

BAB III TINJAUAN KASUS

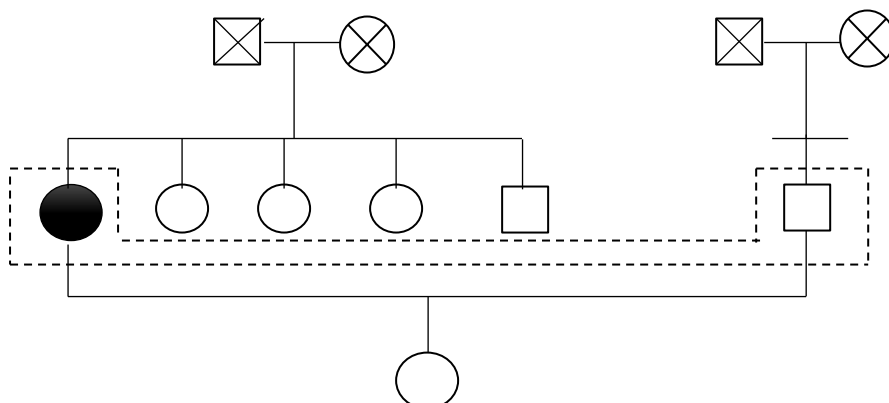
3.1 Pengkajian

Pengumpulan data didapatkan dengan melakukan pengkajian secara anamnesa dan pemeriksaan fisik terhadap lansia yang mengalami penyakit DM dengan melakukan kunjungan rumah. Pengkajian dilakukan pada tanggal 09 April 2021.

3.1.1 Identitas Klien

Nama : Ny. S
 Umur : 63 tahun
 Alamat : Jl. Umban Sari
 Pendidikan : SD
 Tanggal Masuk Panti : -
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Suku : Jawa
 Agama : Islam
 Status Perkawinan : Menikah
 Tanggal Pengkajian : Rabu, 09 April 2021

Genogram:



Keterangan:

□ : Laki Laki

○ : Perempuan

● : Klien

× : Meninggal

---- : Serumah

3.1.2 Riwayat Kesehatan:

1. Riwayat Kesehatan Dahulu:

Ny.S mengatakan penyakit DM Tipe II ini sudah dideritanya sejak 7 tahun yang lalu, tidak tahu penyebab gula nya tinggi, sewaktu pemeriksaan kesehatan ditempat kerjanya ternyata gulanya tinggi

2. Riwayat Kesehatan Keluarga:

Ny.S mengatakan bahwa keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit DM tipe II.

3. Keluhan Kesehatan saat ini:

Saat dilakukannya pengkajian Ny. S mengeluh sakit kepala, pandangan kabur, mengeluh lemas, mengatakan gulanya selalu diatas 200 ketika mengontrol rutin gula darah di rumah, Ny.S mengatakan menggunakan insulin di lengan kirinya, kaki nya terasa kebas , kakinya terasa kesemutan, mudah lelah, beraktivitas harus dibantu oleh satu orang, ia mengatakan hanya berbaring di tempat tidur, Ny.S mengatakan memiliki bekas luka pada bagian punggung kakinya, Ny.S mengatakan bekas luka karena di garuk.

