

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa : Aditia Pratama
Tempat Praktik : RSUD Sleman
Tanggal Praktik : 24 Juli 2023
Tanggal Pengkajian : 24 Juli 2023
Sumber data : Pasien dan Rekam Medis

B. Data Umum Klien

No. RM : 1388xx
Nama Klien : Ny. E
Umur : 38 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Triharjo, Sleman
Pendidikan : SLTA
Pekerjaan : Wiraswasta
Agama : Islam
Tanggal masuk : 24 Juli 2023
Ruang : Alamanda 1
Diagnosa Medis : DM (Diabetes Miltus), HT (Hipertensi)

C. Riwayat Kesehatan

Alasan masuk RS :

Sebelum dibawa ke RS pasien mengeluhkan badannya lemas, sering jatuh dan mual sejak 2 minggu lalu, pasien juga mengatakan mempunyai riwayat penyakit DM dan HT, lalu keluarga bergegas membawa pasien ke IGD RSUD Sleman pada tanggal 24 Juli 2023, di IGD pasien diberikan insulin drip 0,5 cc/jam,

setelah diobservasi di IGD pasien diputuskan untuk rawat inap di bangsal Alamanda 1

Keluhan utama saat ini : lemas, kaki kesemutan, dan mual

Riwayat kesehatan masa lalu : Riwayat DM dan HT

Riwayat kesehatan keluarga : Ada riwayat DM dari ibunya

Penyakit keturunan :

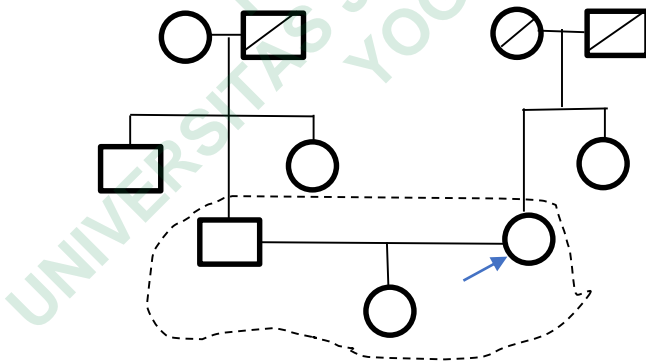
- DM
- Asma
- Hipertensi
- Jantung
- Lain : tidak ada

Riwayat kecelakaan atau pembedahan sebelumnya:

Pasien tidak ada riwayat kecelakaan atau pembedahan sebelumnya

Riwayat Alergi : Pasien tidak ada riwayat alergi apapun, riwayat pengobatan Hipertensi dan bulan februari 2023 pernah dirawat di RS karena DM.

Genogram:



Keterangan :	
□	Laki-laki
○	Perempuan Pasien (Ny. E)
➔	Pasien
-----	Satu Rumah
/	Meninggal
—	Menikah

D. Pengkajian Fisik

1. Sistem Pernafasan

- Dispnea : ~~Ya~~/Tidak
- Sputum : ~~Ya~~/Tidak
- Riwayat penyakit Bronktis : ~~Ya~~/Tidak; Asthma: ~~Ya~~/Tidak; TBC: ~~Ya~~/Tidak; Emphysema: ~~Ya~~/Tidak; Pneumonia: ~~Ya~~/Tidak
- Merokok : ~~Ya~~/Tidak
- Respirasi : 20x/menit; Dalam/~~Dangkal~~; Regular/~~Irregular~~; Simetris/~~tidak~~
- Penggunaan otot bantu pernapasan: ~~Ya~~/Tidak
- Fremitus : ~~Ya~~/~~tidak~~
- Nasal flaring: ~~Ya~~/Tidak
- Sianosis : ~~Ya~~/Tidak
- Pemeriksaan Thorax
 - a. Inspeksi :
pembangunan dada simetris kanan kiri, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada luka, tidak ada lesi
 - b. Palpasi :
Tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, taktil fremitus +/+, pembangunan dada kanan kiri simetris
 - c. Perkusi :
Sonor diseluruh lapang paru
 - d. Auskultasi :

