


LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Persetujuan Reseptor

	POLTEKES KEMENIKES TANJUNGPINANG	KODE	1
		TGL	1
		REVISI	1
Formulir Informed Consent		HALAMAN : 1 dari 1 Halaman	

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUIHAN KEPERAWATAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini menerangkan bahwa :


Nama : Rita Yennia Santuri
NIM : 2019401088

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal 2 s/d 6 bulan Januari tahun 2024 di Ruang Perawatan (Pemeriksaan Dalam)
RSD. dr. A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung


Demikian surat keterangan ini dibuat untuk keperluan bukti pelaksanaan asuhan keperawatan.

Bandar Lampung, 6 Januari 2024

Mengetahui
Perseptor/ CI Klinik


SANTI HARDIANA, Ns.S.Kep
NIP. 19801002 200604 2 005

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Paien I

	POLTEKES KEMENKES TANJUNGPINANG	KODE	:	
		TGL	:	Senin, 1 Januari 2024
	Formulir Informed Consent	REVISI	:	
HALAMAN : 1 dari 1 Halaman				

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : AS. BUDHWATI
 Umur : 37 tahun
 Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan (*orang yang tidak perlu)
 Alamat : RT KAKALING LEMUR.

Sebagai wakil keluarga dari pasien :

Nama : WUKMAYATI
 Umur : 31
 Jenis Kelamin : Perempuan.
 Alamat : RT. KAKALING LEMUR

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mendapatkan penjelasan terkait tujuan dari kegiatan praktikum mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.
2. Saya telah memahami mengenai apa yang telah tercantum dalam lembar permohonan persetujuan ini
3. Dengan penuh kesadaran dan secara sukarela, mengizinkan pasien yang saya wakiliikan untuk menjadi salah satu subjek pemberian asuhan keperawatan oleh mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.

Bandar Lampung, Januari 2024

Mahasiswa Praktikum


 Sopra Yemmy

Keluarga Pasien


 AS. BUDHWATI

Mengetahui
 Perseptor/ CI Klinik


 SANTI WARDIANA, Ns.S.Kep
 NIP. 19601202 200604 2 005

Lampiran 3 Lembar Persetujuan Paien 2

	POLTEKES KEMENKES TANJUNGPINANG Formulir Informed Consent	KODE	:	
		YGL	:	Senin, 1 Januari 2024
		REVISI	:	
				HALAMAN : 1 dari 1 Halaman

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : HERI YANTO
 Umur : 33 tahun
 Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan (Pilih yang tidak perlu)
 Alamat : JL. SINGA MULYA 12

Sebagai wakil keluarga dari pasien :

Nama : FEBIOLA MATASYA
 Umur : 23
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Alamat : JL. SINGA MULYA 12

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mendapatkan penjelasan terkait tujuan dari kegiatan praktikum mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang
2. Saya telah memahami mengenai apa yang telah tercantum dalam lembar permohonan persetujuan ini
3. Dengan penuh kesadaran dan secara sukarela, mengizinkan pasien yang saya wakiliikan untuk menjadi salah satu subjek pemberian asuhan keperawatan oleh mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.

Bandar Lampung, Januari 2023

Mahasiswa Praktikum

[Signature]
Seta Sima

Keluarga Pasien

[Signature]
HERI YANTO

Mengetahui
 Perseptor/ CI Klinik

[Signature]
SANTI HARDIANA, Ns S.Kep
 NIP. 196010022006042005

Lampiran 4 Lembar Persetujuan Judul Karya Tulis Ilmiah

	POLTEKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNG KARANG	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Penilaian LTA	Revisi	
		Halaman	

PENGALUHAN TOPIK/AREA KEILMUAN KARYA TULIS ILMIAH/TUGAS AKHIR

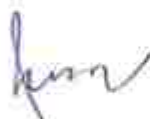
Nama Mahasiswa : Sofia Yemima Sianturi
NIM : 2114401088

Area/Topik yang diajukan :

1. Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Nutrisi Pada Pasien Diabetes Mifitus Di Ruang Penyakit Dalam RSUD Dr A. Dudi Tjokrodipo Bandar Lampung Tahun 2024

Bandar Lampung, 01 Januari 2024

Pembimbing Utama




Purwah, S.Pd., MAP
NIP. 196304271984022001

Pembimbing Pendamping



























El Rahmayati, S.Kep., M. Kes
NIP. 197003042002122002

Lampiran 5 Lembar Bimbingan Utama

	POLTEKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI	kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPINANG	Tanggal	
	Formulir Pembahan CTA	Rental	
		Halaman	

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN AKHIR PEMBIMBING PENDAMPING

Nama Mahasiswa : Sofia Yohana Santuri
 NIM : 201401030
 Pembimbing Utama : Rizkiyah Sidiyasa
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan Metabolik Pada Pasien Diabetes Mellitus Di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. A Dadi Lampung

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	19/1/24	Judul		
2		Bab 1. Mekanisme kerja insulin		
3	22/1/24	Bab 2. Manifestasi klinis DM tipe 2		
4	26/1/24	Bab 3. Asuhan Keperawatan DM tipe 2		
5	29/1/24	Bab 4. Laporan asuhan keperawatan		
6	30/1/24	Bab 5. Asuhan Keperawatan DM tipe 2		
7	1/2/24	Bab 6. Asuhan Keperawatan DM tipe 2		
8	7/2/24	Bab 7. Asuhan Keperawatan DM tipe 2		
9	12/2/24	Bab 8. Pembahasan		
10	15/2/24	Bab 9. Asuhan Keperawatan DM tipe 2		
11	16/2/24	Bab 10. Pembahasan		
12		Bab 11. Pembahasan		









Bandar Lampung,
7 Mei 2024
Pembimbing Utama

Rizkiyah Sidiyasa

	POLTEKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPINANG	Tanggal	
	Formulir	Revisi	
	Pembelian LTA	Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH/LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING UTAMA**


Nama Mahasiswa : Sofia Yenni Santia
 NIM : 2111401000
 Pembimbing Utama : Rizka Sari M.P.
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan Kelelahan Nerve Pada Pasien Diabetes Mellitus Di Ruang Rawat Dalam RSUD Dr. A. Padi Jember

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	17/2	Asistensi, pap 10, hal		
2	20/2	Doc ul ujian		
3	6/5	penyakit aca		
4	7/5	Doc ul jk id		
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Bandar Lampung, 7 Mei 2024
 Pembimbing Utama










Lampiran 6 Lembar Bimbingan Pendamping

	POKTES TANJUNGPINANG KEMENKES RI PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPINANG	Kode	
	Formulir Pembelian CTA	Tanggal	
		Berkas	
		Halaman	

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN AKHIR PEMBIMBING PENDAMPING

Nama Mahasiswa : Sofia Yohana Santan
 NIM : 21.4401088
 Pembimbing Pendamping : El Fahmayah, S.Kep., M.Kes
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan Keluhan Nyeri Pada Pasien Diabetes Mellitus Di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. A. Dirdi Tyokachies

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	21/02/2024	Revisi judul, abstrak, lampiran, daftar pustaka, dan kesimpulan		
2	20/02/2024	Revisi abstrak, daftar pustaka, dan kesimpulan		
3	22/02/2024			
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Bandar Lampung, 22 Mei 2024
Pembimbing Pendamping




El Fahmayah S.Kep., M.Kes

Lampiran 7 Lembar Masukan Dan Perbaikan

	POLTEKKE	KODE	:	
	5 KEMENKES TANJUNGGARANG	TGL	:	
	Formulir	REVISI	:	
	Masukan & Perbaikan KTI / Skripsi / LTA	HALAMAN : 1 dari 1 Halaman		

LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN

Nama Mahasiswa : Sepa Yohana Siantari
 NIM : 204451088
 Prodi : DIII Keperawatan TJE
 Tanggal : 20 April 2024
 Judul Penelitian : Mula-mula Keperawatan Gempolan Efektifitas Kuruk Pada Bulan Diabetes
 Pribud Di Ruang Pengasi Dalam RSUP Dr. A. Didi Jember


No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Dosen
I.	Jember 20/4/24	idarwah m 1. cekahat 4/ sermy am. 2. implementasi jain 2 hyl & terisikam 3. implementasi "kelelahan" pendorong stat. btkon pht. fin		 <input checked="" type="checkbox"/>
II.		ELA binaufak 1. 4/10 2023 BSE → fatmoga fi matukhan 2. ke 41-2. gelyans; ke urama.		 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

Bandar Lampung, _____


Ketua Penguji

Anggota Penguji II

Anggota Penguji II


 Wakil Dekan 5 UJ. PT. 102
 NIP. 641 025 198 863 2001


 ET Kalamay
 NIP. 197 00 309 2023 2 2002


 Burud Sfd, MIP
 NIP. 196 630 457 198 402 2001

Lampiran 8 Asuhan Keperawatan Pasien 1 & 2

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Sepren Yohana Siantun
 NIM : 204401088 Tgl Pengkajian : 02 Januari 2024
 Ruang rawat : Populer No. Register : 019653-25