3.1.3 Tinjauan Sistem

- a. Keadaan Umum: Composmentis
- b. Antropometri: 45 kg, tinggi badan 148 cm dengan IMT 20.54 (Normal)
- c. Sistem Integumen: Kulit tampak mengerut dan keriput, kusam, kasar, timbul bercak pigmentasi, terlihat kantung mata, bintik bintik atau noda cokelat pada wajah, CRT 4 detik, warna kulit kaki pucat, suhu normal, tidak tampak edema, akral kaki dingin, bekas luka yang sudah menering, kulit kaki tampak kering, kulit pada kaki tampak mengelupas
- d. Kepala: Kepala Ny.S tampak simetris, tidak ada benjolan, keadaan rambut bersih, tidak ada ketombe, rambut rontok, rambut putih (beruban).
- e. Mata: Simetris kanan kiri, konjuktiva tidak anemis, penglihatan kabur.
- f. Telinga: Bentuk simetris, telinga bersih tidak ada serumen
- g. Mulut, Tenggorok, dan Leher: Kebersihan mulut baik, tidak ada caries, gigi tidak lengkap, tidak ada gangguan menelan, bibir kering dan pecah-pecah, pada tonsil tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid.
- h. Payudara: Terjadi atropi payudara
- i. Sistem Pernapasan: dada simetris, retraksi dinding dada tidak ada dan tidak menggunakan otot bantu pernafasan, RR:18 x/ menit
- j. Sistem Kardiovaskuler: tidak ada nyeri tekan, nadi: 70x/ menit. TD: 130/70 mm/hg
- k. Sistem Gastrointestinal: tidak ada gangguan gastrointestinal, bising usus normal

Pola BAB: 1 kali sehari

Konsistensi feses: Lunak dan padat

Warna feses: kecokelatan

l. Sistem Perkemihan:

Pola BAK: 5-8 kali sehari

Warna urin: kuning keputihan

Konsistensi urin: cair, tidak ada perdarahan

m. Sistem Genitoreproduksi: Sudah menopause atau sudah tidak mengalami menstruasi

n. Sistem Muskuloskeletal

Kekuatan otot

5	5
3	3

o. Sistem Saraf Pusat

GCS: 15

N I :Ny.S bisa membedakan antara bau teh dan bau kopi

N II :Mengalami sedikit gangguan, pandangan Ny.S kabur

N III, IV, VI : Ny.S bisa memutar bola matanya

N V :Ny.S bisa menggerakkan rahang kesemua sisinya, Ny.S mengatakan pipinya terasa dingin karena disentuh kain yang terkena air

N VII : Ekspresi wajah Ny.S normsl, Ny.S bisa senyum, dan mengangkat alis

N VIII : Ny.S kurang mendengarkan bisikan

N IX	: Ny.S bisa membedakan rasa manis dan asam
NX	: Ny.S bisa menelan saliva, dan mengecap dengan baik
NXI	: Ny.S bisa menggerakkan bahu dengan baik
N XII	: Ny.S bisa menjulurkan lidah ke semua sisi

3.1.4 Pengkajian Psikososial dan Spiritual

a. Perubahan psikologis, data yang dikaji:

Ny. S mengatakan bahwa ia menerima setiap manusia mengalami proses penuaan, Ny.S mengatakan bahwa dirinya merasa dibutuhkan oleh keluarganya, Ny.S mengatakan ia optimis, karena keluarganya selalu mendukung, Ny.S mengatakan dengan cara berkumpul bersama keluarga atau menonton televisi, Ny.S mengatakan mudah menyesuaikan diri, karena semasa muda suka berbaur dengan teman sebaya, Ny.S mengatakan pernah mengalami kegagalan, namun selalu bangkit karena orang terdekat selalu mendukung, Ny.S mengatakan harapannya ia dan keluarganya selalu sehat terus, Ny.S ingat tentang kejadian masa lalunya, seperti masa kecilnya, dll, Ny.S saat diwawancara tidak mengalami kebingungan dan nyambung diajak berbicara, Ny.S tidak mengalami perasaan sedih, Ny.S mampu menyelesaikan masalah, dengan cara berdiskusi bersama keluarga:

b. Perubahan sosial ekonomi, data yang dikaji:

Ny.S mengatakan sumber keuangannya berasal dari suaminya yang bekerja dan dari bulanan yang diberikan oleh anaknya, Ny.S mengatakan menonton TV, Ny.S mengatakan ia tinggal bersama suaminya, Ny.S mengatakan tidak mengikuti organisasi manapun, Ny.S

mengatakan lingkungannya selalu mendukungnya, Ny.S mengatakan sejak dua tahun yang lalu ia jarang keluar rumah karena sulit berjalan keluar, ia hanya bercengkrama dengan keluarganya yang datang kerumahnya., Ny.S mengatakan semua keluarga terdekatnya bisa mengunjunginya kerumah, Ny.S mengatakan dapat menyalurkan hobinya dirumah, namun saja ia bisa berjalan namun harus di bantu

c. Perubahan spiritual, data yang dikaji :

Ny.S mengatakan ia teratur beribadah seperti sholat, namun karena tidak bisa berdiri ia melakukan sholat dengan cara duduk, Ny.S mengatakan sejak sakit ia sudah tidak aktif dalam kegiatan keagamaan dilingkungannya, Ny.S mengatakan cara menyelesaikan masalah dengan berdoa, Ny.S terlihat tabah dan tawakal terhadap kehidupan dan masalah yang di hadapinya

d. Pengkajian Fungsional Klien (KATZ Indeks)

Tabel 3.1 Pengkajian Fungsional Klien (KATZ Indeks)

Skor	Kriteria
A	Kemandirian dalam hal makan, minum, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi
B	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tersebut
C	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
D	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan
F	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan
G	Ketergantungan pada enam fungsi tersebut
Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C, D, E atau F

Keterangan: Index Katz di atas untuk mencocokkan kondisi lansia dengan skor yang diperoleh

Kesimpulan:

Ny.S Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan dengan (SKOR E)

e. Modifikasi dari Barthel Indeks

Tabel 3.2 Modifikasi dari Barthel Indeks

No	KRITERIA	Nilai	Hasil
1	Makan	0. Tidak mampu 1. Butuh bantuan memotong, mentega dll. 2. Mandiri	2 Mandiri
2	Mandi	0. Tergantung orang lain 1. Mandiri	0 Tergantung orang lain
3	Perawatan diri	0. Membutuhkan bantuan orang lain 1. Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi, dan bercukur	1 Mandiri
4	Berpakaian	0. Tergantung orang lain 1. Sebagian dibantu (misal mengancing baju) 2. Mandiri	0 Tergantung orang lain
5	Buang air kecil	0. Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1. Kadang Inkontinensia (maks, 1x24 jam) 2. Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)	2 Kontinensia
6	Buang air besar	0. Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1. Kadang Inkontensia (sekali seminggu) 2. Kontinensia (teratur)	2 Kontinensia

No	KRITERIA	Nilai	Hasil
7	Penggunaan toilet	0. Tergantung bantuan orang lain 1. Membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri 2. Mandiri	0 Tergantung orang lain
8	Transfer	0. Tidak mampu 1. Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2. Bantuan kecil (1 orang)	2 Bantuan Kecil
9	Mobilitas	0. Immobile (tidak mampu) 1. Menggunakan kursi roda 2. Berjalan dengan bantuan satu orang 3. Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti, tongkat)	2 Berjalan dengan bantuan satu orang
10	Naik turun tangga	0. Tidak mampu 1. Membutuhkan bantuan (alat bantu) 2. Mandiri	0 Tidak mampu
Score Total		11	Ketergantungan sedang

Interpretasi hasil :

20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan Ringan

9-11 : Ketergantungan Sedang

5-8 : Ketergantungan Berat

0-4 : Ketergantungan Total

Ny.S Ketergantungan sedang dengan Skor 11

f. Pengkajian Status Mental Gerontik

a. *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)*

Tabel 3.3 *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)*

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN	Jawaban
	✓	01	Tanggal berapa hari ini?	Ny.S mengatakan lupa
✓		02	Hari apa sekarang ini?	Ny.S mengatakan hari Rabu
✓		03	Apa nama Tempat ini	Ny.S mengatakan dirumah
✓		04	Dimana alamat anda?	Ny.S mengatakan di umban sari
✓		05	Berapa umur anda?	Ny.S mengatakan 63
✓		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)	Ny.S mengatakan 1957
✓		07	Siapa presiden Indonesia sekarang?	Ny.S mengatakan Jokowi
✓		08	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?	Ny.S mengatakan SBY
✓		09	Siapa nama ibu anda?	Ny.S mengatakan bu Painem
	✓	10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun	Ny.S mengatakan tidak tahu
$\sum = 8$	$\sum = 2$	Fungsi intelektual utuh		