Suara vesikuler

e. Data Tambahan Lain-lain: Tidak ada

2. Sistem Kardiovaskular

- Riwayat Penyakit :
Hipertensi: Ya/~~Tidak~~; DM: Ya/~~Tidak~~; Penyakit gangguan jantung: ~~Ya~~/Tidak
- Edema kaki : ~~Ya~~/Tidak
- Plebitis : ~~Ya~~/Tidak
- Claudicasio : ~~Ya~~/Tidak
- Dysreflexia : ~~Ya~~/Tidak
- Palpitasi : ~~Ya~~/Tidak; Sinkop: ~~Ya~~/Tidak
- Rasa kebas/kesemutan: Ya/~~Tidak~~
- Batuk darah : ~~Ya~~/Tidak
- TD : 154/100 mmHg, pengukuran di: brachialis ; Posisi pengukuran: Tidur/~~Berdiri~~/~~Duduk~~
- Nadi : 86x/menit diukur di ~~carotis/ temporal/ jugular/ radial/ femoral/ popliteal/ post tibial/ dorsalis pedis~~
- Kualitas nadi : ~~Lemah/Kuat/tidak teraba~~
- CRT : <2 detik.
- *Homans sign* : negatif
- Abnormalitas kuku: tidak ada, kuku tampak normal dan bersih
- Perubahan kulit : tidak ada perubahan warna kulit
- Membran mukosa: lembab
- Pemeriksaan Kardio
 - a. Inspeksi : iktus kordis tidak tampak
 - b. Palpasi : Iktus kordis teraba di ICS V di midclavicula sinistra
 - c. Perkusi : Redup
 - d. Auskultasi : S1 dan S2 normal

3. Sistem Gastrointestinal

- **Antropometri**

a. BB : 42 TB : 150 IMT : 18,6 kg m²

Gizi kurang

Gizi cukup

Gizi lebih

b. Berat badan: 62 Kg, ada perubahan BB: ~~Ya~~/Tidak; ~~Naik~~/Turun 5 kg dalam 1 bulan

- **Biokimia**

Hb: 10 gr/dl Hmt: 27 %

GDS : 500 mg/dL (di IGD), 128 mg/dL (di bangsal)

- **Clinical sign**

a. Turgor kulit: elastis

b. Membran mukosa: lembab

c. Edema : ~~Ya~~/Tidak

d. Ascites : ~~Ya~~/Tidak

e. Pembesaran tiroid: ~~Ya~~/Tidak

f. Kondisi gigi dan mulut: gigi dan mulut tampak bersih, pasien tidak memakai gigi palsu

g. Kondisi lidah: lidah tampak bersih

h. Halitosis: ~~Ya~~/Tidak

i. Hernia: ~~Ya~~/Tidak

j. Massa abdomen : ~~Ya~~/Tidak

k. Bising usus: 8x/menit

l. Data tambahan dalam Pemeriksaan abdomen:

Inpeksi: tidak ada luka, tidak ada lesi, bentuk simetris

Auskultasi: bising usus 8x/menit

Perkusi: suara timpani di 3 region abdomen, kanan atas suara pekak

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

- **Diet:**
 - a. Pola makan sebelum dirawat: 3x/sehari; waktu: pagi, siang dan malam
 - b. Ada larangan/pantangan makanan: ~~Ya~~/Tidak
 - c. Penggunaan suplemen makanan: ~~Ya~~/Tidak
 - d. Kehilangan nafsu makan: ~~Ya~~/Tidak
 - e. Mual/Muntah: Ya/~~Tidak~~
 - f. Alergi makanan: ~~Ya~~/Tidak
 - g. Dada serasa terbakar sesaat setelah makan: ~~Ya~~/Tidak
 - h. Masalah dalam menelan: ~~Ya~~/Tidak
 - i. Gigi Palsu: ~~Ya~~/Tidak
 - j. Penggunaan diuretik: ~~Ya~~/tidak
 - k. Pola makan selama sakit/dirawat: 3x/sehari; waktu : pagi, siang, malam
 - l. Kebutuhan cairan selama sakit :
 - m. Balance cairan selama 24 jam