A. IDENTITAS KLIEN

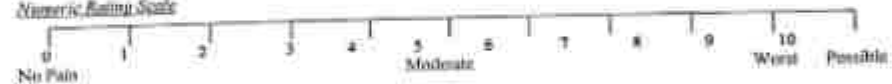
1. Nama : Mrs. N
 2. Umur : 51 tahun
 3. Jenis kelamin : L /
 4. Pendidikan : SDA
 5. Pekerjaan : Cucu Sewi
 6. Tgl masuk RS : 31 Desember 2023 Waktu 07:40 WIB
 7. Dx. Medis : Diabetes Mellitus
 8. Alamat : Jl. Gajah Mada

B. RIWAYAT KESEHATAN

Cara Masuk : Melalui IGD Melalui Poliklinik Transfer ruangan
 Masuk ke Rumah pada tanggal : 31 Desember 2023 Waktu : _____ WIB
 Diantar Oleh : sendiri Keluarga Petugas Kesehatan Lainnya
 Masuk dengan menggunakan : Berjalan Kursi Roda Brankar Kruk Walker
 Taped Lainnya, jelaskan _____
 Status Mental saat masuk : Kesadaran : Ewings
 GCS : E 4 M 5 V _____
 Tanda Vital Saat Masuk : TD 140/65 mmHg
 Nadi 80 x/menit teratur Tidak teratur Lemah Kuat
 RR 20 x/menit teratur Tidak teratur

Nyeri :

Numeric Rating Scale



Verbal Rating Scale



Face & Body Faces Rating Scale



FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Sofia Yemera Scanturi
NIM : 2114401088 Tgl Pengkajian : 02 Januari 2024
Ruang rawat : Pepadun No. Register : 019653-23

A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama : Ny N
2. Umur : 31 tahun
3. Jenis kelamin : L / (P)
4. Pendidikan : SDA
5. Pekerjaan : Clinic Servis
6. Tgl masuk RS : 31 Desember 2023 Waktu 09:48 WIB
7. Dx. Medis : Diabete Mellitus
8. Alamat : Jl. Gajah Mada

B. RIWAYAT KESEHATAN

Cara Masuk : Melalui IGD Melalui Poliklinik Transfer ruangan _____

Masuk ke Ruangan pada tanggal : 31 Desember 2023 Waktu : _____ WIB

Diantar Oleh : sendiri Keluarga Petugas Kesehatan Lainnya _____

Masuk dengan menggunakan : Berjalan Kursi Roda Brankar Kruk Walker
 Tripod Lainnya, Jelaskan _____

Status Mental saat masuk : Kesadaran : Fongsmenis

GCS : E 4 M 5 V _____

Tanda Vital Saat Masuk : TD 142/67 mmHg

Nadi 102 x/menit teratur Tidak teratur Lemah Kuat

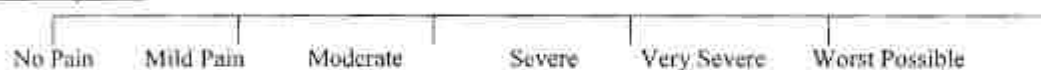
RR 20 x/menit teratur Tidak teratur

Nyeri :

Numeric Rating Scale



Verbal Rating Scale



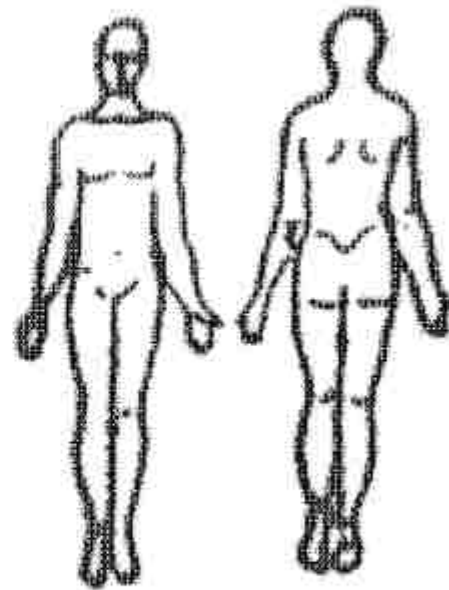
Wong & Baker Faces Rating Scale



Status Lokalis :

Beri kode huruf utk menunjuk status lokalis disamping :

- C – Contusion
- L – Lacerations
- R – Rashes
- S – Scars
- *Parasite (scabies/lice)
- D – Decubitus
- T – Tattoo
- B – Bruises
- X – Body Piercing
- P – Pain
- O – Other _____



Tinea Pedis: ...Ya ...Tidak
 Jelaskan:

Penilaian Risiko Jatuh

NO	PENGKAJIAN	SKALA		NILAI	KET
		Tidak	Ya		
1	Riwayat jatuh yang baru atau < 3 bulan terakhir	Tidak	0	0	
		Ya	25		
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak	0	15	
		Ya	15		
3	Alat Bantu Jalan			20	
	a. Bedrest dibantu perawat		0		
	b. Penopang / Tongkat / Walker		15		
	c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture		30		
4	Apakah pasien menggunakan infus	Tidak	0	20	
		Ya	20		
5	Gaya berjalan / pindah			0	
	a. Normal / Bedrest / immobile tdk dpt bergerak sendiri		0		
	b. Lemah tidak bertenaga		10		
	c. Gangguan / tidak normal (pincang / discret)		20		
6	Status Mental			0	
	a. Sadar penuh		0		
	b. Keterbatasan daya ingat		15		
JUMLAH SKOR				35	

Lingkari kategori skor yg diperoleh :

- | | | |
|---|--------|---------------|
| | SKOR | KODE |
| 1. Tidak Berisiko, tindakan perawatan dasar | 0 - 24 | HIJAU |
| 2. Risiko , lakukan tindakan pencegahan jatuh | >25 | <u>KUNING</u> |

1. Keluhan utama saat pengkajian : lemas

2. Riwayat penyakit Sekarang :

Pasien datang ke RS dr A. Dadi Jember pada tanggal 31 Desember 2023 pukul 07-48 WIB melalui IGD. Pada saat pengkajian tanggal 02 Januari 2024 pasien mengatakan badan lemas, mengosok tidak nafsu makan karena teradang mulai saat akan mengonsumsi makanan, muntah melen pada ulu hati, sakit kepala, pandangan kabur. Pada saat pengkajian pasien baru mengetahui bahwa ia menderita diabetes melitus. Riwayat pemeriksaan didapat pasien tampak lemah TB: 158 cm BB: 46 kg TD: 102/67 mmHg RR: 20x/m, SpO2: 98% S: 36, 8°C, mukosa bibir kering dan pucat GDS: 395 mg/dl

3. Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll) : pasien mengatakan tidak memiliki alergi obat maupun makanan, bentuk reaksi alergi yg dialami : -

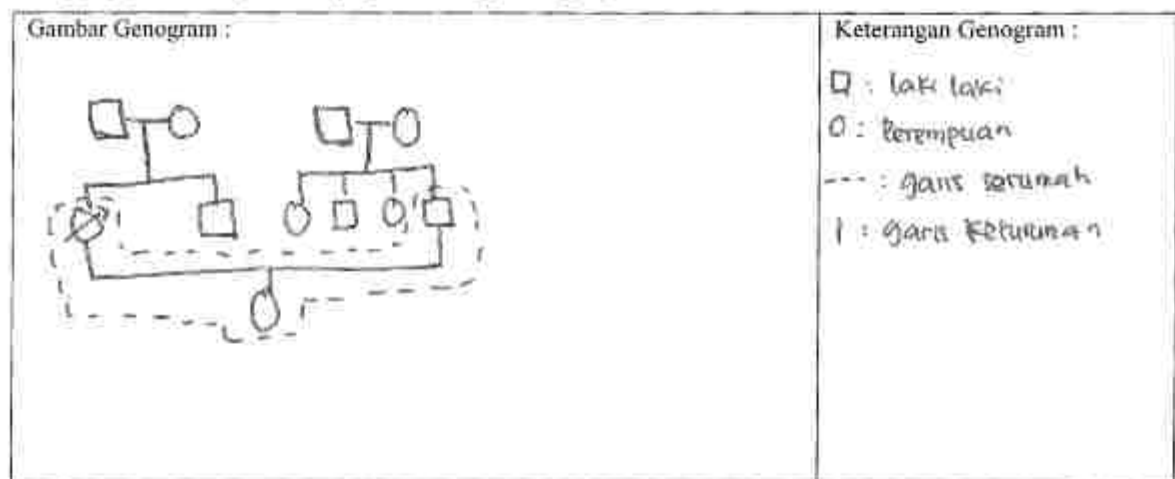
4. Daftar obat/Herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS :

NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	MASIH DIGUNAKAN/TIDAK

5. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang: pasien belum pernah dirawat di RS dengan keluhan ^{lain selain}

6. Riwayat penyakit keluarga : pasien mengatakan ayahnya mengidap penyakit diabetes melitus juga.

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetik



C. ANAMNESIS PENGKAJIAN

Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

❖ Kondisi Kesehatan Umum Klien

() Tampak Sehat () Tampak Sakit Ringan () Tampak sakit sedang
() Tampak Sakit Berat

❖ Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yg selama ini dilakukan (termasuk berhenti merokok & manajemen stress)

pasien mengatakan akan menjaga pola makan dan pola hidup sehat serta akan mengurangi konsumsi minuman manis dan makanan manis.

