

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas klien

Pengkajian dilakukan pada hari senin tanggal 13 Mei 2019, klien masuk rumah sakit pada tanggal 10 Mei 2019, nama klien Ny.S , umur 61 tahun,dengan diagnosa medis diabetes melitus + ulkus, dirawat di RS Handayani Kotabumi Lampung Utara, alamat klien Ketapang, status perkawinan sudah menikah, beragama islam, pendidikan Sekolah Dasar (SD), pekerjaan wiraswasta.

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Klien datang ke IGD RS Handayani Kotabumi pada tanggal 10 Mei 2019 dengan keluhan lemas, nyeri, dan terdapat luka di punggung kaki sebelah kiri. Saat ini tanggal 13 Mei 2019 klien mengatakan terdapat luka di punggung kaki sebelah kiri,luka kurang lebih 10cm,luka bau,warna luka merah kehitaman, terdapat pus.

b. Keluhan saat pengkajian

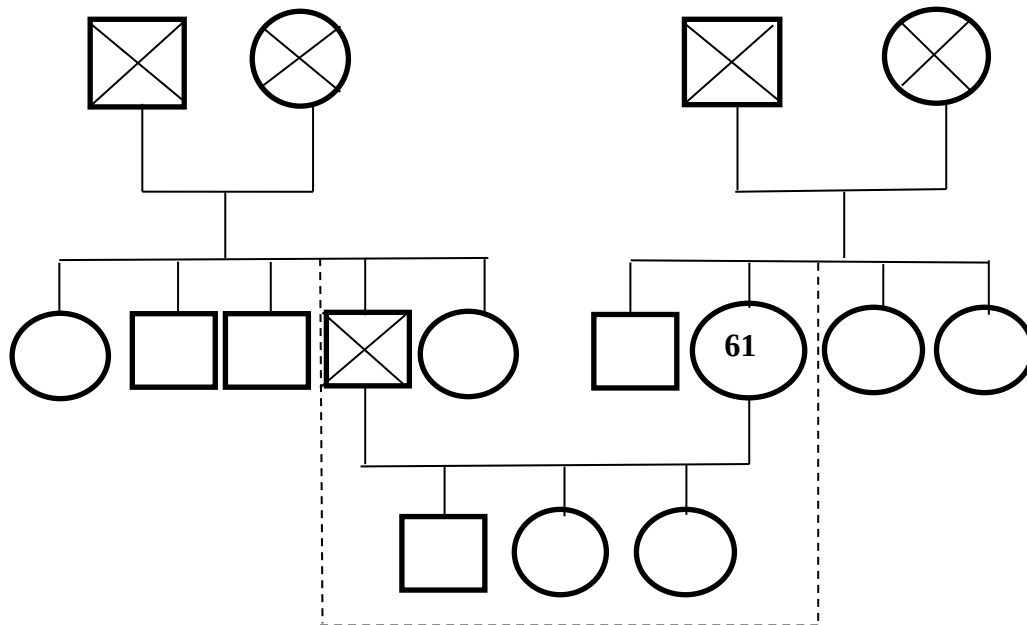
Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan ada luka di punggung kaki sebelah kiri, klien mengatakan nyeri pada luka ulkus di punggung kaki, nyeri dirasakan sudah 1 minggu yang lalu, nyeri dirasakan jika kaki digerakkan, nyeri seperti tertusuk jarum, skala nyeri 5, nyeri hilang timbul, klien tampak meringis menahan nyeri,klien mengatakan nyeri

sampai ke betis, tampak meringis kesakitan. selain keluhan diatas terdapat keluhan klien mengatakan pusing, klien mengatakan lemas dan Lesu.

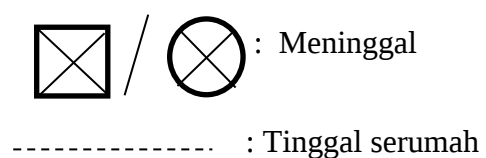
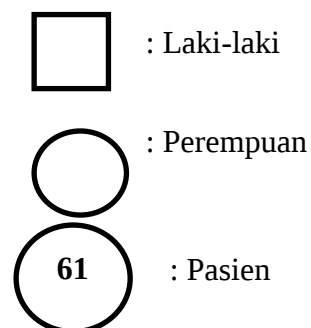
3. Riwayat Kesehatan lalu:

Klien mengatakan tidak ada alergi obat, klien mengatakan belum pernah mengalami kecelakaan, klien mengatakan baru kali ini dirawat di rumah sakit, tidak memiliki riwayat penyakit berat, tidak ada riwayat pengobatan, tidak ada riwayat operasi.