Intake	Output	Balance cairan
Parenteral: 1500 cc Makan + minum : 2000 cc	Urine : 1500 cc IWL : 930 cc Feses : 50 cc Muntah : 0 cc Drain : 0 cc Darah : 0 cc	Input – output : 1020 cc
Total : 3500 cc	Total : 2480 cc	

- n. Data tambahan : tidak ada

4. Sistem Neurosensori

- Merasa pusing/mau pingsan: Ya/~~Tidak~~

- Sakit kepala : ~~Ya~~/Tidak
- Kesemutan/Kebas/lemah : Ya/~~Tidak~~
- Riwayat stroke : ~~Ya~~/Tidak
- Kejang : ~~Ya~~/Tidak
- Kehilangan daya penglihatan : ~~Ya~~/Tidak
- Glaukoma : ~~Ya~~/Tidak; Katarak: ~~Ya~~/Tidak; Alat bantu penglihatan: ~~Ya~~/Tidak,
- Kehilangan daya pendengaran: ~~Ya~~/Tidak
Alat bantu dengar: ~~Ya~~/Tidak
- Pengecap : baik, tidak ada gangguan
- Pengidu : baik, tidak ada gangguan
- Peraba : .baik, tidak ada gangguan
- Status mental : baik, tidak ada gangguan
- Orientasi : Waktu:Normal/~~Tidak~~; Waktu: Normal/~~Tidak~~; Tempat: Normal/~~Tidak~~; Orang: Normal/~~Tidak~~; Situasi: Normal/~~Tidak~~
- Tingkat kesadaran : composmentis
- GCS: (E 4 M 6 V 5 Total: 15)
- Afek (gambaran) : Sesuai, pasien langsung menjawab ketika ditanya dan jawaban pasien sesuai dengan apa yang ditanyakan.
- Memori: saat ini : normal, pasien bisa menyebutkan tempat saat ini dan masih ingat pemeriksaan yang dilakukan saat ini
masa lalu : pasien masih mengingat beberapa kejadian di masa lalu
- Pupil:isokor/~~anisokor~~; ukuran: ± 3 mm, reaksi cahaya: R + /L +
- Facial droop: ~~Ya~~/Tidak
- Postur tubuh: tegap
- Reflek tendon: positif
- Paralisis: ~~Ya~~/Tidak
- Nyeri: ~~Ya~~/Tidak,

5. Sistem Muskuloskeletal

- Kegiatan utama sebelum sakit: Wiraswasta
- Kegiatan senggang: bersih – bersih dan jaga warung didepan rumah
- Kondisi keterbatasan: jika kelelahan pasien merasa lemas dan mudah jatuh
- Tidur malam: Ya/~~tidak~~, 6-8 jam, Tidur siang: Ya/~~Tidak~~/kadang-kadang
- Kesulitan untuk tidur: Ya/~~Tidak~~; Insomnia: Ya/~~Tidak~~
- Sulit bangun tidur: Ya/~~Tidak~~
- Perasaan tidak tenang saat bangun tidur: Ya/~~Tidak~~
- Rentang gerak: aktif
- Kekuatan otot :

5	5
5	5

- Deformitas : tidak ada
- Postur : kifosis/lordosis/skoliosis/Normal
- Gaya Berjalan : tegap
- Kemampuan ADL's

(Menggunakan kode 2 = *independent*, 1 = butuh bantuan, 0 = *dependent*)

	0	1	2
Buang air besar		√	
Buang air kecil		√	
Menggunakan toilet		√	
Berdandan			√
Makan			√
Berpakaian		√	
Berpindah tempat			√
Mobilisasi			√