A. Kategori Fisiologis

A.1. Respirasi

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dyspneu | <input type="checkbox"/> Orthopneu | <input type="checkbox"/> PND* |
| <input type="checkbox"/> Batuk Efektif | <input type="checkbox"/> Batuk tidak efektif | <input type="checkbox"/> Batuk malam hari |

A.2. Sirkulasi

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Palpitasi | <input type="checkbox"/> Parasthesia |
| <input type="checkbox"/> Klaudikasio intermitten | |

A.3. Nutrisi & Cairan

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cepat kenyang setelah makan | <input type="checkbox"/> Kram Abdomen | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Nafsu makan menurun | <input checked="" type="checkbox"/> Mual | |
| <input type="checkbox"/> Tidak ada flatus | <input checked="" type="checkbox"/> Merasa lemah | |
| <input type="checkbox"/> Keinginan minum meningkat | <input type="checkbox"/> Merasa haus | |
| <input type="checkbox"/> Mengekspresikan pengetahuan tentang pilihan makanan dan cairan yang sehat | <input type="checkbox"/> Menyatakan keinginan untuk Meningkatkan keseimbangan Cairan | |
| <input type="checkbox"/> Menjalani diet standar tertentu, sebutkan _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Mudah mengantuk | <input type="checkbox"/> Lelah | <input type="checkbox"/> Letih |
| <input type="checkbox"/> Lesu | <input type="checkbox"/> Mengeluh lapar | <input type="checkbox"/> Mudah lapar |
| <input checked="" type="checkbox"/> Mulut kering | <input checked="" type="checkbox"/> Muntah | |

A.3. Eliminasi

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Urgensi | <input type="checkbox"/> Dribling | <input type="checkbox"/> Sering buang air kecil |
| <input type="checkbox"/> Nokturia | <input type="checkbox"/> Nokturia lebih dari 2 kali sepanjang tidur | |
| <input type="checkbox"/> Hesitancy | <input type="checkbox"/> Disuria | <input type="checkbox"/> Kandung kemih terasa tegang |
| <input type="checkbox"/> keluar urin konstan tanpa distensi | | <input type="checkbox"/> Sulit/tidak bisa b.a.k |
| <input type="checkbox"/> Mengompot saat _____ | <input type="checkbox"/> Enuresis | <input type="checkbox"/> Berkemih tanpa sadar |
| <input type="checkbox"/> Perasaan tidak puas setelah b.a.k | | <input type="checkbox"/> terasa panas saat b.a.k |
| <input checked="" type="checkbox"/> Perubahan warna urine, yaitu <u> kuning </u> | | <input type="checkbox"/> Mampu mengosongkan kandung kemih lengkap |
| <input type="checkbox"/> Tidak mengalami sensasi berkemih | | |
| <input type="checkbox"/> Mengeluh urine keluar <50 ml saat berdiri/batuk/bersin/tertawa/berlari/mengangkat benda yang berat | | |
| <input type="checkbox"/> Keinginan berkemih yang kuat disertai dengan inkontinensia | | |
| <input type="checkbox"/> Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan eliminasi urin | | |
| <input type="checkbox"/> Tidak mampu mengontrol pengeluaran feses | <input type="checkbox"/> tidak mampu menunda defekasi | |
| <input type="checkbox"/> Defekasi kurang dari 2 kali seminggu | | |
| <input type="checkbox"/> Pengeluaran feses lama dan sulit | <input type="checkbox"/> Feses Keras | |

- Pengeluaran feses lama dan sulit Peristaltik usus menurun

A.4. Aktivitas dan Istirahat

- Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Nyeri saat bergerak
 Enggan melakukan pergerakan Cemas saat bergerak
 Merasa kaku sendi Gerakan tidak terkoordinasi
 Mengeluh sulit tidur Mengeluh sering terbangun/terjaga Mengeluh tidak puas tidur
 Mengeluh pola tidur berubah Mengeluh istirahat tidak cukup Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun
 Dispneu setelah/saat aktivitas Merasa lemah Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
 Mengeluh lelah Merasa tenaga tidak pulih walaupun telah tidur
 Merasa kurang tenaga Tidak menggunakan obat tidur
 Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan tidur
 Mengekspresikan perasaan cukup istirahat setelah tidur

A.4. Neurosensori

- Sakit kepala Nyeri dada Pandangan Kabur
 Kongesti Nasal Parastesia Kongesti Konjungtiva
 Menggigil Mudah lupa Sulit mempelajari ketrampilan baru
 tidak mampu mengingat informasi faktual
 tidak mampu mengingat perilaku tertentu yg pernah dilakukan
 lupa melakukan perilaku pada waktu yang telah dijadwalkan
 Mengeluh sulit menelan Batuk sebelum menelan
 Batuk setelah makan atau minum Tersedak
 Makanan tertinggal di rongga mulut Sulit mengunyah
 Refluks nasal Muntah sebelum menelan
 makanan terdorong keluar dari mulut Makanan jatuh dari mulut
 tidak mau makan/menolak makan Makanan tidak dihabiskan
 Muntah disertai mual muntah tanpa mual

A.4. Reproduksi & Seksualitas *tidak dirangsang*

- aktivitas seksual berubah eksitasi seksual berubah
 Hubungan seksual tidak memuaskan peran seksual berubah
 Fungsi seksual berubah hasrat seksual menurun
 Dispareunia hubungan seksual terbatas
 Ketertarikan pada pasangan berubah Hubungan seksual terbatas
 Mencari informasi tentang kemampuan mencapai kepuasan seksual

- Sulit melakukan aktivitas seksual Aktivitas seksual berubah
 Mengungkapkan perilaku seksual berubah Orientasi seksual berubah
 Mengungkapkan hubungan dengan pasangan berubah

B. Psikologis

B.1. Nyeri dan Ketidaknyamanan

- Mengeluh tidak nyaman Mengeluh sulit tidur
 Tidak mampu rileks mengeluh kedinginan / kepanasan
 Merasa gatal merintih menangis

C. Pemeriksaan Fisik

- Keadaan Umum : Tampak sakit berat Tampak sakit sedang
 Tampak sakit ringan Sehat dan Bugar
- Kesadaran (Komposmentis - Koma) : Komposmentis
- Glasgow Coma Scale (GCS) : E 4 M 6 V 5
- Vital Sign : Tekanan Darah : 142/67 mmHg
 Nadi : 102 x/menit reguler/irreguler/kuat/sedang/lemah
 Respirasi : 20 x/menit normal/kusmaul/cheynestokes/Biot
- Integumen : () ikterik () Edema Anarsaka () Diaporesis () Pucat () Cyanosis

6. Kepala & Leher

- Wajah : Hidung : tidak ada pernapasan cupres hidung, lubang hidung bersih
 Mata : Mata terpasang dan simetris, sklera tidak ikterik, konjungtiva anemis, pupil dilator, ketajaman mata baik
 Bibir & Mukosa Mulut : Keadaan bibir flek fong pucat, lidah bersih berwarna pink-pucat
 Leher : Kelenjar getah bening tidak ada pembesaran Jugular Vein Pressure (JVP) : tidak ada pembesaran vena jugularis

7. Thorax (Jantung & Paru-paru)

Jantung

- Inspeksi : bentuk dada simetris
 Palpasi : tidak ada nyeri tekan
 Perkusi :
 Auskultasi : bunyi jantung normal

Paru-Paru :

- Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak
 Palpasi : tidak ada nyeri tekan
 Perkusi : pernapasan vesikuler
 Auskultasi : tidak ada suara napas tambahan, rama napas teratur

8. Abdomen

- Inspeksi : Pada saat melakukan inspeksi bentuk abdomen bulat dan buncit, tidak ada hangganan pembuluh darah
 Auskultasi : Pada saat melakukan auskultasi terdengar bising usus 18x/menit
 Palpasi : tidak ada nyeri tekan
 Perkusi : Pada saat percusi terdengar suara abdomen terdengar tympani, tidak ada drits

9. Genitalia & Rectum :

8. Kekuatan otot :

SSS	SSS
AAA	AAA

9. Pemeriksaan Khusus :

a. Neurologi

Sensorik : _____

Motorik : _____

Reflek Fisiologis : Bicep : kanan _____ kiri _____ Tricep : kanan _____ kiri _____

Tendo Achilles : kanan _____ kiri _____ Abdomen : _____

Reflek Patologis dan rangsang meningeal :

Babinsky : kanan _____ kiri _____ Brudzinsky I : _____

Brudzinsky II : _____ Chadok : _____ Hoffman Turner : _____

Laseque : _____ Kaku Kuduk : _____ sss :

12 Syaraf Kranial : (NI – NXII) t :

** Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM)

- Ankle Brachial Indeks (ABI) : Kanan _____ Kiri _____

- Monofilamen : Kanan _____
Kiri _____

- Ulkus DM : Lokasi _____

Gambarkan status lokalis ulkus:

P : Peripheral _____ E : Extend or Size : _____

D : Depth or Tissue Loss : _____ I : Infection and Sensation : _____

S : Severe : _____

** Lain-Lain (Tuliskan Data lainnya Yg tidak terakomodir dalam format diatas) :



E. PEMERIKSAAN PENUNJANG DIAGNOSTIK

(Laboratorium, Radiologi, USG, CT Scan, MRI, Kultur, dll bila diperlukan buat dalam bentuk daftar / table hasil pemeriksaan yg menunjukkan perkembangan hasil pemeriksaan)

1. Leukosit	22.000 /ul	(9.000 - 10.000)
2. Trombosit	630.000 /ul	(100.000 - 400.000)
3. MCHC	37,6	(32 - 36)
4. RDW - CV	14,6 %	(11,5 - 14,5)
5. PCT	0,571 %	(0,108 - 0,882)
6. Neutrofil	87,6 %	(50 - 90)
7. Limfosit	7,6	(18 - 32)
8. Naitrofil	20,10	(1,7 - 7,5)
9. CRP	28U/L	(< 25)
10. GDS	343 mg/dl	

F. DAFTAR TERAPI (OBAT, CAIRAN, dll)

NAMA	DOSIS RUTE PEMBERIAN	MULAI PEMBERIAN	INDIKASI (lihat DOI)	EFEK SAMPING (lihat DOI)
IVFD RL 500 ml				
FSP tab	4 - 3 - 3	06.00 - 20.00		
Ceftriaxone	1 Gr (IV)	1 x 24		
Ondansetron	4 mg (IV)	2 x 24		
OMT	40 mg (IV)	1 x 1		
Lantus	50 unit (SC)	1 x 1		
Naugripid	10 unit	3 x 1		
Zinc	20 mg	1 x 1		
Vitamin D	1000 IU	1 x 1		
Dulcolac	2 tablet	1 x 1		

SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LUKA TEKAN

Nama Klien : _____ Jenis Kelamin : L / P _____ No. Register : _____ Tanggal Penilaian Risiko : _____

PARAMETER	TEMUAN			SKOR
Persepsi Sensori	1. Tidak merasakan/respon terhadap stimuli nyeri, menurun kesadaran	2. Gangguan sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau hanya respon pd stimuli nyeri, tidak dapat mengkomunikasikan ketidaknyamanannya	3. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau respon pd perintah verbal tp tidak selalu mampu mengartikan ketidaknyamanannya	4
Kelembaban	1. Selalu terpapar oleh keringat atau urine basah	2. Kulit Lembab	3. Kulit kadang-kadang lembab	3
Aktivitas	1. Tergeletak di tempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan pada jarak terbatas	3
Mobilitas	1. Tidak mampu bergerak	2. Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur	3. Dapat merubah posisi ekstremitas mandiri	2
Nutrisi	1. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau NPO lebih dari 5 hari	2. Jarang mampu menghabiskan ½ porsi makannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum	3. Mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makannya	2
Gesekan	1. Tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau spastik, kontraktur atau gelisah	2. Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya	3. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan	2
			4. Tidak ada gangguan sensoris, respon penuh terhadap perintah verbal.	4
			4. Kulit kering	3
			4. Dapat berjalan sekitar Ruangan	3
			4. Dapat merubah posisi tidur tanpa bantuan	2
			4. Dapat menghabiskan porsi Makannya, tidak memerlukan suplementasi nutrisi.	2
				2
SKOR				16

Diadopsi dari Braden & Bergstrom (1998), AHCP (2008)

Skor : 15 – 18 berisiko, 13 – 14 risiko sedang, 10 – 12 risiko tinggi, < 9 risiko sangat tinggi

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : NU N
 Dx. Medis : Diabetes Mellitus
 Ruang : Prasyakit Dalam
 No. MR :

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
	2 Januari 2024 08:00 WIB	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh lemas - Pasien mengatakan tidak nafsu makan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDS : 343 mg/dl - G6W : 263 mg/dl - TD : 112/69 mmHg - N : 102 x/m - S : 37,0 x/m - RR : 20, 8°C - Kesadaran kompos mentis - Pasien tampak lemas 	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Gangguan toleransi gula darah
	2 Januari 2024 08:00 WIB	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh badan terasa lemas - Pasien mengatakan aktivitas di RS dibantu keluarga <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terpasang kateter - Pasien terpasang infus RL 500 ml drip Kcl - Pasien tampak lemas 	Gangguan mobilitas fisik	Pemenuhan kebutuhan obat

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Ny/N
 Dx. Medis : Diabetes Mellitus
 Ruang : Penakit Dalam
 No. MR :

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
	2 Januari 2024 08-00	DS : - Pasien mengatakan tidak nafsu makan - Pasien mengeluh mulut saat mengkonsumsi makanan DO : - Pasien hanya menghabiskan 2 sendok makan - TB : 158 cm - BB sekarang Sakt 46 kg - BB sebelum Sakt 53 kg - IMT : 18.	Periko Depurt Nutren	Faktor fisiologis (keinginan untuk makan)
		DS : DO :		

DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : Nya N
Dx. Medis : Diabetes Mellitus
Ruang : Penyakit Dalam
No. MR :

HARI KE-1 : Tanggal 2 Januari 2024

1. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b-d gangguan toleransi gula darah
2. Gangguan Mobilitas Fisik b-d penurunan kekuatan otot
3. Risiko Defisit Nutrisi b-d Faktor Psikologis
4.

HARI KE-2 : Tanggal 3 Januari 2024


1. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b-d gangguan toleransi gula darah
2. Gangguan Mobilitas Fisik b-d penurunan kekuatan otot
3. Risiko Defisit Nutrisi b-d Faktor Psikologis
4.

HARI KE-3 : Tanggal 4 Januari 2024

1. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b-d gangguan toleransi gula darah
2. Gangguan Mobilitas Fisik b-d penurunan kekuatan otot
3. Risiko Defisit Nutrisi b-d Faktor Psikologis
4.

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny N
 Dx. Medis : Diabetes Mellitus
 Ruang : Penyakit Dalam
 No. MR :

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
1.		<p>Kestabilan kadar glukosa darah b/d gangguan toleransi gula darah.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadar glukosa darah membaik - Kadar glukosa darah dalam urine membaik - Ketahanan lemak menurun - Keton puasa menurun - Kecederaan membaik 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor kadar glukosa darah - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia - Melakukan Periksa Urut - Mengaplikasikan Keraturan terhadap diet dan olahraga - Ajarkan Pengendalian diabetes (perawatan mandiri) - Kolaborasi pemberian insulin - Monitor kemampuan unit - Monitor, cairan IVF - 500 ml drip 1cc/25 ml 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk meminimalkan glukosa darah - Untuk memonitor tanda dan gejala hiperglikemia - Agar pasien Patuh Terhadap Program diet dan olahraga - Agar pasien tau cara Penanganan insulin 	


FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. N.....
 Dx. Medis : Diabetes Mellitus.....
 Ruang : Rawat In Dalam.....
 No. MIR :

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
2.		Gangguan Mobilitas Fisik b.d. Penurunan kekuatan otot	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x 24 jam diharapkan toleransi berjalan fisik meningkat dan fungsi otot meningkat - Pergerakan ekstremitas meningkat - Kelelahan otot menurun - Fungsi otot (ROM) meningkat.	- Identifikasi adanya nyeri / keluhan lain - Identifikasi toleransi fisik menggunakan penggerakkan - Monitor frekuensi, ritme dan tekanan darah sebelum mobilitas - Lakukan aktivitas mobilitas dengan alat bantu (wis) pada tempat tidur - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Jelaskan tujuan & prosedur mobilitas - Anjurkan mobilitas dini	- Untuk mengetahui adanya nyeri / keluhan lain. - Untuk mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilitas - Agar pasien bisa mobilitas secara mandiri - Agar keluarga dpt membantu pasien dlm meningkatkan pergerakan	Jul. Sofia

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Nig N
 Dx. Medis : Diareta, Muntah
 Ruang : Penyakit Dalam
 No. MR :

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
3		<p>Risiko Defisit Nutrisi b.d Faktor fisiologis (ketersediaan nutrisi)</p>	<p>Sesuai diartikan tindakan keperawatan dx yg jam diharapkan status nutrisi meningkat dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porsi makan yang dikonsumsi meningkat - Berat badan meningkat - Napsu makan meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi dan asupan makanan - Monitor berat badan - Monitor adanya mual muntah - Melakukan oral hygiene sebelum makan - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - Anjurkan makan porsi sedikit - Kolaborasi pemberian obat antibiotik cephalosporin 1x1 (10), ondansetron 2x1 (10) 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui status nutrisi dan asupan makanan - Untuk memonitor berat badan - Untuk memonitor adanya mual muntah - Untuk melakukan oral hygiene - Pagar porsi makan tinggi kalori dan tinggi protein - Agar porsi makan penuh nyaman 	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Mg. N
 Dx. Medis : Diabetes Mellitus
 Ruang : Penyakit Dalam
 No. MR :