4. Riwayat kesehatan keluarga



Keterangan :



5. Riwayat psikososial dan spiritual

Klien mengatakan ketika ada masalah keluarga, keuangan, pekerjaan di selesaikan secara keluarga, klien mengatakan tidak ada masalah saat berkomunikasi

6. Lingkungan

Klien mengatakan lingkungan rumah bersih, tidak ada polusi, jauh dari pabrik, klien mengatakan lingkungan kerja bersih, tidak ada polusi.

7. Pola nutrisi dan cairan

a. Pola nutrisi

Klien makan melalui oral, klien makan 3 kali sehari hanya menghabiskan 2 sendok, klien ada diet DM, klien mengatakan tidak ada alergi makanan, klien sering makan ubi2an.

b. Pola cairan

Klien mengatakan minum kurang lebih 7 gelas per hari, klien terpasang RL 20 tetes per menit, klien tidak mengalami edema.

8. Pola Eliminasi

a. BAK

Klien mengatakan BAK 4-6 kali sehari, warna urine kuning jernih, bau khas urine, klien mengatakan tidak ada keluhan saat BAK.

b. BAB

Klien mengatakan BAB 1 kali dalam 2 hari, warna khas feses, bau khas feses, klien mengatakan dalam BAB, Klien tidak menggunakan obat pencabar.

9. Pola personal hygiene

Klien mengatakan mandi 2 kali dalam sehari, Klien mengatakan mandi hanya di usap, klien mandi pagi dan sore.

10. Pola istirahat dan tidur

Klien mengatakan sulit tidur, biasanya klien tidur 7-8 jam perhari setiap malam saat dirumah, saat sakit klien tidur hanya 4-5 jam perhari setiap malam, klien mudah terbangun saat tidur, klien mengatakan lemas dan lesu.

11. Pola Aktivitas dan latihan

Klien mengatakan bekerja sebagai pedagang, klien mengatakan kerja dari pagi samapai malam, klien mengatakan kadang sakit di kaki, saat sakit klien hanya terbaring di tempat tidur, klien mengatakan aktivitasnya di bantu seperti mandi, bab/bak, klien tampak lemah.

12. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengatakan belum mengetahui tentang penyakitnya, klien tidak merokok, minuman keras, atau ketergantungan obat.

13. Pola seksual reproduksi

Klien tidak memiliki masalah dalam seksual reproduksi

14. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Umum

Tingkat kesadaran Klien composmentis, Tekanan darah: 130/90, Nadi: 80x/menit, RR: 20x/menit, Suhu: 36,2°C, TB: 170, BB: 79kg

b. Sistem penglihatan

Klien tidak ada masalah penglihatan, posisi mata simetris, konjungtiva tidak anemis, tidak memakai alat bantu penglihatan

c. Sistem pendengaran

Klien tidak memiliki masalah dalam pendengaran

d. Sistem wicara

Klien tidak memiliki gangguan wicara

e. Sistem pernafasan

Klien mengatakan tidak sesak, tidak ada suara nafas tambahan, RR: 22x/menit

f. Sistem Kardiovaskuler

Klien tidak memiliki masalah kardiovaskuler, Nadi: 80x/menit, pengisian CRT < 2 detik, klien tidak ada nyeri dada

g. Neurologi

Glasgow Coma Scale (GCS) E₄M₆V₅, Kekuatan otot

4444	4444
4444	4444

h. Sistem pencernaan

Klien mengatakan tidak mengalami kesulitan saat menelan, Klien tidak muntah, tidak ada nyeri pada daerah perut

i. Sistem imunologi

Klien tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

j. Sistem endokrin

Napas klien tidak bau keton, tidak tremor, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, klien mengatakan sering merasa haus

k. Sistem urogenital

Klien tidak ada masalah pada sistem urogenital, klien tidak terpasang kateter

l. Sistem integumen

Keadaan rambut klien bersih, keadaan kuku klien bersih, keadaan kulit klien bersih, klien terdapat luka di punggung kaki, panjang luka 10cm, lebar 5cm, kedalaman 1 mm, luka berbau, warna luka merah kehitaman.



m. Sistem muskuloskeletal

Klien tidak ada tanda-tanda fraktur, sakit pada tulang dan sendi, klien tidak menggunakan alat bantu