Kesimpulan:

Kesalahan 0-2: fungsi intelektual utuh

Kesalahan 3-4: kerusakan intelektual ringan

Kesalahan 5-7: kerusakan intelektual sedang

Kesalahan 8-10: kerusakan intelektual berat

b. *Mini Mental Status Exam (MMSE)*

Tabel 3.4 Mini Mental Status Exam (MMSE)

NO	ASPEK KOGNITIF	NILAI MAKS	NILAI KLIEN	KRITERIA
1	Orientasi	5	4	Menyebutkan dengan benar: Tahun 2021 ✓ Musim Kemarau ✓

				Tanggal 09 April ✕ Hari Rabu ✓ Bulan April ✓
	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada? Negara Indonesia ✓ Propinsi Riau ✓ Kota Pekanbaru PSTW/ Puskesmas Umban Sari ✓ Alamat Umban Sari ✓
2	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi (untuk disebutkan) Obyek kertas ✓ Obyek pena ✓ Obyek bunga ✓
3	Perhatian dan kalkulasi	5	3	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat 93 ✓ 86 ✓ 79 ✓ 72 65
4	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada no.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 point untuk masing-masing obyek
5	Bahasa	9	6	Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien (misal jam tangan) (misal pensil) Minta klien untuk mengulang kata berikut: "tak ada jika, dan, atau, tetapi". Bila benar, nilai 1 point. Pernyataan benar 2 buah (contoh: tak ada, tetapi). Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah: "ambil kertas di tangan anda, lipat dua dan taruh di lantai"

				Ambil kertas di tangan anda Lipat dua Taruh di lantai Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point) ”tutup mata anda” Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat atau menyalin gambar Tulis satu kalimat Menyalin gambar
TOTAL NILAI	30	24		Tidak ada kelainan kognitif

Interpretasi:

Nilai 24-30 : tidak ada kelainan kognitif

Nilai 18-23 : kelainan kognitif ringan

Nilai 0-17 : kelainan kognitif berat

3.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Hasil cek gula darah sewaktu: pada saat pengkajian pada tanggal 09

April 2021 di dapatkan hasil gula darah sewaktu hasil 246 mg/dL

3.1.6 Terapi Dokter

Insulin pen novorapid flexpen 3 ml

3.2 Data Fokus

Tabel 3.5 Data Fokus

Data Subjektif	Data Objektif
a) Ny.S mengatakan menderita DM Tipe II sejak 7 tahun yang lalu	a) Ny.S terlihat lemas
b) Ny.S mengatakan tidak tahu penyebab gula nya tinggi, sewaktu pemeriksaan kesehatan ditempat kerjanya ternyata gulanya tinggi.	b) GDS pada tanggal 09 April 2021: 246 Mg/dl
c) Ny.S mengeluh sakit kepala	c) Tampak bekas pemberian insulin dilengan kirinya
d) Ny.S mengatakan pandangan kabur	d) Warna kulit pada kaki Ny.S terlihat pucat
e) Ny.S mengeluh lemas	e) Akral pada kaki Ny.S teraba dingin
	f) TD: 140/80
	g) CRT 4 detik