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	2 Januari 2024	10-00 W1B 10-05 W1B 10-10 W1B 10-15 W1B 10-30 W1B	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor kadar glukosa darah - Monitor tanda dan gejala hiperglisemia (polyuria, polydipsia, polifagia, ketonuria Pandangan kabur) - Melakukan peries amuk - Mengajarkan pengetahuan terhadap diet dan olahraga - Mengajarkan pengetahuan diabetes - Gars pengunaan insulin, obat - Monitor asupan cairan, respon dan konduktif dan perilaku - Promotif kesehatan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan penyebab hiperglisemia karena mengonsumsi gula berlebih dan kebiasaan - Pasien mengatakan beratnya lemak - Pasien mengatakan tidak nafsu makan karena merasa haus - Pasien menyatakan tidak hanya 7 sendok <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpapang UED RL 500ML drie tes - Pasien tampak lemas - Pasien ditolei resultan HbA1c 10.11% - GDS : 343 mg/dl - GDM : 350 mg/dl - Kesadaran komposmentis 	<u>[Signature]</u> Satri

			<ul style="list-style-type: none"> - Terpasang kateter - CET > 5 detik - TD : 149/62 x/m - N : 102 x/m - RR : 20 x/m - S : 36,8 °C - Akral tangan dingin - BB Sebelum sakit 53 kg - BB Setelah sakit 46 kg - IMT : 18 - Berat usus 15 x literit - TB : 158 cm - Bibir tampak pucat - Dik fortifikasi bentuk bubur diberikan secara oral 5 kali setiap jumlah kalori yg dibutuhkan 1432 kkal (jika makanan dinobatkan).
			<ul style="list-style-type: none"> - Menghentikan pemberian insulin (rapid burst) - Memberikan cairan NED RL 500 ml drip kel - Mengidentifikasi adanya mual / keluhan fiks lainnya - Mengidentifikasi toleransi fiks melakukan pengamatan - Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis pagar tempat tidur) - libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam memingatkan pengamatan - jelaskan tujuan & prosedur mobilisasi - Mengajarkan mobilisasi sederhana yg harus dilakukan (mis duduk disisi tempat tidur, pindah dan tempat tidur terus) - Mengidentifikasi status nutrisi dan asupan makanan - Memantau berat badan - Memantau adanya mual muntah - Melakukan oral hygiene sebelum makan.
11.00 WIB			
11.05 WIB			
11.10 WIB			
11.15 WIB			
11.20 WIB			
12.00 WIB			
12.05 WIB			
12.10 WIB			
12.15 WIB			

A:


- ketidakstabilan kadar glukosa darah
- Gangguan mobilitas fiks
- Feasible deficit nutrisi

P:

- Memantau kadar glukosa darah
- Mengajarkan pengalihan diabetes (mis pengalihan insulin, obat oral)
- Memantau asupan Cairan Pengganti Elektrolit dan larutan profesional kesetiaan)

	<ul style="list-style-type: none"> - Berolaborasi pemberian asfiksia cephalosone 1x1 (10) Endonemtron 2x1 (10) 	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pemberian insulin Navacord 10 unit - Memeriksa cairan IVP EL 500 ml drip KCl - Menjelaskan prosedur sedasi yang harus dilakukan C mis diluar ditempat tidur, duduk atau tempat tidur ke fusi - Mengidentifikasi asupan makanan - Memeriksa berat badan - Melakukan oral hygiene sebelum makan - Berolaborasi pemberian obat antiobiotik Cephalosone 1x1 (10) / endonemtron 2x1 (10) 	
3-janin 2024		<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa kadar glukosa darah - Menjelaskan pengalihan diabetes C mis pengalihan insulin, obat oral - Memeriksa asupan cairan pengalihan karbohidrat dan bahan proteolisis keasatan - Melakukan pemberian insulin Navacord 10 unit - Memeriksa tekanan darah - Memeriksa cairan IVP EL 500 ml drip KCl - Menjelaskan mobilisasi sederhana yg harus dilakukan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa lemas - Pasien mengatakan nafsu makan mulai membaik - Pasien mengatakan makan hanya 1 sendok <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang IVP EL 500 ml drip KCl - Pasien tampak lemas - Pasien diberikan insulin Navacord 10 unit - GDS : 553 mg/dl - GDM : 255 mg/dl - Asupan kompresmentis - Terpasang kateter - CET 7 3 idbk - TD : 117/62 mmHg - N : 85x/menit
10-10-1015			<p>10/10</p>
10-10-1015			<p>10/10</p>
10-10-1015			<p>10/10</p>
10-10-1015			<p>10/10</p>

10/10

			<p>Uj harus diberikan (mis duduq tempat tidur, pridon duduq tempat tidur, pridon dan tempat tidur ke kursi)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi status nutrisi dan asupan makanan - Memonitor berat badan - Memonitor adanya mikal jumlah - Bertolakbaza pemberian obat antibiotic cephradone 2x1 (10), and augmentin 2x1 (10) 	<ul style="list-style-type: none"> - S : 36,6 °C - RR : 20 x / menit - Abmal tarabas karogel - Basen tempat menghidatkan 1/2 porsi makan - Dur : diet karbohidrat bogruk bubuk dibenkan oral 5 kali sehari 	
	12.00 WIB			<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekarstabilan kadar glukosa darah - Gangguan mobilitas fisik - Risiko defesit nutrisi 	
	12.05 WIB			<p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa kadar glukosa darah - Melakukan pemberian insulin novorapid 10 unit - Memeriksa tekanan darah - Memeriksa cairan 2L 500 ml drip fcl - Mengajarkan mobilitas sederhana yg harus dilakukan (mis duduq ditempat tidur, duduq disit tempat tidur, pridon tempat tidur ke kursi) - Mengidentifikasi asupan makanan - Bertolakbaza pemberian obat cephradone (x1 (10), and augmentin 2x1 (10)) 	
	4 Januari 2024				
	11.00 WIB		<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa kadar glukosa darah - Melakukan pemberian insulin novorapid 10 unit - Memeriksa tekanan darah 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Basen menetapkan napsu makan membantu - Basen menetapkan menyabiskan 1 porsi makanan setiap - Basen menetapkan badan sudah tidak lemas 	
	11.05 WIB				
	11.10 WIB				

11.15 WIB		<ul style="list-style-type: none"> - Membraneran cairan IVFD EL dalam dasi KCl - Menopjarkan indikasi setoran yang harus dilakukan. mis ditampat hidur, duduk ditas tempat tidur, pindah dan tempat tidur ke tuss) - Mengidentifikasi dengan mialian - Bertelaikan pemberian obat antibiotik ceftazone 1x1 (10) 1ondansentine 2x1 (10) 	<ul style="list-style-type: none"> - GDS : 245 mg/dl - BUN : 160 mg/dl - Kesadaran komposmentis - CRT > 5 detik - TD : 103 / 66 mmHg - N : 90 x / menit - S : 36,4 °C - RR : 20 x / menit - Akral terasa hangat - Pasien mengobatkan (posisi malaran). 	
12.00 WIB			<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah kepanewatan teratasi <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discharge planning - Mngedukasi tentang perencanaan pulang - Mnganjurkan minum obat teratur 	
12.15 WIB				

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Sofia Yemman
NIM : 2114101088 Tgl Pengkajian : 04 Januari 2024
Ruang rawat : Reprodin No. Register : _____

A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama : Ag F
2. Umur : 23 tahun
3. Jenis kelamin : L / (P)
4. Pendidikan : SPK
5. Pekerjaan : IRT
6. Tgl masuk RS : 03 Januari 2024 Waktu 21-58 WIB
7. Dx. Medis : Diabetes Mellitus
8. Alamat : Jl Sinar Mulya

B. RIWAYAT KESEHATAN

Cara Masuk : () Melalui IGD () Melalui Poliklinik () Transfer ruangan _____

Masuk ke Ruang pada tanggal : 04 Januari 2024 Waktu : 09 00 WIB

Diantar Oleh : () sendiri () Keluarga () Petugas Kesehatan () Lainnya _____

Masuk dengan menggunakan : () Berjalan () Kursi Roda () Brankar () Kruk () Walker
() Tripod () Lainnya, Jelaskan _____

Status Mental saat masuk : () Kesadaran : Komposmenitis

() GCS : E 4 M 6 V 5

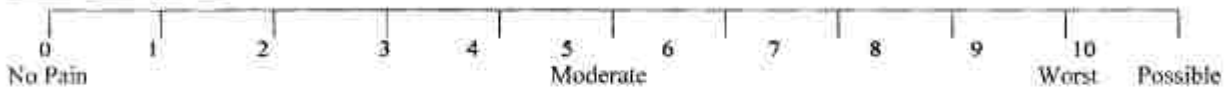
Tanda Vital Saat Masuk : TD 103/66 mmHg

Nadi 80 x/menit () teratur () Tidak teratur () Lemah () Kuat

RR 20 x/menit () teratur () Tidak teratur

Nyeri:

Numeric Rating Scale



Verbal Rating Scale



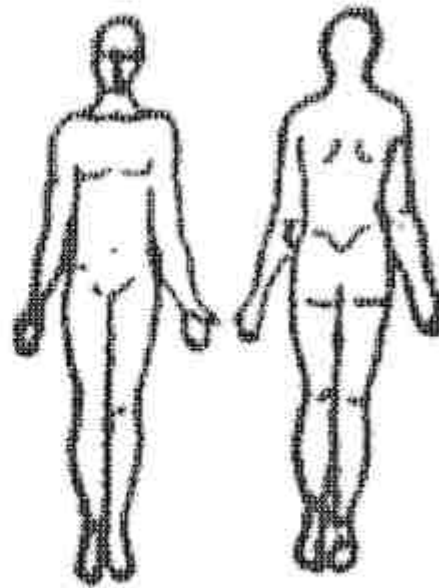
Wong & Baker Faces Rating Scale



Status Lokalis :