15. Penatalaksanaan Medis

Tabel 3.1
Pengobatan Ny.S diruang bedah RSD Mayjend HM Ryacudu
Kotabumi Lampung Utara 13-15 Mei 2019

13 Mei 2019	14 Mei 2019	15 Mei 2019
Ceftriaxone 2x1 Ketorolac 3x1 Ranitidin 2x1 Glimepirid Insulin 8 unit 3x1	Ceftriaxone 2x1 Ketorolac 3x1 Ranitidin 2x1 Insulin 8 unit 3x1	Ceftriaxone 2x1 Ketorolac 3x1 Ranitidin 2x1 Insulin 8 unit 3x1

16. Penatalaksanaan keperawatan

- a. Menagganti balutan
- b. Memonitor tanda tanda vital
- c. Memantau keluhan klien
- d. Memonitor glukosa darah

17. Hasil Laboratorium

Tabel 3.2
Hasil Laboratorium Ny.S di ruang bedah RSD Mayjend HM Ryacudu
Kotabumi Lampung Utara 13-15 Mei 2019

No	Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Nilai
1	13 Mei 2019	Glukosa Darah Sewaktu	343	100-200mg/Dl
2	14 Mei 2019	Glukosa Darah Sewaktu	317	100-200mg/Dl
3	15 Mei 2019	Glukosa Darah Sewaktu	251	100-200mg/Dl
4	13 mei 2019	Hemoglobin	10,90	12.00-16.00 gr/dl

18. Data Fokus

Dari hasil pengkajian dapat di paparkan beberapa data yang bermasalah pada Ny.H yang tertulis pada tabel sebagai berikut:

Tabel 3.3
Data Fokus

Data Subjektif	Data Objektif
1	2
1. Pasien Mengatakan Terdapat luka pada kakinya 2. Pasien mengatakan Nyeri pada ulkus di punggung kaki 3. Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk jarum 4. Pasien mengatakan nyeri timbul ketika kaki di gerakkan 5. Pasien mengatakan nyeri hilang saat istirahat 6. Pasien mengatakan nyeri sejak	1. Terdapat luka di punggung kaki kiri klien 2. Panjang luka 10cm, lebar 5 cm, kedalaman 1 mm 3. Warna luka merah kehitaman 4. Terdapat pus 5. Luka berbau 6. Pasien tampak meringis kesakitan skala nyeri 5 (0-10) 7. Pasien tampak lemah 8. TD: 130/90 mmHg

1	2
1 minggu yang lalu 7. Klien mengatakan lemas 8. Klien mengatakan lesu 9. Klien mengatakan sulit tidur dan mudah terbangun 10. Klien mengatakan saat sakit tidur 4-5 jam dalam sehari 11. Klien mengatakan jika mandi hanya di usap 12. Klien di bantu oleh keluarga dalam BAB dan BAK Klien mengatakan pusing	9. RR: 20x/menit 10. T: 36,2 C 11. N: 80x/menit 12. GDS : 343 mg/dl 13. Pasien tampak di bantu oleh keluarganya dalam BAB dan BAK 14. Klien tampak hanya terbaring di tempat tidur 15. Hemoglobin: 10,90 gr/dl Tampak diberikan insulin 8 unit 3x8/ 8 jam

19. Analisa data

Dari hasil pengkajian sebagaimana tercantum pada data fokus maka dapat dilakukan analisa data sebagai berikut:

Tabel 3.4
Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1	DS : 1. Klien mengatakan terdapat luka pada punggung kaki kiri DO :  1. Tampak luka pada punggung kaki kiri 2. panjang luka 10 cm, lebar 5 cm, kedalaman 1 mm 3. Terdapat pus 4. Luka berbau 5. Warna luka merah kehitaman 6. Tampak diberikan insulin 8 unit 3x8/ 8 jam	Gangguan intergitas kulit dan jaringan	Perubahan hormonal (insulin)