Naik tangga		√	
Mandi		√	

Ket : kebutuhan pasien membutuhkan bantuan

6. Sistem Integumen

- Riwayat alergi: tidak ada
- Riwayat imunisasi: pasien mengatakan imunisasinya lengkap
- Perubahan sistem imun: tidak ada
- Transfusi darah: ~~Ya~~/tidak
- Temperatur kulit: 36,6°C
- Diaphoresis: tidak ada
- Integritas kulit: ~~bagus~~/kurang; Scar: Ya/~~Tidak~~, lokasi : kaki kanan dan kaki kiri ; Rash: ~~Ya~~/Tidak ; Laserasi: ~~Ya~~/tidak,
- Ulcer: ~~Ya~~/Tidak
- Luka bakar: ~~Ya~~/Tidak,
- Pressure Ulcer : tidak ada luka tekan
- Edema : tidak ada edema
- Lain – lain : tidak ada

7. Sistem Eliminasi

a. *Fecal*

1) Frekuensi BAB : 1x/hari

- Konstipasi
- Diare

2) Karakteristik feses

- Konsistensi : lembek
- Warna : kuning kecoklatan
- Bau : berbau khas

3) Penggunaan laxative : ~~Ya~~/tidak

4) Perdarahan per anus : ~~Ya~~/Tidak

5) Hemoroid : ~~Ya~~/Tidak

b. Bladder

- 1) Inkontinensia: ~~Ya~~/Tidak
- 2) Urgensi: ~~Ya~~/tidak
- 3) Retensi urin: ~~Ya~~/Tidak
- 4) Frekuensi BAK: 4-5x/hari
- 5) Karakteristik Urin: jernih
- 6) Volume urin : 1000 cc
- 7) Nyeri/kesulitan terbakar/kesulitan BAK : tidak ada nyeri
- 8) Riwayat penyakit ginjal/kandung kemih: tidak ada riwayat

8. Sistem Reproduksi

- Keluhan sistem reproduksi: tidak ada
- Akseptor KB : (~~Ya~~/Tidak)
- Kegiatan seksual teratur : Ya/~~Tidak~~
- Perempuan
 - a. Usia menarche: 12 tahun
 - b. Durasi menstruasi: 5 hari
 - c. Menopause: belum menopause
 - d. Vaginal discharge: tidak ada
 - e. Gangguan pada alat kelamin: tidak ada gangguan

E. Pengkajian Psikososial

1. Nilai/Kepercayaan

Agama yang dianut: islam

Kegiatan keagamaan yang di jalani : pasien melaksanakan sholat bersama suaminya

Nilai / kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatan : tidak ada

Gaya hidup: pasien mengatakan gaya hidup sederhana

Perubahan gaya hidup: tidak ada perubahan gaya hidup

2. Koping / stress

Pasien merasa stres: Ya/~~Tidak~~

Faktor penyebab stres : karena dirawat di rumah sakit sehingga tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya

Cara mengatasi permasalahan : pasien bercerita dengan suami dan anak

Status emosional : Tenang / ~~Cemas / Marah / Menarik diri / Takut / Mudah tersinggung / Tidak sabar / euforia.~~

Lain – lain : tidak ada

3. Hubungan

Tinggal dengan: suami dan anak

Orang yang mendukung : keluarga (suami dan anak)

Penyakit mempengaruhi hubungan keluarga/ orang lain: tidak

Kegiatan di masyarakat : arisan dan kerja bakti

Lain – lain : tidak ada

4. Persepsi Diri

Yang dirasakan terkait hospitalisasi : pasien mengatakan tidak betah dan ingin segera pulang

Perilaku klien sesuai dengan situasi : perilaku pasien tampak tenang dan kooperatif saat diajak bicara, bisa menjawab sesuai pertanyaan

Lain – lain : tidak ada

F. Defisit pengetahuan/ Pendidikan Kesehatan Klien

Bahasa utama: Jawa dan Indonesia

Daftar kebutuhan pendidikan selama di rawat : pendidikan kesehatan mengenai nutrisi DM dan senam kaki diabetik

G. Data Penunjang

Tabel 3. 1 Data Penunjang

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal dalam satuan	Interpretasi
24 Juli 2023	Hemoglobin	10	12-17 g/dL	Rendah
	Hematokrit	27	34-40 %	Rendah
	GDS ke 1 (di IGD)	500	70-140 mg/dL	Tinggi
	GDS ke 2	128	70-140 mg/dL	Normal
	HbA1c	> 15	5,7-6,4 %	Tinggi
25 Juli 2023	Kalium	1,87	3,7-5,2 mmol/	Rendah
	Natrium	147	137-145 mmol	Tinggi
	Klorida	109	98-107 mmol	Tinggi