<p>f) Ny.S mengatakan gulanya selalu diatas 200 ketika mengontrol rutin gula darah di rumah</p> <p>g) Ny.S mengatakan ia menggunakan insulin di lengan kirinya</p> <p>h) Ny.S mengatakan kaki nya terasa kebas atau kesemutan</p> <p>i) Ny.S mengatakan mudah lelah</p> <p>j) Ny.S mengatakan beraktivitas harus dibantu oleh satu orang</p> <p>k) Ny.S mengatakan ia hanya berbaring di tempat tidur</p> <p>l) Ny.S mengatakan memiliki bekas luka pada bagian punggung kakinya</p> <p>m) Ny.S mengatakan bekas luka karena di garuk</p>	<p>h) Ny.S tampak lemah terbaring di tempat tidur</p> <p>i) Ny.S tampak jika ingin berdiri dibantu oleh keluarganya</p> <p>j) Kekuatan otot kaki kanan dan kiri 3</p> <p>k) Berdasarkan pengkajian Index Katz Ny.S Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan dengan skor E</p> <p>l) Berdasarkan pengkajian Modifikasi dari Barthel Indeks Ny.S mengalami ketergantungan sedang dengan skor 11</p> <p>m) Nadi teraba</p> <p>n) Tampak bekas luka pada kaki Ny.S yang sudah mengering</p> <p>o) Kulit pada kaki Ny.S tampak kering</p> <p>p) Kulit pada kaki Ny.S tampak mengelupas</p>
---	--

3.3 Analisa Data

Tabel 3.6 Analisa Data

No	Symphom atau gejala	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	<p>DS:</p> <p>a) Ny.S mengatakan menderita DM Tipe II sejak 7 tahun yang lalu</p> <p>b) Ny.S mengeluh sakit kepala</p> <p>c) Ny.S mengatakan pandangan kabur</p> <p>d) Ny.S mengeluh lemas</p> <p>e) Ny.S mengatakan gulanya selalu diatas 200 ketika mengontrol rutin gula darah di rumah</p> <p>f) Ny.S mengatakan ia menggunakan</p>	<p>Gangguan toleransi glukosa darah</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>

No	Symptom atau gejala	Etiologi	Masalah Keperawatan
	insulin di lengan kirinya DO: a) Ny.S terlihat lemas b) GDS: 246 Mg/dl c) Tampak bekas pemberian insulin dilengan kirinya		
2	DS: a) Ny.S mengatakan kaki nya terasa kebas atau kesemutan DO: a) Warna kulit pada kaki Ny.S terlihat pucat b) Akral pada kaki Ny.S teraba dingin c) Nadi teraba d) TD: 140/80 e) CRT 4 detik f) GDS: 246 mg/dL	Hiperglikemia	Perfusi perifer tidak efektif
3	DS: a) Ny.S mengatakan mudah lelah b) Ny.S mengatakan beraktivitas harus dibantu oleh satu orang c) Ny.S mengatakan ia hanya berbaring di tempat tidur DO: a) Ny.S tampak lemah terbaring di tempat tidur b) Ny.S tampak jika ingin berdiri dibantu oleh keluarganya c) Kekuatan otot kaki kanan dan kiri 3 d) Berdasarkan pengkajian Index Katz Ny.S Kemandirian dalam aktivitas hidup	Kelemahan	Intoleransi aktivitas

No	Symptom atau gejala	Etiologi	Masalah Keperawatan
	<p>sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan dengan skor E</p> <p>e) Berdasarkan pengkajian Modifikasi dari Barthel Indeks Ny.S mengalami ketergantungan sedang dengan skor 11</p>		
4	<p>DS:</p> <p>a) Ny.S mengatakan memiliki bekas luka pada bagian punggung kakinya</p> <p>b) Ny.S mengatakan bekas luka karena ia garuk</p> <p>DO:</p> <p>a) Tampak bekas luka pada kaki Ny.S yang sudah mengering</p> <p>b) Kulit pada kaki Ny.S tampak kering</p> <p>c) Kulit pada kaki Ny.S tampak mengelupas</p> <p>d) Warna kulit pada kaki Ny.S terlihat pucat</p> <p>e) Akral pada kaki Ny.S teraba dingin</p> <p>f) Nadi teraba</p> <p>g) CRT 4 detik</p>	Perubahan sirkulasi	Resiko gangguan Integritas kulit