1	2	3	4
2	DS : 1. Klien mengatakan Nyeri pada luka ulkus di kaki 2. Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk jarum 3. Klien mengatakan nyeri hilang saat istirahat 4. Klien mengatakan Nyeri sejak 1 minggu yang lalu DO : 1. Pasien tampak meringis kesakitan 2. Skala nyeri 5 (0-10)	Nyeri Akut	Agen pencedera fisiologis (inflamasi dan iskemi)
3	DS : 1. Klien mengatakan lemas 2. Klien mengatakan lesu 3. Klien mengatakan pusing DO : 1. Klien tampak lemah 2. GDS : 343 mg/dl	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Gangguan toleransi glukosa
4	DS : 1. Klien mengatakan sulit tidur 2. Klien mengatakan mudah terbangun saat tidur 3. Klien mengatakan saat sakit tidur 4-5 jam dalam sehari DO : 1. Klien tampak lemah 2. Klien tampak lemas 3. Klien tampak lesu	Gangguan pola tidur	Kurangnya kontrol tidur
5	DS : 1. Klien mengatakan di bantu oleh keluarga untuk mandi 2. Klien mengatakan di bantu oleh keluarga nya dalam BAB dan BAK DO : 1. Klien tampak dimandikan oleh keluarga hanya di usap 2. Klien tampak di bantu keluarga dalam BAB dan BAK	Defisit Perawatan Diri	Kelemahan

1	2	3	4
6	DS : 1. Klien mengatakan memiliki penyakit diabetes DO : 1. Tampak luka pada punggung kaki kiri 2. Luas luka Panjang 10 cm, lebar 5 cm, kedalaman 1 mm 3. Hemoglobin: 10,90 gr/dl	Resiko Infeksi	Penyakit kronis (diabetes melitus)

B. Diagnosa Keperawatan

1. Dari analisa data dapat ditegakkan diagnosa keperawatan, antara lain :
 - a. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan hormonal (insulin) ditandai dengan kerusakan kulit/jaringan,kemerahan
 - b. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (inflamasi dan iskemi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri,tampak meringis
 - c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa ditandai dengan pasien lelah dan lesu
 - d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurangnya kontrol tidur ditandai dengan pasien mengeluh sulit tidur
 - e. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan ditandai dengan tidak mampu mandi/ke toilet/secara mandiri
 - f. Resiko Infeksi ditandai dengan penyakit kronis diabetes melitus
2. Prioritas diagnosa keperawatan
 - a. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan hormonal(insulin) ditandai dengan kerusakan kulit/jaringan,kemerahan
 - b.Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (inflamasi dan iskemi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri,tampak meringis
 - c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa darah ditandai dengan pasien lelah dan lesu

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5
Rencana keperawatan kepada Ny.S di ruang bedah

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	2	3	4
1	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan diabetes melitus ditandai dengan DS : 1. Klien mengatakan terdapat luka pada punggung kaki kiri DO : 1. Tampak luka pada punggung kaki kiri 2. panjang luka 10 cm, lebar 5 cm, kedalaman 1 mm 3. Terdapat pus 4. Luka berbau 5. Warna luka merah kehitaman	Integritas kulit dan jaringan (L. 14125) 1. Warna luka kemerahan (5) Penyembuhan luka (L.14130) 1. Bau pada luka berkurang (5) 2. Tidak edema pada luka (5)	Perawatan luka (I.14564) 1. Monitor karakteristik luka (mis. ukuran, bau, warna) 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Lepaskan balutan dan plester 4. Bersihkan dengan NaCl atau pembersih nontoksik 5. Pasang balutan sesuai jenis luka 6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam 7. Kolaborasi pemberian antibiotik 8. Jelaskan tanda dan gejala infeksi Perawatan integritas kulit (I.11353) 1. Anjurkan minum air yang cukup 2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 3. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit

1	2	3	4
2	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (inflamasi dan iskemi) ditandai dengan DS : 1. Klien mengatakan Nyeri pada luka ulkus di punggung kaki 2. Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk jarum 3. Klien mengatakan nyeri hilang saat istirahat 4. Klien mengatakan Nyeri sejak 1 minggu yang lalu DO : 1. Klien tampak meringis kesakitan 2. Skala nyeri 5 (0-10) 3. TD : 130/90 mmhg N : 80 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,2 C	Tingkat Nyeri (L.08066) 1. Tidak ada Keluhan nyeri (5) 2. Meringis (5) 3. Gelisah (5) 4. Tekanan darah normal (5)	Manajemen Nyeri (I.08238) 1. Identifikasi lokasi, karakteristik 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor memperberat dan memperingan nyeri 4. Berikan teknik non farmakologi (relaksasi nafas dalam) 5. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 6. Kolaborasi dalam pemberian analgetik 7. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri Pemberian analgesik (I.08243) 1. Identifikasi alergi obat 2. Monitor tanda tanda vital 3. Dokumentasikan respon terhadap efek analgesik 4. Jelaskan efek terapi