H. Terapi Yang Diberikan

Tabel 3. 2 Terapi Obat

Tanggal	Jenis Terapi	Rute	Dosis	Indikasi
24 Juli 2023	Aspar K	PO	3x300 mg	Hipertensi
	Valsartan	PO	1x80 mg	Hipertensi
	Amlodipin	PO	1x60 mg	Hipertensi
	Metformin	PO	1x500 mg	DM
	Novorapid	SC	2x8 unit	DM
	Ranitidine	IV	2x1gr	Lambung
	Mecobalamin	IV	2x500 mg	Vitamin B12

I. Analisa Data

Tabel 3. 3 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan dirinya pusing, mudah lapar, dan sering merasa haus. 2. Pasien mengatakan dirinya sering mengkonsumsi makanan dan minuman manis, serta konsumsi <i>junk food</i>, dan jarang melakukan aktivitas fisik. 3. Pasien mengatakan memiliki riwayat sejak umur 21 tahun lalu. 4. Pasien mengatakan pernah dirawat di RS sebelumnya dengan penyakit DM. <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KU: composmentis 2. Mulut pasien tampak kering 3. GDS: 500 mg/dL 4. HbA1c > 15 % 5. Vital sign : <ul style="list-style-type: none"> • TD:154/100 mmHg • N: 86x/menit • T: 36.6°C • RR: 20x/menit • Spo2: 98% 	Resistensi Insulin	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)

No	Data	Etiologi	Problem
2.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badannya lemas sejak 2 minggu lalu 2. Pasien mengatakan sering merasa letih ketika melakukan aktivitas ringan sudah istirahat tapi masih letih. <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemas dan lesu 2. ADL pasien dibantu sebagian oleh keluarga 3. Hb: 10 g/dl 4. Kalium 1,87 mmol/l 	<p>Kondisi Fisiologis (Anemia)</p>	<p>Keletihan (D.0057)</p>

PERPUSTAKAAN
 UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
 YOGYAKARTA

J. Rencana Keperawatan

Tabel 3. 4 Rencana Keperawatan


Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)	<p>Setah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka, diharapkan kestabilan kadar glukosa meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Kestabilan kadar glukosa darah (L.03022)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lelah lesu dari skala 2 cukup meningkat menjadi skala 5 menurun 2. Pusing dari skala 2 cukup meningkat menjadi skala 5 menurun 3. Mulut kering dari skala 2 cukup meningkat menjadi skala 5 menurun 4. Kadar glukosa dalam darah dari skala 1 memburuk menjadi skala 4 cukup membaik 	<p>Manajemen Hiperglikemia (I.03115)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor kadar glukosa darah 3. Monitor randa dan gejala hiperglikemia <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral 2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemi tetap ada atau memburuk <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan monitor kadar glukosa secara mandiri 2. Anjurkan kepatuhan diet dan olah raga (senam kaki DM) 3. Ajarkan pengelolaan diabetes <p>Kolaborasi:</p>

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
		<p>1. Kolaborasi pemberian insulin</p> <p>Edukasi Diet (I.12369)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga dalam menerima informasi 2. Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan 3. Berikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan 2. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang 3. Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
<p>Keletihan (D.0057)</p>	<p>Setah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka, diharapkan tingkat keletihan dapat membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat Keletihan (L.05046)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan melakukan aktivitas rutin dari skala 2 cukup menurun menjadi skala 4 cukup meningkat 2. Verbalisasi lelah dari skala 2 cukup meningkat menjadi skala 4 cukup menurun 3. Lesu dari skala dari skala 2 cukup meningkat menjadi skala 4 cukup menurun 	<p>Edukasi Aktivitas/istirahat (I.12362)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat 2. Jadwal kan pemberian pendidikan kesehatan 3. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin 2. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat 3. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat


K. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan


Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny. E Hari 1				
No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
1.	Senin 24 Juli 2023 08:00 WIB 10:30 WIB 11:00 WIB 11:20 WIB	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) 1. Mengobservasi kondisi pada pasien apakah ada kemungkinan penyebab hiperglikemia pada pasien 2. Memonitor kadar glukosa darah sewaktu pasien GDS dari IGD: 500 mg/dL 3. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemi pada pasien seperti poliuria, polidipsi, polipaghi dan tanda gejala lainnya 4. Melakukan pemberian insulin (novorapid) 8 ui deltoid dexstra	Senin, 24 Juli 2023 (15:00 WIB) S: - Pasien mengatakan dirinya memiliki riwayat DM sudah lama tetapi tidak menggunakan insulin - Pasien mengatakan sudah paham dengan cara melakukan senam kaki DM O: - KU: composmentis - Mulut pasien tampak kering dan tampak lesu	 Aditia

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny. E Hari 1				
No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
	13:00 WIB	5. Mengajarkan pengelolaan diabetes dengan nutrisi dan aktifitas fisik salah satunya senam kaki DM	<ul style="list-style-type: none"> - GDS dari IGD: 500 mg/dL dipindah kebangsal GDS: 128 mg/dL - HbA1c > 15 % - Vital sign : <ul style="list-style-type: none"> • TD:154/100 mmHg • N: 86x/menit • T: 36.6°C • RR: 20x/menit • Spo2: 98% - Terpasang <i>syringe pump</i> insulin 0,5 cc/jam (dari IGD) - Sudah diberikan senam kaki DM selama 15 menit pukul 13:00 WIB dan pasien mampu mengikuti 	

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny. E Hari 1				
No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
			<p>A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stop <i>syringe pump</i> insulin - Memonitor kadar glukosa darah - Memonitor tanda dan gejala hiperglikemi - Menganjurkan kepatuhan diet dan olah raga (senam kaki DM) - Memberikan insulin 8 unit. 	


Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny. E Hari 1				
No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
2.	Senin 24 Juli 2023 09:00 WIB 10:00 WIB 10:20 WIB 10:30 WIB	Edukasi Aktivitas/istirahat (I.12362) 1. Menanyakan kepada pasien apakah siap diberikan pendidikan kesehatan tentang aktifitas fisik ringan dan senam kaki DM 2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan berupa leaflet tentang aktivitas fisik ringan dan senam kaki 3. Memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya tentang materi yang sudah diberikan 4. Menjelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin	Senin, 24 Juli 2023 (15:00 WIB) S: - Pasien mengatakan badannya masih merasa lemah, saat kamar mandi butuh bantuan. - Pasien mengatakan paham dengan materi yang disampaikan perawat O: - ADL dengan bantuan keluarga pasien - Telah diberikan edukasi manfaat senam kaki DM dan aktifitas ringan di dalam ruangan A: Keletihan belum teratasi	 Aditia


Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny. E Hari 1				
No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
			P: Lanjutkan intervensi - Mengevaluasi edukasi aktivitas fisik yang diberikan perawat - Menyusun jadwal aktivitas dan istirahat saat dirumah	

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny. E Hari 2				
No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
1.	Selasa 25 Juli 2023 08:00 WIB 09:30 WIB	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) 1. Memonitor kadar glukosa darah sewaktu pagi hari 2. Memonitor adanya tanda dan gejala hiperglikemi	Selasa, 25 Juli 2023 (15:00 WIB) S: - Pasien mengatakan masih merasa sedikit pusing dan mukosa bibir kering	 Aditia


Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny. E Hari 2				
No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
	11:00 WIB	3. Melakukan pemberian insulin (novorapid) 8 ui di area deltoid dexstra	- Pasien mengatakan mulai menerapkan senam kaki DM	
	13:00 WIB	4. Mengevaluasi dan mendampingi pasien melakukan senam kaki DM yang telah diajarkan perawat	<p>mandiri ketika kakinya merasa kebas dan kesemutan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU: composmentis - Mulut pasien tampak kering dan tampak lesu - Vital sign : <ul style="list-style-type: none"> • TD:134/80 mmHg • N: 109x/menit • T: 36.4°C • RR: 20x/menit • Spo2: 98% - Sudah masuk Insulin 8 ui/sc <p>Stop <i>syringe pump</i> insulin</p>	