3.4 Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah ditandai dengan kadar glukosa dalam darah tinggi
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan warna kulit pucat
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah
4. Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan perubahan sirkulasi

3.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.7 Intervensi Keperawatan

NO. Dx	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah ditandai dengan kadar glukosa dalam darah tinggi	Setelah dilakukan implementasi selama 3 x 24 jam diharapkan: gula darah pada klien stabil Kriteria Hasil: a. Pusing menurun b. Lelah dan lesu menurun c. Kadar glukosa dalam darah membaik	Manajemen Hiperglikemia Tindakan Observasi a) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia b) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat c) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu d) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria, polydipsia,

NO. Dx	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			<p>polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)</p> <p>e) Monitor intake dan output cairan</p> <p>f) Monitor keton urin, kadar Analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi</p> <p>Terapeutik</p> <p>a) Berikan asupan cairan oral</p> <p>b) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <p>c) Fasilitas ambulasi jika ada hipotensi ortostatik</p> <p>Edukasi</p> <p>a) Anjurkan menghindari olahraga saat kadarglukosa lebih dari 250 mg/dL</p> <p>b) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</p> <p>c) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</p> <p>d) Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton</p>

NO. Dx	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			urine, jika perlu e) Ajarkan pengelolaan diabetes Kolaborasi a) Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu
2	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan warna kulit pucat	Setelah dilakukan implementasi selama 3 x 24 jam diharapkan: perfusi perifer meningkat Kriteria Hasil: a) Warna kulit pucat menurun b) Pengisian kapiler cukup membaik c) Akral cukup membaik d) Kelemahan otot menurun e) Tekanan darah sistolik dan diastolik cukup membaik	Perawatan Sirkulasi Tindakan Observasi a) Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, anklebrachial index) b) Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi) c) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik a) Hindari pemasangan infus atau pengembalian darah di area keterbatasan perfusi b) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas

NO. Dx	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			<p>dengan keterbatasan perfusi</p> <p>c) Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cerdas</p> <p>d) Lakukan pencegahan infeksi</p> <p>e) Lakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p>f) Lakukan hidrasi (senam kaki)</p> <p>Edukasi</p> <p>a) Anjurkan berhenti merokok</p> <p>b) Anjurkan berolahraga rutin</p> <p>c) Anjurkan pengecekan air mandi untuk menghindari kulit terbakar</p> <p>d) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>e) Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta</p> <p>f) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (melembabkan kulit kering pada kaki)</p> <p>a) Anjurkan program rehabilitasi</p>

NO. Dx	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			<p>vaskular (klien dilatih agar dapat embali menjalankan aktivitas secara normal)</p> <p>g) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</p> <p>h) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p>
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah	<p>Setelah dilakukan implementasi selama 3 x 24 jam diharapkan: toleransi aktivitas meningkat</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <p>a) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat</p> <p>b) Keluhan lelah menurun</p> <p>c) Tekanan darah membaik</p>	<p>Manajemen Energi</p> <p>Tindakan Observasi</p> <p>a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>b) Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>c) Monitor pola dan jam tidur</p> <p>d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>a) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah</p>

NO. Dx	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			<p>stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>b) Lakukan Latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif</p> <p>c) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</p> <p>d) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Edukasi</p> <p>a) Anjurkan tirah baring</p> <p>b) Anjurkan melakukan kegiatan secara bertahap</p> <p>c) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>d) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
4	Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan perubahan sirkulasi	Setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan:	<p>Perawatan Integritas kulit</p> <p>Tindakan</p>