1	2	3	4
3	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa ditandai dengan DS : 1. Klien mengatakan lemas 2. Klien mengatakan lesu 3. Klien mengatakan pusing DO : 1. Klien tampak lemah 2. GDS : 343 mg/dl	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (L.03022) 1. Lelah/lesu berkurang (5) 2. Berkeringat (5) 3. Rasa haus (5) 4. Tidak pusing (5)	Manajemen Hiperglikemia (I. 03115) 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor kadar gula darah 3. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 4. Berikan asupan cairan oral 5. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 6. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 7. Ajarkan pengelolaan diabetes (pengganti karbohidrat) 8. Kolaborasi pemberian insulin Pemberian obat (I.02062) 1. Identifikasi kemungkinan alergi dan kontraindikasi obat 2. Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman 3. Lakukan prinsip 6 benar 4. Dokumentasikan pemberian obat dan respons terhadap obat

D. Implementasi dan evaluasi

Tabel 3.6
Implementasi dan Evaluasi kepada Ny.S di ruang bedah
Catatan Perkembangan hari pertama

No	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	13 Mei 2019 16.00 Wib 16.10 Wib 16.20 Wib 19.00 Wib	1. Melihat karakteristik luka misalnya warna luka, ukuran luka, bau luka 2. Melihat tanda-tanda infeksi seperti kemerahan 3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Kolaborasi dalam pemberian antibiotik ceftriaxone 2x1/12 jam IV	Pukul: 21.00 Wib S: 1. Klien mengatakan terdapat luka pada punggung kaki kiri O:  1. Tampak luka pada punggung kaki kiri 2. Panjang luka 10 cm, lebar 5cm, kedalaman 1 mm 3. Terdapat pus 4. Luka berbau 5. Warna luka merah kehitaman A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Perawatan luka (c: I.14564 h: 328) 2. Perawatan integritas kulit (c: I.11353 h: 316) Perawat JAYENG S

1	2	3	4
2	13 Mei 2019 17.30 Wib 17.45 Wib 17.50 Wib 18.30 Wib 18.45 Wib 19.00 Wib	1. Mengkaji nyeri seperti lokasi, karakteristik 2. Mengkaji skala nyeri 3. Mengkaji faktor memperberat dan memperingan nyeri 1. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Memonitor tanda tanda vital 3. Berkolaborasi dalam pemberian analgetik - Ketorolac 3x1/ 8 jam IV - Ranitidin 2x1/ 12 jam IV	Pukul: 21.00 Wib S: 1. Klien mengatakan Nyeri pada luka ulkus di punggung kaki 2. Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk jarum 3. Klien mengatakan nyeri hilang saat istirahat 4. Klien mengatakan Nyeri sejak 1 minggu yang lalu O: 1. Klien tampak meringis kesakitan 2. Skala nyeri 5 (0-10) 3. TD : 130/90 mmhg N : 80 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,2 C A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1.Manajemen Nyeri(c: 08238 h: 201) 2.Pemberian analgesik (c: I.08243 h:251) Perawat JAYENG S
3	13 Mei 2019 20.00 Wib 20.30 Wib 20.45 Wib 21.00 Wib	1. Mengkaji kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Memonitor kadar glukosa darah 3. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 4. Pemberian insulin 8 unit 3x1 /8 jam IM	Pukul: 21.00 Wib S: 1. Klien mengatakan lemas 2. Klien mengatakan lesu 3. Klien mengatakan pusing O: 1. Klien tampak lemah 2. GDS : 343 mg/dl A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Manajemen Hiperglikemia (c: I. 03115 h: 180) 2. Pemberian obat (c: I.02062 h: 257) Perawat JAYENG S

Tabel 3.7
Implementasi dan Evaluasi kepada Ny.S di ruang bedah
Catatan perkembangan hari kedua