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny. E Hari 2				
No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
			<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan senam kaki DM mandiri dibantu keluarga - GDS: 209 mg/dL <p>A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kadar glukosa darah - Memonitor tanda dan gejala hiperglikemi - Mengevaluasi senam kaki DM - Memberikan insulin 6 unit 	

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny. E Hari 2				
No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
	Selasa 25 Juli 2023 09:00 WIB 09:10 WIB 09:50 WIB 10:00 WIB 10:10 WIB	Edukasi Diet (I.12369) 1. Mengidentifikasi kemampuan pasien dan keluarga dalam menerima informasi 2. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan saat ini 3. Memberikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya 4. Menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan 5. Menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang	Selasa, 25 Juli 2023 (15:00 WIB) S: - Pasien mengatakan nafsu makan masih membaik saat di RS, makanan dari RS selalu habis - Pasien mengatakan paham dengan edukasi yang diberikan perawat mengenai diet nutrisi DM O: - Telah dilakukan edukasi terkait nutrisi yang dibutuhkan pasien - Sudah dijelaskan untuk menghindari jenis makanan seperti makanan/minuman manis seperti kue manis, es krim, susu	 Aditia

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny. E Hari 2				
No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
			<p>kental manis, sirup, atau buah buahan yang diawetkan seperti durian tape atau manisan buah dan minuman yang mengandung alkohol</p> <p>A: Edukasi kesehatan teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi</p>	
2.	Selasa 25 Juli 2023 09:00 WIB	<p>Edukasi Aktivitas/istirahat (I.12362)</p> <p>1. Mengevaluasi materi dan media pendidikan kesehatan tentang aktivitas fisik ringan dan senam kaki</p>	<p>Selasa, 25 Juli 2023 (15:00 WIB)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badannya masih sedikit lemah - Pasien mengatakan paham dengan materi kemarin yang disampaikan perawat 	 <p>Aditia</p>

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny. E Hari 2				
No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
	10:00 WIB	2. Memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya tentang materi yang sudah diberikan sebelumnya	O: - ADL pasien kadang masih dibantu oleh keluarganya - Pasien dan keluarga tampak paham dan sudah menerapkan aktivitas fisik yang telah diedukasi perawat A: Keletihan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Menyusun jadwal aktivitas dan istirahat saat dirumah	
	10:20 WIB	3. Menjelaskan kembali pada keluarga pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin		
	10:30 WIB	4. Menganjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat saat dirumah		

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny. E Hari 3				
No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
1.	Rabu 26 Juli 2023 11:00 WIB 11:15 WIB 11:20 WIB 13:00 WIB	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) 1. Memonitor kadar glukosa darah sewaktu siang hari 2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemi 3. Melakukan pemberian insulin (novorapid) 6 ui 4. Mendampingi dan mengevaluasi senam DM yang dilakukan pasien	Rabu, 26 Juli 2023 (15:00 WIB) S: - Pasien mengatakan lemas berkurang kondisinya sudah lebih baik dari hari kemarin, pusing berkurang - Pasien mengatakan sudah menerapkan senam kaki DM mandiri ketika kakinya merasa kebas dan kesemutan O: - KU: composmentis - Mulut pasien tampak sedikit lembab - GDS: 198 mg/dL setelah 2 jam pemberian senam kaki DM	 Aditia

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny. E Hari 3				
No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
			<ul style="list-style-type: none"> - Vital sign : <ul style="list-style-type: none"> • TD:150/97 mmHg • N: 100x/menit • T: 36°C • RR: 20x/menit • Spo2: 98% - Sudah masuk Insulin 6 ui/sc (11:20 WIB) - Pasien dan keluarga sudah paham serta mampu melakukan maupun menerapkan senam kaki DM mandiri <p>A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi</p> <p>P:</p>	

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny. E Hari 3				
No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
			Hentikan Intervensi	

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YAN
YOGYAKARTA