NO. Dx	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		integritas kulit meningkat Kriteria Hasil: a. Kerusakan lapisan kulit menurun b. Jaringan parut cukup menurun c. Tekstur kulit membaik d. Hidrasi meningkat e. Kemerahan menurun	<p>Observasi</p> <p>a) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)</p> <p>Terapeutik</p> <p>a) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</p> <p>b) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu</p> <p>c) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare</p> <p>d) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</p> <p>e) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif</p> <p>f) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p> <p>Edukasi</p> <p>a) Anjurkan menggunakan</p>

NO. Dx	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			pelembab (mis. lotion, serum) b) Anjurkan minum air yang cukup c) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi d) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur e) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem f) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah g) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

3.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.8 Implementasi Keperawatan

Nama Klien: Ny.S		Hari/Tanggal: Sabtu, 10 April 2021		Diagnosa: Diabetes Mellitus		Puskesmas: Umban Sari	
No	Diagnosa	Waktu	Implementasi		Evaluasi hasil		
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah ditandai dengan kadar glukosa dalam darah tinggi	10 April 2021 a) 10.33 WIB b) 10.36 WIB c) 10.45 WIB d) 10.48 WIB e) 10.53 WIB	Manajemen Hiperglikemia Tindakan Observasi a) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia b) Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu c) Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) d) Memonitor tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi Edukasi a) Menganjurkan menghindari olahraga saat kadarglukosa lebih dari 250 mg/dL b) Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri c) Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga		a) Ny.S mengatakan ia sudah menderita DM tipe II sejak 7 tahun yang lalu, tidak tahu penyebab gula nya tinggi, sewaktu pemeriksaan kesehatan ditempat kerjanya ternyata gulanya tinggi. b) Gds: 242 mg/dL c) Ny.S mengatakan tanda dan gejala yang ia rasakan adalah pandangan kabur, sakit kepala, dan lemas d) Td: 140/80 mmHg Nadi: 72 x/i Pernafasan: 18 x/i Suhu: 36.3 C e) Ny.S mengatakan mengerti tentang edukasi yang diberikan		

No	Diagnosa	Waktu	Implementasi	Evaluasi hasil
2	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan warna kulit pucat	10 April 2021 a) 11. 20 WIB b) 11.22 WIB c) 11.24 WIB d) 11. 25 WIB e) 11. 32 WIB	<p>d) Mengajarkan pengelolaan diabetes</p> <p>Perawatan Sirkulasi</p> <p>Tindakan Observasi</p> <p>a) Memeriksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, warna, suhu,)</p> <p>b) Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</p> <p>c) Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>a) Melakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p>Edukasi</p> <p>a) Mengajarkan berolahraga rutin</p> <p>b) Mengajarkan pengecekan air mandi untuk menghindari kulit terbakar</p> <p>c) Mengajarkan melakukan perawatan kulit yang tepat (melembabkan kulit kering pada kaki)</p> <p>d) Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</p>	<p>a) Tidak tampak edema pada kaki, warna kulit pucat, akral dingin, CRT 4 detik, kekuatan otot kaki 3</p> <p>b) Faktor resiko gangguan sirkulasi Ny.S adalah diabetes dan kurang beraktivitas</p> <p>c) Tidak ada bengkak pada kaki Ny.S dan tidak ada nyeri, namun Ny.S merasakan kebas dan kesemutan pada kakinya, akral pada kaki dingin, kulit pada kaki masih pucat</p> <p>d) Ny.S mengatakan setelah dilakukannya perawatan kaki dan kuku kakinya terasa lebih baik, namun masih terasa kebas</p> <p>e) Ny.S mengatakan mengerti tentang edukasi yang diberikan</p>
3	Intoleransi aktivitas berhubungan	10 April 2021	<p>Manajemen Energi</p> <p>Tindakan</p>	

No	Diagnosa	Waktu	Implementasi	Evaluasi hasil
	dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah	a) 11. 47 WIB b) 11. 48 WIB c) 11. 50 WIB d) 11. 53 WIB e) 11. 57 WIB f) 12. 13 WIB g) 12. 15 WIB h) 12. 18 WIB	<p>Observasi</p> a) