/m

e) Suhu : 36,7°C

f) TB/BB: 150 cm/ 42 Kg

$$IMT \frac{BB}{TB^2} = \frac{42 \text{ Kg}}{1,50 \times 1,50} = \frac{42 \text{ Kg}}{2,25} = 18,6667$$

IMT normal 18,5 -25,0.

2) Sistem Penglihatan

Klien 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 klien mampu membaca bacaan yang diberikan, penglihatan tajam, tidak ada tanda-tanda radang, tidak memakai alat bantu.

3) Sistem Pendengaran

Klien 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.

4) Sistem Wicara

Klien tidak mengalami gangguan wicara, klien mampu menjawab pertanyaan dengan jelas.

5) Sistem Pernafasan

Klien tidak mengalami gangguan pernafasan, jalan nafas baik, suara nafas normal, tidak batuk, tidak menggunakan alat bantu pernafasan.

6) Sistem Kardiovaskuler

Denyut nadi Klien 95x/menit, temperatur kulit hangat, warna kulit normal, irama jantung teratur, denyut jantung kuat, terdengar bunyi

jantung normal “lupdup”, CRT < 2 detik, tidak ada edema, mengeluh lemah, lelah, tidak ada nyeri dada.

7) Sistem Neurologi

GCS : E4 M6 V5

Kekuatan otot :Lemah, pemeriksaan sensorik raba baik, suhu 36,7°C, getar baik.

4444	4444
4444	4444

8) Sistem Pencernaan

Keadaan mulut klien kotor, tidak memiliki kesulitan menelan, Klien mengatakan tidak mual, tidak ada muntah, tidak ada nyeri perut, bising usus 16x/menit, tidak ada massa pada abdomen.

9) Sistem Imunologi

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

10) Sistem Endokrin

Napas klien berbau keton atau yang disebut dengan ketoasidosis, tidak ada tremor, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, terdapat tanda-tanda peningkatan gula darah yaitu Klien mengatakan mudah haus (polidipsi), dan sering BAK (poliuri).

11) Sistem Urogenital

Tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, klien tidak menggunakan kateter, klien mengatakan selalu membersihkan area genital setelah BAK dan BAB.

12) Sistem Integumen

Rambut Klien 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, terdapat luka di betis kaki kanan, dan tidak terdapat tanda-tanda perdarahan.

13) Sistem Muskuloskeletal

Klien mengeluh nyeri, pegal dan kesemutan di ekstremitas bawah, skala nyeri: 6(0-10), Klien mengeluh sulit untuk beraktivitas, klien merasa tidak nyaman saat beraktivitas, tidak ada tanda-tanda fraktur, tidak mengalami tanda-tanda peradangan sendi, Klien tidak menggunakan alat bantu seperti traksi, spalk dan gips, tonus otot lemah.

h. Pengobatan yang diberikan kepada Ny.M

Tabel 3. 1

Pengobatan yang diberikan kepada Ny.M di ruang Fresia lantai 3 RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara pada tanggal 17-19 November 2021

NO	TERAPI	PEMBERIAN	METODE
1	NaCL	500ml 20tpm	IV
2	Metformin	3x 500 mg	Oral
3	Insulin	3x6 unit/½jam	IM
4	Ketorolac	15 mg/12 jam	IV
5	Sukralafat	3x10cc	Oral

i. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3. 2

Hasil pemeriksaan laboratorium Ny.M di Ruang Fresia RSUD Handayani Kotabumi,
tanggal 17 November 2021

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
1	Hemoglobin	8,9 gr/dl	12,0 – 16,0
2	Leukosit	15.500/ul	3600-11000/ul
3	Trombosit	287.000	150000-400000
4	GDS	300mg/dl	70-144mg/dl
5	Hematokrit	26 %	37 – 45
6	Llimfosit	8 %	20 – 40
7	Albumin	2.0 mg/dl	20 – 40
8	Ureum	50 mg/dl	0,6 – 0,9
9	Natrium	133,62 meg	135 – 145
10	Kalium	4.81 meg	3,5 – 5,5
11	Chlorida	95,98 meg	96 – 106
12	Calrium	1.03 mmol/l	1,10 – 1,35
13	Kreatinin	0,1 mg/dl	0,6 – 0,9
14	SARS COV-19	Negatif	Negatif

j. Data fokus

Tabel 3. 3

Data fokus Ny.M

Data subjektif	Data objektif
1. Klien mengeluh lemas sejak seminggu yang lalu	1. Kesadaran Klien kompos mentis, GCS : E4M6V5
2. Klien mengatakan selalu merasa haus berlebihan, klien mengatakan sehari klien minum 8-10 gelas/hari	2. Klien tampak gelisah
3. Klien mengatakan sering cek gula darah sewaktu tetapi hasilnya kadang rendah dan kadang tinggi, klien mengatakan 3 hari yang lalu cek GDS dengan hasil 300 mg/dl	3. Klien tampak lemah
4. Klien mengatakan selalu BAK 8-10x/hari Dengan sekali BAK $\pm$ 1 gelas/200cc	4. Mulut klien tampak kering
5. Klien mengatakan sudah 2 tahun memiliki riwayat DM	5. Jumlah urine meningkat
6. Klien mengatakan betis kaki kanan terasa nyeri, klien mengatakan nyeri seperti di tusuk tusuk, klien mengatakan nyeri sedang,	6. GDS : 300mg/dl
7. klien mengatakan nyeri terasa bila saat beraktifitas, klien mengatakan nyeri hilang timbul	7. Klien tampak meringis
8. klien mengatakan sulit tidur di malam hari	8. Skala nyeri 6 (0-10)
	9. Mata klien tampak merah
	10. Tampak kantung mata
	11. SPO2 : 96%
	12. Leukosit : 15.500/ul
	13. Hemoglobin : 8,9gr/dl
	14. TD: 130/90 mmHg, S: 36,7 °c N: 95x/mnt, RR: 20x/mnt
	15. GCS: 15: E4M6V5,
	16. TB:150cm, BB:42kg
	17. Klien mendapatkan terapi Infus NaCl 500ml 20tpm

Data subjektif	Data objektif
9. karena nyeri 10. klien mengatakan tidur terbangun terus 11. klien mengatakan pola tidur berubah 12. klien mengatakan sulit saat beraktifitas 13. klien mengatakan merasa tidak nyaman saat beraktifitas 14. klien mengatakan mudah lelah	18. Klien mendapat terapi obat metformin 3x500 mg 19. Insulin 3x6unit/½jam (IM) Ketorolac 15mg 2x1/12jam (IV) sukralfat 3x10cc

B. Analisa data

Tabel 3. 4
Analisa data Ny.M

No.	Data	Masalah	Etiologi
1	DS: 1. Klien mengeluh lemas sejak seminggu yang lalu 2. Klien mengatakan selalu merasa lelah 3. Klien mengatakan selalu merasa haus berlebihan, klien mengatakan sehari klien minum 8-10 gelas/hari 4. Klien mengatakan sering cek gula darah tetapi hasil nya kadang rendah dan kadang tinggi, klien mengatakan terakhir cek 3 hari yang lalu dengan hasil GDS:300mg/dl 5. Klien mengatakan selalu BAK 8-10x/hari Dengan sekali BAK ± 1 gelas/200cc DO: 6. Klien tampak lemah 7. Mulut tampak kering 8. Jumlah urine ± 1800 - 2000 cc/ hari 9. GDS : 300mg/dl 10. TD : 130/90 mmHg, S: 36,7°C N: 95x/mnt, RR: 20x/mnt, SPO2: 96%,	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Gangguan toleransi glukosa darah
2	DS: 1. Klien mengatakan betis kaki kanan terasa nyeri 2. Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk 3. Klien mengatakan sulit tidur karna terasa nyeri pada betis kaki kanan. DO: 1. Klien tampak gelisah	Nyeri akut	Agen pencedera fisiologis (inflamasi)

No.	Data	Masalah	Etiologi
	2. Klien tampak meringis 3. Skala nyeri : 6 (0-10) 4. TD: 130/90 mmHg, N: 95x/mnt, S: 36,7°C, RR: 20x/mnt, SPO2: 96%		
3	DS: 1. Klien mengatakan susah tidur di malam hari 2. Klien mengeluh kebangun terus saat tidur 3. Klien mengeluh pola tidur berubah DO : 1. TD: 130/90 mmHg, N: 95/mnt, S: 36,7°C, RR: 20x/mnt, SPO2: 96% 2. Tampak gelisah 3. Terlihat mata klien merah dan terdapat kantung mata	Gangguan pola tidur	Kurangnya kontrol tidur
4	DS: 1. Klien mengatakan sulit saat beraktivitas 2. Klien merasa lemah 3. Klien merasa tidak nyaman saat beraktivitas DO: 1. TD: 130/90 mmHg, N: 95/mnt, S: 36,7°C RR: 20x/mnt, SPO2: 96%	Intoleransi aktivitas	Kelemahan

C. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data diatas pada Ny.M sesuai prioritas masalah diagnosa keperawatan yang menjadi prioritas utama adaah:

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

D. Rencana keperawatan

Tabel 3. 5
Rencana keperawatan Ny.M

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah. DS: 1. Klien mengeluh lemas sejak seminggu yang lalu 2. Klien mengatakan selalu merasa lelah 3. Klien mengatakan selalu merasa haus berlebihan, klien mengatakan sehari klien minum 8-10 gelas/hari 4. Klien mengatakan sering cek gula darah tetapi hasilnya kadang rendah dan kadang tinggi, terakhir klien cek GDS 3 hari yang lalu dengan hasil 200mg/dl 5. Klien mengatakan selalu BAK 8-10x/hari Dengan sekali BAK $\pm$ 1 gelas/200cc DO: 1. Klien tampak lemah 2. Mulut tampak kering 3. Jumlah urine meningkat 4. GDS : 300mg/dl 5. TD : 130/90 mmHg, S: 36,7°C, N: 95x/mnt, RR: 20x/mnt, SPO2: 96%,	Kestabilan Kadar Glukosa Darah Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil : a. Klien tidak lelah setelah melakukan aktivitas. b. Kadar Gula Darah sewaktu < 200 gl/dL c. Klien tidak terlalu sering merasa haus d. Klien tidak mengeluh mulutnya terasa kering e. jumlah urine $\pm$ 1800-2000 ml sehari	Manajemen Hiperglikemia Observasi : 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor kadar glukosa darah 3. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis kelemahan, pandangan kabur, sakit kepala) Terapeutik : 1. Berikan asupan cairan oral. 2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi : 1. Anjurkan menghindari olahraga jika kadar glukosa darah lebih dari 250mg/dl 2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 3. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 4. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis obat oral, penggantian karbohidrat) Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian cairan IV

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
2.	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (inflamasi) DS: - Klien mengatakan di betis kaki kanan nyeri seperti di tusuk tusuk, nyeri hilang timbul - Klien mengatakan sulit tidur karna nyeri - Klien mengatakan kaki sakit saat di gerakan DO: - Klien tampak gelisah - Klien tampak meringis - Skala nyeri : 6 (0-10) - TD: 130/90 mmHg, N: 95/mnt, S: 36,7°c RR: 20x/mnt, SPO2: 96%	Tingkat Nyeri Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : - Klien sudah tidak terlalu sering mengeluh nyeri - Klien sudah tidak tampak sering meringis menahan nyeri - Klien dapat tidur sesuai kebutuhan dengan nyaman - Klien tidak tampak gelisah	Manajemen Nyeri Observasi : - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik : - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis terapi musik, kompres hangat/dingin) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi : - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Ajarkan tekhnin non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
3.	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan. DS: 1. Klien mengatakan sulit beraktivitas 2. Klien merasa lemah 3. Klien merasa tidak nyaman setelah beraktivitas DO: 1. TD: 130/90 mmHg, N: 95x/mnt, S: 36,7°C, RR: 22x/mnt, SPO2: 96% 2. Klien tampak lemah	Toleransi aktivitas Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Klien tidakk merasa lelah setelah aktivitas 2. Klien tidak merasakan lemah	Manajemen energi Observasi : 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik : 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif Edukasi : 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Kolaborasi: Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

E. Implementasi dan Evaluasi

1. Hari pertama (17 November 2021)

Nama Klien : Ny.M

Dx medis : Diabetes Melitus

Ruang : Fresia

No.RM : 201934

Tabel 3. 6
Implementasi dan Evaluasi Asuhan Keperawatan Pada Ny.M

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Pukul 19:15 WIB 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Memonitor kadar glukosa darah 3. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia(kelemahan,mudah haus,poliuria) Pukul 19:20 4. Memberikan asupan cairan oral (air putih) 5. Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 6. Kolaborasi dengan diet Pukul 19:25 7. Memberikan insulin 3x6 unit/½ jam sebelum makan 8. Memberikan cairan IV NaCl	Pukul 20.00 S: 1. Klien mengatakan masih lemas dan lelah 2. Klien mengatakan masih selalu merasa haus dan hari ini sudah minum sebanyak 9 gelas 3. Klien mengatakan sering cek gula darah tetapi hasilnya kadang rendah dan kadang tinggi,3 hari yang lalu klien cek GDS dengan hasil 300 mg/dl 4. Klien mengatakan sudah BAK sebanyak 8-10x O: 1. Klien tampak lemah 2. Mulut klien tampak kering 3. GDS :300mg/dl A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor kadar glukosa darah 2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia(kelemahan,poliuria) 3. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 4. Anjurkan kepatuhan terhadap diet 5. Ajarkan pengelolaan diabetes (obat oral,pengganti karbohidrat 6. Kolaborasi pemberian insulin 3x10unit/½ jam sebelum makan	 Kanti Sholekha