No	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	14 Mei 2019 08.00 Wib 08. 30Wib 10.00Wib 10.30 Wib 12.30 Wib	1. Melakukan perawatan luka 2. Monitor karakteristik luka 3. Menganjurkan perubahan posisi miring kanan miring kiri setiap 2 jam 4. Menganjurkan minum air yang cukup 8 gelas/hari 5. Kolaborasi dalam pemberian antibiotik ceftriaxone 2x1/12 jam IV	Pukul: 14.00 Wib S: 1. Pasien mengatakan nyaman setelah diganti balutan O: 1. Tampak lebih nyaman 2. Panjang luka 10 cm, lebar 5 cm, kedalaman 1 mm 3. Luka tampak bersih 4. Warna luka merah kehitaman 5. Luka masih sedikit bau A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Perawatan luka (c: I.14564 h: 328) 2. Perawatan integritas kulit (c: I.11353 h: 316) Perawat JAYENG S
2	14 Mei 2019 10.45 Wib 10.50 Wib 10.30 Wib 11.30 Wib 12.30 Wib	1. Mengkaji nyeri seperti lokasi, karakteristik 2. Mengkaji skala nyeri 3. Memberikan teknik relaksasi nafas dalam 4. Memonitor tanda tanda vital 5. Kolaborasi dalam pemberian analgetik Ketorolac 3x1 IV Ranitidin 2x1 IV	Pukul: 14.00 Wib S: 1. Klien mengatakan nyeri sudah sedikit berkurang setelah melakukan relaksasi nafas dalam 2. Klien mengatakan lebih nyaman O: 1. Pasien tampak mengerti cara relaksasi nafas dalam 2. Klien sedikit menahan nyeri 3. Skala nyeri 4 (0-10)

1	2	3	4
			4. TD : 130/90 mmhg N : 80 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,2 C A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Manajemen Nyeri(c: 08238 h: 201) 2. Pemberian analgesik (c: I.08243 h:251) Perawat JAYENG S
3	14 Mei 2019 12.30 Wib 12.35 Wib 13.00 Wib 13.35 Wib	1. Memonitor kadar glukosa darah 2. Pemberian insulin 8 unit 3x1/ 8 jam IM 3. Menganjurkan minum yang cukup 4. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet diabetes	Pukul: 14.00 Wib S: 1. Klien mengatakan masih sedikit lesu 2. Klien mengatakan pusing berkurang O: 1. Pasien tampak masih lemah 2. GDS : 317 mg/dl A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi - Manajemen Hiperglikemia (c: I. 03115 h: 180) - Pemberian obat (c: I.02062 h: 257) Perawat JAYENG S

Tabel 3.8
Implementasi dan Evaluasi kepada Ny.S di ruang bedah
Catatan perkembangan hari ketiga

No	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	15 Mei 2019 08.45 Wib 09.00 Wib 11.45 Wib	1. Melakukan perawatan luka 2. Monitor karakteristik luka 3. Kolaborasi dalam pemberian antibiotik ceftriaxone 2x1/12 jam IV	Pukul: 14.00 Wib S: 1. Klien mengatakan nyaman setelah di ganti balutan O: 1. Luka tampak bersih 2. Warna luka merah kehitaman 3. Bau berkurang A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Perawatan luka (c: I.14564 h: 328) 2. Perawatan integritas kulit (c: I.11353 h: 316) Perawat JAYENG S
2	15 Mei 2019 10.00 Wib 10.15 Wib 11.30 Wib 12.00 Wib 12.30 Wib	1. Mengkaji nyeri seperti lokasi, karakteristik 2. Mengkaji skala nyeri 3. Memonitor tanda tanda vital 4. Mengevaluasi teknik relaksasi nafas dalam 5. Kolaborasi dalam pemberian Obat -Ketorolac 3x1/8 jam IV -Ranitidin 2x1/12 jam IV	Pukul: 14.00 Wib S: 1. Klien mengatakan sudah bisa melakukan secara mandiri cara relaksai nafas dalam 2. Klien mengatakan lebih nyaman 3. Klien mengatakan sudah tidak nyeri O: 1. Tampak nyaman 2. Skala Nyeri 3 (0-10) 3. TD : 130/80 mmhg N : 80 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,2 C

1	2	3	4
			A: masalah teratasi P: lanjutkan intervensi Hentikan intervensi Perawat JAYENG S
3	15 Mei 2019 13.00 Wib 13.15 Wib 13.30 Wib	1. Mengajarkan pengelolaan diabetes dengan mengganti nasi dengan ubi-ubian 2. Memonitor kadar glukosa darah 3. Pemberian insulin 8 unit 3x1/8 jam IM	Pukul: 14.00 Wib S: 1. Klien mengatakan sudah tidak terlalu lesu seperti hari sebelumnya 2. Klien mengatakan masih sedikit pusing O: 1. Pasien tampak sudah tidak lemah 2. GDS : 251 mg/dl A: Masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Manajemen Hiperglikemia (c: I.02062 h: 257) 2. Pemberian obat (c: I.02062 h: 257) Perawat JAYENG S