Beri kode huruf utk menunjuk status lokalis disamping :

- C – Contusion
- L – Lacerations
- R – Rashes
- S – Scars
- *Parasite (scabies/lice)
- D – Decubitus
- T – Tattoo
- B – Bruises
- X – Body Piercing
- P – Pain
- O – Other



Tinea Pedis: ...Ya ...Tidak
 Jelaskan:

Penilaian Risiko Jatuh

NO	PENGKAJIAN	SKALA		NILAI	KET
		Tidak	Ya		
1	Riwayat jatuh yang baru atau < 3 bulan terakhir	0	25	0	
		Tidak	Ya		
2	Diagnosa medis sekunder > 1	0	15	0	
		Tidak	Ya		
3	Alat Bantu Jalan			0	
	a. Bedrest dibantu perawat	0			
	b. Penopang / Tongkat / Walkor	15			
	c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture	30			
4	Apakah pasien menggunakan infus	0	20	20	
		Tidak	Ya		
5	Gaya berjalan / pindah			0	
	a. Normal / Bedrest / immobile tdk dpt bergerak sendiri	0			
	b. Lemah tidak bertenaga	10			
	c. Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)	20			
6	Status Mental			0	
	a. Sadar penuh	0			
	b. Keterbatasan daya ingat	15			
JUMLAH SKOR				20	

Lingkari kategori skor yg diperoleh :

SKOR	KODE
0 - 24	HIAU
>25	KUNING

1. Keluhan utama saat pengkajian: Nyeri pada Pergelangan Kaki

2. Riwayat penyakit Sekarang :

Pasien datang ke RS dr A. Dadi Tjokrojipto bandar Lampung diantar oleh keluarga pada tanggal 03 Januari 2024 pukul 21.58 WIB melalui 160. Pada saat pengkajian tanggal 04 Januari 2024 pasien mengeluh nyeri pada pergelangan kaki, nyeri seperti ditusuk tusuk, skala nyeri 3 badan lemas, mual, muntah, tidak nafsu makan karena mual saat mengonsumsi makanan, muntah, pada saat dilakukan pengkajian mengatakan tidak ada pantangan makan. Hasil pemeriksaan didapatkan tampak lemah, pasien tampak Kuis TD: 105/66 mmHg, N: 90x/m, RR: 20x/m, S: 36,6°C

3. Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll): pasien mengatakan tidak memiliki alergi obat dan makanan

Bentuk reaksi alergi yg dialami : _____

4. Daftar obat/Herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS :

NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	MASIH DIGUNAKAN/TIDAK
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-

5. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang: pasien mengatakan pernah dirawat di RS dg ^{febris} demam 103 sama

6. Riwayat penyakit keluarga : pasien menyatakan ibunya mengidap penyakit DM juga

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetik

<p>Gambar Genogram :</p>	<p>Keterangan Genogram :</p> <ul style="list-style-type: none"> □ : laki laki ○ : perempuan --- : garis untuk serumah → : pasien : garis keturunan
--------------------------	---

C. ANAMNESIS PENGKAJIAN

Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

❖ Kondisi Kesehatan Umum Klien

- () Tampak Sehat () Tampak Sakit Ringan () Tampak sakit sedang
() Tampak Sakit Berat

❖ Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yg selama ini dilakukan (termasuk berhenti merokok & manajemen stress)

pasien mengatakan sempat terkena diabetes insidius dimana jarang mengonsumsi manis dan mengonsumsi gula teptenasinim

A. Kategori Fisiologis

A.1. Respirasi

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dyspneu | <input type="checkbox"/> Orthopneu | <input type="checkbox"/> PND* |
| <input type="checkbox"/> Batuk Efektif | <input type="checkbox"/> Batuk tidak efektif | <input type="checkbox"/> Batuk malam hari |

A.2. Sirkulasi

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Palpitasi | <input type="checkbox"/> Parasthesia |
| <input type="checkbox"/> Klaudikasio Intermitten | |

A.3. Nutrisi & Cairan

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cepat kenyang setelah makan | <input type="checkbox"/> Kram Abdomen | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Nafsu makan menurun | <input checked="" type="checkbox"/> Mual | |
| <input type="checkbox"/> Tidak ada flatus | <input checked="" type="checkbox"/> Merasa lemah | <input type="checkbox"/> Merasa haus |
| <input type="checkbox"/> Keinginan minum meningkat | <input type="checkbox"/> Menyatakan keinginan untuk Meningkatkan keseimbangan Cairan | |
| <input type="checkbox"/> Mengekspresikan pengetahuan tentang pilihan makanan dan cairan yang sehat | | |
| <input type="checkbox"/> Menjalani diet standar tertentu, sebutkan _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Mudah mengantuk | <input type="checkbox"/> Lelah | <input type="checkbox"/> Letih |
| <input type="checkbox"/> Lesu | <input type="checkbox"/> Mengeluh lapar | <input type="checkbox"/> Mudah lapar |
| <input type="checkbox"/> Mulut kering | <input checked="" type="checkbox"/> Muntah | |

A.3. Eliminasi

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Urgensi | <input type="checkbox"/> Dribling | <input type="checkbox"/> Sering buang air kecil |
| <input type="checkbox"/> Nokturia | <input type="checkbox"/> Nokturia lebih dari 2 kali sepanjang tidur | |
| <input type="checkbox"/> Hesitancy | <input type="checkbox"/> Disuria | <input type="checkbox"/> Kandung kemih terasa tegang |
| <input type="checkbox"/> keluar urin konstan tanpa distensi | <input type="checkbox"/> Sulit/tidak bisa b.a.k | <input type="checkbox"/> Berkemih tanpa sadar |
| <input type="checkbox"/> Mengompol saat _____ | <input type="checkbox"/> Enuresis | |
| <input type="checkbox"/> Perasaan tidak puas setelah b.a.k | <input type="checkbox"/> terasa panas saat b.a.k | <input checked="" type="checkbox"/> Mampu mengosongkan kandung kemih lengkap |
| <input type="checkbox"/> Perubahan warna urine, yaitu _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Tidak mengalami sensasi berkemih | | |
| <input type="checkbox"/> Mengeluh urine keluar <50 ml saat berdiri/batuk/bersin/tertawa/berlari/mengangkat benda yang berat | | |
| <input type="checkbox"/> Keinginan berkemih yang kuat disertai dengan inkontinensia | | |
| <input type="checkbox"/> Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan eliminasi urin | | |
| <input type="checkbox"/> Tidak mampu mengontrol pengeluaran feses | <input type="checkbox"/> tidak mampu menunda defekasi | |
| <input type="checkbox"/> Defekasi kurang dari 2 kali seminggu | | |
| <input type="checkbox"/> Pengeluaran feses lama dan sulit | <input type="checkbox"/> Feses Keras | |

Pengeluaran feses lama dan sulit Peristaltik usus menurun

A.4. Aktivitas dan Istirahat

- Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Nyeri saat bergerak
 Enggan melakukan pergerakan Cemas saat bergerak
 Merasa kaku sendi Gerakan tidak terkoordinasi
 Mengeluh sulit tidur Mengeluh sering terbangun/terjaga Mengeluh tidak puas tidur
 Mengeluh pola tidur berubah Mengeluh istirahat tidak cukup Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun
 Dispneu setelah/saat aktivitas Merasa lemah Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
 Mengeluh lelah Merasa tenaga tidak pulih walaupun telah tidur
 Merasa kurang tenaga Tidak menggunakan obat tidur
 Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan tidur
 Mengekspresikan perasaan cukup istirahat setelah tidur

A.4. Neurosensori

- Sakit kepala Nyeri dada Pandangan Kabur
 Kongesti Nasal Parastesia Kongesti Konjungtiva
 Menggigil Mudah lupa Sulit mempelajari ketrampilan baru
 tidak mampu mengingat informasi faktual
 tidak mampu mengingat perilaku tertentu yg pernah dilakukan
 lupa melakukan perilaku pada waktu yang telah dijadwalkan
 Mengeluh sulit menelan Batuk sebelum menelan
 Batuk setelah makan atau minum Tersedak
 Makanan tertinggal di rongga mulut Sulit mengunyah
 Refluks nasal Muntah sebelum menelan
 makanan terdorong keluar dari mulut Makanan jatuh dari mulut
 tidak mau makan/menolak makan Makanan tidak dihabiskan
 Muntah disertai mual muntah tanpa mual

A.4. Reproduksi & Seksualitas

- aktivitas seksual berubah eksitasi seksual berubah
 Hubungan seksual tidak memuaskan peran seksual berubah
 Fungsi seksual berubah hasrat seksual menurun
 Dispareunia hubungan seksual terbatas
 Ketertarikan pada pasangan berubah Hubungan seksual terbatas
 Mencari informasi tentang kemampuan mencapai kepuasan seksual