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf
2	Pukul 19:30 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Menidentifikasi skala nyeri Pukul 19:35 3. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri(relaksasi nafas dalam) 4. Memfasilitasi istirahat dan tidur 5. Memberikan obat ketorolac 15mg iv	Pukul 20:00 S: 1. klien mengatakan masih nyeri di betis kaki kanan,nyeri seperti di tusuk tusuk,nyeri hilang timbul 2. klien mengatakan susah tidur karna nyeri pada kaki 3. klien mengatakan nyeri sedikit berkurang saat relaksasi nafas dalam O: 1. Klien tampak meringis memegang kaki bagian kanan 2. Klien tampak Gelisah 3. Skala nyeri 6(0-10) A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. monitor skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 5. anjurkan monitor nyeri secara mandiri. 6. Ajaran teknik non farmakologis untuk memperingan nyeri 7. Kolaborasi pemberian analgetik ketorolac 15mg/hr 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik	 Kanti Sholekha

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf
3	Pukul 19:40 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor pola dan jam tidur Pukul 19:50 3. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus,(suara,) 4. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	Pukul 19:55 S: 1. Klien mengatakan sering lelah sehabis beraktifitas 2. Klien merasa tidak nyaman saat beraktivitas 3. Klien mengatakan sulit tidur saat malam hari 4. Klien mengatakan sering terbangun saat tidur karna ada suara berisik O: 1. TD: 130/90 mmHg, N: 95x/mnt, S: 36,7°C RR: 20x/mnt, SPO2: 96% 2. Klien tampak kelelahan A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Manajemen energi 2. identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 3. monitor lokasi dan ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas 4. lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 5. anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.	 Kanti Sholekha

2. Hari kedua (18 November 2021)

Nama Klien : Ny.M

Dx medis : Diabetes Melitus

Ruang : Fresia

No.RM : 201934

Tabel 3. 7
Implementasi dan evaluasi asuhan keperawatan pada Ny.M

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Pukul 14.00 WIB - Memeriksa TD, S, N, RR - Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia - Memonitor kadar glukosa darah Pukul 14:10 - Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (kelemahan, mual, haus, poliuria) - Memberikan asupan cairan oral (air minum) Pukul 14:15 - Menganjurkan menghindari olahraga jika kadar glukosa darah lebih dari 250mg/dl - Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga Pukul 14:20 - Memberikan terapi obat metformin 500mg - Glimepirid 1mg 1x1	Pukul 14.30 S: - Klien mengatakan masih lemas tetapi sudah berkurang sedikit - Klien mengatakan lelah berkurang sedikit - Klien mengatakan masih merasa haus klien mengatakan sudah minum 8 gelas - Klien mengatakan BAK sudah 6x dengan sekali BAK $\pm$ 200cc - Klien mengatakan makan makanan yang dari rumah sakit dan tidak makan makanan yang dari luar - Klien mengatakan mual setelah minum obat O: - Mulut masih tampak kering - Jumlah urine masih meningkat - GDS : 245mg/dl - TD : 140/90 mmHg, S: 36,3°C N: 90x/mnt, RR: 21x/mnt, SPO2: 97% A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Manajemen hiperglikemia - periksa TD, S, N, RR - monitor kadar glukosa darah - monitor tanda dan gejala hiperglikemia (kelemahan) - anjurkan kepatuhan diet dan olahraga - Kolaborasi dengan dokter pemberian metformin 3x 500 mg - Glimepirid 1mg 1x1 - Sukralafat 3x10 cc	 Kanti Sholekha

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf
2	Pukul .14:35 1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. memonitor skala nyeri 3. mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri pukul 14:40 4. mengajarkan teknik non farmakologis untuk memperingan nyeri (tarik nafas melalui hidung selama 3 detik lalu hembuskan melalui mulut perlahan lakukan selama 3x atau sampai nyeri berkurang) 5. memberikan analgetik ketorolak 15mg/hr 6. Monitor efek samping penggunaan analgetik	Pukul 14:50 S: 1. Klien mengatakan nyeri di betist kaki kanan berkurang,tetapi masih terasa seperti di tusuk tusuk 2. Klien mengatakan nyeri kambuh saat kaki mulai di gerakan dan nyeri hilang saat melakukan relaksasi nafas dalam 3. Klien mengatakan nyeri berkurang setelah diberi obat yang di masukan lewat infusan 4. Klien mengatakan setelahdi beri obat nyeri ,nyeri sedikit hilang O: 1. Gelisah Klien menurun 2. Meringis menurun 3. Skala nyeri : 4 (0-10) 4. TD : 140/90 mmHg, S: 36, N: 88x/mnt, RR: 22x/mnt, SPO2: 97% 5. Klien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan benar A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Manajemen nyeri 2. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 3. memonitor skala nyeri 4. fasilitasi istirahat dan tidur 5. anjurkan monitor nyeri secara mandiri 6. memberikan analgetik ketorolak 15mg/hr 7. Monitor efek samping penggunaan analgetik	 Kanti Sholekha

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf
3	Pukul 14:55 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Pukul 15:00 3. Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif (gerakan memutar pada pergelangan tangan, gerakan menekuk dan meluruskan pada tangan, kaki secara perlahan) 4. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	Pukul 15:10 S: 1. Klien mengatakan kaki kanan lemah berkurang 2. Klien masih merasa tidak nyaman pada kaki kanan saat beraktivitas 3. Klien mengatakan merasa enakan setelah melakukan latihan gerak pasif O: 1. TD : 140/90 mmHg, S: 36,3°C N: 90x/mnt, RR: 21x/mnt, SPO2: 97% 2. Klien kooperatif saat dilakukan tindakan latihan gerak pasif A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Manajemen energi 2. identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 3. lakukan latihan rentang gerak pasif 4. Anjurkan lakukan latihan fisik secara bertahap 5. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang	 Kanti Sholekha

3. Hari ketiga (19 November 2021)

Nama Klien : Ny.M

Dx medis : Diabetes Melitus

Ruang : Fresia

No.RM : 201934

Tabel 3. 8
Implementasi dan evaluasi asuhan keperawatan pada Ny.M

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Pukul 7:00 WIB 1. memeriksa TD, S, N, RR 2. memonitor kadar glukosa darah 3. memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (kelemahan,haus berlebih,poliuria) Pukul 7:10 4. menganjurkan menghindari olahraga jika kadar glukosa darah lebih dari 250mg/dl 5. menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga Pukul 7:15 6. Glimepirid 1mg 1x1 7. Metformin 3x500mg 8. Sukraflat 3x10cc	Pukul 08:00 S: 1. Klien mengatakan tidak lemas lagi 2. Klien mengatakan lelah berkurang 3. Klien mengatakan sudah tidak terlalu merasa haus 4. Klien mengatakan sudah mulai berolahraga menggerakkan kaki dan badan sedikit. 5. Klien mengatakan masih makan makanan yang dari rumah sakit tidak makan dari makanan luar. 6. Klien mengatakan sudah tidak mual jika sehabis minum obat metformin O: 1. Mulut tidak tampak kering 2. Jumlah urine sudah mulai normal 3. GDS : 185 mg/dl 4. TD : 120/80 mmHg, S: 36,5 N: 88x/mnt, RR: 20x/mnt, SPO2: 98% A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi P: hentikan intervensi 1. Manajemen hiperglikemia	 Kanti Sholekha

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf
2	Pukul 08:10 1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. memonitor skala nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Pukul 08:15 4. Kolaborasi pemberian analgetik ketorolak 15mg/hr 5. Monitor efek samping penggunaan analgetik	Pukul 08.20 S: 1. Klien mengatakan nyeri betis kaki kanan berkurang 2. Klien mengatakan setelah diberi obat melalui infus nyeri hilang,tetapi merasa kantuk O: 1. Gelisah Klien menurun 2. Meringis menurun 3. Skala nyeri : 2 (0-10) 4. TD : 120/80 mmHg, S: 36,5 N: 88x/mnt, RR: 20x/mnt, SPO2: 98% A: Masalah nyeri akut teratasi P: hentikan intervensi.	 Kanti Sholekha
3	Pukul 08:20 1. identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. monitor kelelahan fisik dan emosional 3. monitor pola dan jam tidur	Pukul 08:30 S: 1. Klien mengatakan kaki kanansudah bisa memulai beraktivitas 2. Klien mengatakan lemah berkurang 3. Klien mengatakan kaki kanan sudah mulai nyaman saat beraktivitas 4. Klien mengatakan sudah mulai tidur nyenyak O: 1. TD : 120/80mmHg, S: 36,5 N: 88x/mnt, RR: 20x/mnt, SPO2: 98% A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi P: Hentikan intervensi	 Kanti Sholekha