- Sulit melakukan aktivitas seksual Aktivitas seksual berubah
 Mengungkapkan perilaku seksual berubah Orientasi seksual berubah
 Mengungkapkan hubungan dengan pasangan berubah

B. Psikologis

B.1. Nyeri dan Ketidaknyamanan

- Mengeluh tidak nyaman Mengeluh sulit tidur
 Tidak mampu rileks mengeluh kedinginan / kepanasan
 Merasa gatal merintih menangis

C. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum : Tampak sakit berat Tampak sakit sedang
 Tampak sakit ringan Sehat dan Bugar

2. Kesadaran (Komposmentis - Koma) : Komposmentis

3. Glasgow Coma Scale (GCS) : E 4 M 6 V 5

4. Vital Sign : Tekanan Darah : 103 / 60 mmHg

Nadi : 90 x/menit reguler/irreguler/kuat/sedang/lemah

Respirasi : 20 x/menit normal/kusmaul/cheynestokes/Biot

5. Integumen : () ikterik () Edema Anarsaka () Diaporesis () Pucat () Cyanosis

6. Kepala & Leher

Wajah : Hidung : tidak ada pernapasan cuping hidung, lubang

Mata : Mata terutup dan simetris, sklera anikterik, konjungtiva anemis, pupil isokor

Bibir & Mukosa Mulut : Keadaan bibir Ekeni sedikit pucat keadaan lidah bersih beruar

Leher : Kelenjar getah bening tidak teraba, tidak ada Jugular Vein Pressure (JVP) : tidak ada Pembesaran

7. Thorax (Jantung & Paru-paru) Pembesaran kardial vena jugular

Jantung

Inspeksi : bentuk dada simetris

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi :

Auskultasi : bunyi jantung normal

Paru-Paru :

Inspeksi : bentuk dada simetris

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Pernapasan vesikuler

Auskultasi : tidak ada suara napas tambahan, rama napas teratur

8. Abdomen

Inspeksi : bentuk abdomen bulat dan buncit

Auskultasi : pada saat auskultasi terdengar bunyi usus 12x/m

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : terdengar suara abdomen terdengar tympani

9. Genitalia & Rectum :

8. Kekuatan otot :



9. Pemeriksaan Khusus :

a. Neurologi

Sensorik : _____

Motorik : _____

Reflek Fisiologis : Bicep : kanan _____ kiri _____ Tricep : kanan _____ kiri _____

Tendo Achilles : kanan _____ kiri _____ Abdomen : _____

Reflek Patologis dan rangsang meningeal :

Babinsky : kanan _____ kiri _____ Brudzinsky I : _____

Brudzinsky II : _____ Chadok : _____ Hoffman Turner : _____

Laseque : _____ Kaku Kuduk : _____ sss

12 Syaraf Kranial : (NI - NXII) :

** Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM)

- Ankle Brakhial Indeks (ABI) : Kanan _____ Kiri _____

- Monofilamen : Kanan _____
Kiri _____

- Ulkus DM : Lokasi _____

Gambarkan status lokalis ulkus:

P : Peripheral _____ E : Extend or Size : _____

D : Depth or Tissue Loss : _____ I : Infection and Sensation : _____

S : Severe : _____

** Lain-Lain (Tuliskan Data lainnya Yg tidak terakomodir dalam format diatas) :

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG DIAGNOSTIK

(Laboratorium, Radiologi, USG, CT Scan, MRI, Kultur, dll bila diperlukan buat dalam bentuk daftar / table hasil pemeriksaan yg menunjukkan perkembangan hasil pemeriksaan)

- 1. Leukosit 10.8 ul (4000-10000)
- 2. Neutrofil 87.8% (70-70)
- 3. Eosinofil 0.2% (1-5)
- 4. Neutrofil 0.52 (1.7-7.5)
- 5. Limfosit 0.40 (1-3.2)
- 6. Creatinin 0.5 (0.6-1.1)
- 7. GDS 303 mg/dl
- 8. Natrium 134.2 (135-154)

F. DAFTAR TERAPI (OBAT, CAIRAN, dll)

NAMA	DOSIS RUTE PEMBERIAN	MULAI PEMBERIAN	INDIKASI (lihat DOI)	EFEK SAMPING (lihat DOI)
IVFD RL 500 ml	IV			
OPZ	40 mg (IV)	2x1		
Sucralpat	oral	3x1		
Keterolac	10 mg	3x1		
Paracetamol	500 mg	3x1		
Mefenem	500 mg	3x1		
Oribenclamide	2.5 mg	1x1		
Propylthiouracil	100 mg	1x1		
Propranolol	10 mg	1x1		
Naucapad	15 unit	3x1 (sc)		
Gabapentin	300 mg	2x1		
Mecobalamin	500 mg	2x1		

SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LUKA TEKAN

Nama Klien : _____ Jenis Kelamin : L / P _____ No. Register : _____ Tanggal Penilaian Risiko : _____

PARAMETER	TEMUAN			SKOR
Persepsi Sensori	1. Tidak merasakan/respon terhadap stimuli nyeri, menurun kesadaran	2. Gangguan sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau hny respon pd stimuli nyeri, tdk dpt mengkomunikasikan ketidaknyamanan	3. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau respon pd perintah verbal tp tdk selalu mampu mengartikan ketidaknyamanan	4
Kelambaban	1. Selalu terpapar oleh keringat atau urine basah	2. Kulit Lembab	3. Kulit kadang-kadang lembab	3
Aktivitas	1. Tergeletak di tempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan pada jarak terbatas	4
Mobilitas	1. Tidak mampu bergerak	2. Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur	3. Dapat merubah posisi ekstremitas mandiri	4
Nutrisi	1. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau NPO lebih dari 5 hari	2. Jarang mampu menghabiskan ½ porsi makannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum	3. Mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makannya	3
Gesekan	1. Tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau spastik, kontraktur atau gelisah	2. Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya	3. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan	4
SKOR				20

Diadopsi dari Braden & Bergstrom (1998), AHCPR (2008)

Skor : 15 – 18 berisiko, 13 – 14 risiko sedang, 10 – 12 risiko tinggi, ≤ 9 risiko sangat tinggi

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Ny F
 Dx. Medis : Diabetes Mellitus
 Ruang : Penyakit Dalam
 No. MR :

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
	4 Januari 2024 08.00	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemas - Pasien mengatakan sering merasa haus walaupun sudah banyak minum - Pasien mengatakan memiliki riwayat DM 3 tahun yang lalu <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDS : - GDM : - TD : 103 / 66 mmHg - N : 80 x / menit - S : 36,5 °C - RR : 20 x / menit - Kesadaran kompos mentis - Pasien tampak baik 	Ketidakstabilan kadar Gula darah	gangguan toleransi glukosa darah
	4 Januari 2024 08.00	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada Pergelangan Kaki <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akral terasa dingin - Warna kulit pucat - TD : 105 / 66 mmHg - N : 80 x / m - RR : 20 x / menit - CRT > 3 detik 	Pertuan Perifer tidak Efektif	Hiperglisemia

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Ny F
 Dx. Medis : Diabetes Mellitus
 Ruang : Penyakit Dalam
 No. MR :

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
	9 Januari 2019 08.00	DS : - Pasien mengatakan tidak nafsu makan - Pasien mengeluh mual saat mengonsumsi makanan DO : - Pasien hanya mengkonsumsi 3-4 sendok makanan, - TB 165 cm - BB sebelum sakit 59 kg - BB sudah sakit 47 kg - IMT = 10,55	Risiko Defisit Nutrisi	Faktor Biologis (kelemahan untuk makan)
		DS : DO :		

DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny F
Dx. Medis : Diabetes Mellitus
Ruang : Rawat Inap
No. MR :

HARI KE-1 : Tanggal 4 Januari 2024

1. Ketidakstabilan kadar Glukosa Darah b.d. 99 toleransi gula darah
2. Perilaku Perfer Tidak Efektif b.d. Hiperoglukemia.
3. Risiko Defisit Nutrisi b.d. Faktor psikologis
4.

HARI KE-2 : Tanggal 5 Januari 2024

1. Ketidakstabilan kadar Glukosa Darah b.d. Gangguan toleransi Gula Darah
2. Perilaku Perfer Tidak Efektif b.d. Hiperoglukemia.
3. Risiko Defisit Nutrisi b.d. Faktor Psikologis
4.

HARI KE-3 : Tanggal 4 Januari 2024

1. Ketidakstabilan kadar Glukosa Darah b.d. Gangguan Toleransi Gula Darah
2. Perilaku Perfer Tidak efektif b.d. Hiperoglukemia.
3. Risiko Defisit Nutrisi b.d. Faktor Psikologis
4.


FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny F
 Dx. Medis : Diabetes Mellitus
 Ruang : Rengasari Dalam
 No. MR :

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
		Kenaikan kadar glukosa darah terdapat gangguan toleransi gula darah.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor kadar glukosa darah - Monitor tanda dan gejala hiperglisemia - Melaksanakan prinsip untuk meningkatkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga - Agakkan pengalihan diabetes (mis pengalihan insulin, obat oral) - Kolaborasi: pemberian insulin - Edukasi: 10 unit, diet oral metformin 500 mg - Glibenclamide 2,5mg - Gabapentin 300 mg - Metoclopramide 10mg 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk monitor kadar glukosa darah - Untuk mengetahui tanda dan gejala hiperglisemia - Agar pasien mengetahui / meningkatkan kepatuhan terhadap diet & olahraga - Agar pasien mengetahui pengalihan diabetes 	[Signature] Sofia

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Mrs. F
 Dx. Medis : Diabetes Mellitus
 Ruang : Pengobatan Dalam
 No. MR :

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
		<p>Defisit Perifer tidak stabil b.d. hipoglikemia.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan S.O.S jama dihatkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - denyut nadi perifer meningkat - Nyeri ekstremitas menurun - Akral membaik - Turgor kulit membaik - Tekanan darah membaik. 	<ul style="list-style-type: none"> - Perang kembali keultra perifer (mis. Nadi perifer) - Anjurkan berolahraga rutin - Ajaran program diet untuk memperbaiki perisalan (mis. sudah lemak jenuh) - Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. sakit yang tidak hilang saat istirahat) 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk memastikan kembali keultra perifer agar pasien rutin berolahraga. 	 Sofia


FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. E

Dx. Medis : Diabetes Mellitus


Ruang : Penyakit Dalam

No. MR :

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
		<p>Risiko Defisit nutrisi (dd. Faktor fisiologis (tergangguan intake makanan))</p>	<p>Sehat dilakukan tindakan keperawatan 8x24 jam disesuaikan Status nutrisi membuat dengan fastenasi baik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porsi makan yang diutamakan membuat - Berat badan membuat - Napsu makan membuat 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi dan asupan makanan - Monitor berat badan - Monitor adanya mual muntah - Melakukan oral hygiene sebelum makan - Dentan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - Anjurkan makan porsi duduk - Kolaborasi pemberian obat acarbosef 5x1 2 sendok. 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui defisit nutrisi dan asupan makanan - Agar mengetahui pengaruh berat badan - Untuk mengetahui adanya mual muntah - Agar terindikasi dari fungsi sebelum makan - Agar mendapatkan asupan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - Agar mendapatkan porsi yang nyaman 	<p align="right">  Jull 2024 </p>

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : NY F
 Dx. Medis : Diabetes Mellitus
 Ruang : Penyakit Dalam
 No. MR :

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	4 Januari 2024				
	11-00 WIB		<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa kadar gula darah - Memantau tanda dan gejala hipoglikemia (misalnya, Polydipsia, Polyuria, ketamahan) 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemas - Pasien mengatakan nyeri pada pergerakan kaki - Pasien mengatakan tidak nafsu makan - Pasien mengatakan mual - Pasien mengatakan makan hanya 5 sendok makan 	 SUPER
	11-10 WIB		<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan Pantas amuk insulin - Jelaskan kebutuhan terhadap diet dan olahraga 	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpapar NFP PL 500 ml - Pasien tampak lemas. - Pasien diin insulin novorapid 16 unit - GDS : 383 mg/dl - GDN : 265 mg/dl - Keadaan kompartemis 	
	11-20 WIB		<ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan pengobatan diabetes ins (Penurunan insulin , obat oral) 		

			<ul style="list-style-type: none"> - Menganalisa asupan cairan, pengaruh karbohidrat dan karbohidrat fungsional kesehatan - Memastikan cairan 1000-1500 ml - Melakukan pemberian nutrisi 10 unit - Memastikan obat oral metformin 500 mg, glimepiride 2,5 mg - Memastikan ketebalan 10 mg/8 jam - Memeriksa kemialis setelah Perifer (mis nadi Perifer, tekanan darah, intake brachial index) - Menunjukkan berolahraga rutin - Menyarankan program diet untuk memperbaiki profil lipid dan tekanan darah - Menyarankan tindakan diet lain yang dapat membantu menurunkan risiko penyakit kardiovaskular 	<ul style="list-style-type: none"> - CET > 3 detik - TD : 103/6 mmHg - N : 90 x/m - S : 56,5 °C - RR : 20 x/m - Akral hangat dingin - BB sebelum sakit 54 kg - BB setelah sakit 47 kg - IMT = 18,55 - Energi usus 12 x /menit - TB : 160 cm - Babar tempat tidur - DM : diet karbohidrat bentuk butir, diberikan secara oral 5 kali sehari jumlah total yg dibutuhkan per hari 2022 kkal (jika makanan ditubiskan)
11.25 WIB	11.50 WIB		<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memastikan kadar glukosa darah - Perilaku perifer tidak efektif - Risiko defisit nutrisi <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memantau kadar glukosa darah - Memastikan persediaan diabetes & pengurusan insulin, obat oral - Monitor asupan cairan, pengaruh karbohidrat dan karbohidrat fungsional kesehatan - Membran cairan 1000-1500 ml - Memastikan asupan nutrisi 10 unit 	
11.55 WIB	12.00 WIB			

12.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi status nutrisi dan asupan makanan - Memonitor berat badan - Memonitor adanya mual/muntah - Melakukan oral hygiene sebelum makan - Menganjurkan makan porsi sedikit 	<ul style="list-style-type: none"> - Memastikan oral metformin 500 mg, glibenclamide 2,5 mg - Memastikan kembali sirkulasi perifer, edema, peristaltik kapiler - Memeriksa tekanan darah - Mengidentifikasi asupan makanan - Memonitoring adanya mual 	<ul style="list-style-type: none"> - Memastikan oral metformin 500 mg, glibenclamide 2,5 mg - Memastikan kembali sirkulasi perifer, edema, peristaltik kapiler - Memeriksa tekanan darah - Mengidentifikasi asupan makanan - Memonitoring adanya mual 	
5 Januari 2024				
11.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa faktor glukosa darah - Menyajikan penjelasan dietitis mis (penggunaan insulin, obat oral) - Memonitor asupan cairan - Pengisian kardiodrat dan kebutuhan protein dan lemak - Memeriksa cairan IVP EL 500 ml 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nafsu makan membaik - Pasien mengatakan sudah merasa sudah membaik - Pasien mengatakan mual pada pengisian kardi 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nafsu makan membaik - Pasien mengatakan sudah merasa sudah membaik - Pasien mengatakan mual pada pengisian kardi 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nafsu makan membaik - Pasien mengatakan sudah merasa sudah membaik - Pasien mengatakan mual pada pengisian kardi <p>D:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpapang IVP EL 500 ml - Pasien tampak masih lemas - Pasien diberi naseptid 1t unit - GDS : 349 mg/dl - GPN : 20 mg/dl - Keadaan konstipasi - CET > 3 detak - TD : 108/59 mmHg - N : 96 x/m - RR : 20 x/m - S : 36,6 °C
11.05 WIB				
11.10 WIB				
11.15 WIB				
11.20 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa sirkulasi perifer (mis radi perifer, edema, 			

		<p>Pengisian kapiler, warna, suhu)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tekanan darah - Menentukan frekuensi status nutrisi dan asupan makanan - Memeriksa adanya mual muntah 	<p>12.00 WIB</p> <p>12.05 WIB</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aktual teraba hangat - Pasien mengatakan menghabiskan 1/2 porsi makanan - Diet : diet kardiyovaskuler bentuk bubur, dibalut dengan Susu oral 3 kali sehari jumlah kalori 800 ditambah Kan Per hari 2-082 kkal (jika makanan ditabiskan) <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kestabilan kadar glukosa darah - Perpisah peristaltik tidak efektif - Resiko defisit nutrisi <p>P:-</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa kadar glukosa darah - Memeriksa cairan IUP EL 500 ml - Melakukan pemberian insulin NAsotropid 10 unit - Memeriksa obat oral DM metformin 500 mg, glibenzamide 2.5 mg - Memeriksa kembali sirkulasi perifer (misalnya perifer, Edema, pengisian kapiler, warna, suhu) - Memeriksa tekanan darah - Mengidentifikasi asupan makanan 	<p>Julia Satrio</p>
	<p>6 Januari 2024</p> <p>11.00 WIB</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa kadar glukosa darah - Memeriksa cairan IUP EL 500 ml - Melakukan pemberian insulin NAsotropid 10 unit 	<p>11.00 WIB</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badan sudah tidak lemas - Pasien mengatakan nyeri pada pengisian kalsi sudah hilang - Pasien mengatakan sudah nafsu makan - Pasien mengatakan sudah menghabiskan porsi makanan 	

0-20 W/S

- Memeriksa obat oral dan metformin 500 mg, glimepiramide 2.5 mg
- Memeriksa kembali sirkuit pengapian pada mesin, tekanan, persisian katup, busi, suhu
- Memeriksa tekanan darah
- Mengidentifikasi asupan makanan

O:

- Terpasang IVD FL 500 ml
- Pasien diberi insulin humanaprid 10 unit
- GDS : 9.56 mg/dl
- KDN : 18.7 mg/dl
- Perawatan kompartemis
- CFT > 3 detik
- TD : 128/98 mmHg
- N : 90x/m
- S : 36.6 °C
- RR : 20 x/m
- Aktif terapan hangat
- Pasien menghabiskan 1 porsi makanan

A:

- Masalah keperawatan teratasi

P:

- Discharge planning
- Mengedukasi tentang perencanaan pulang
- Menunjukkan urine minum obat teratur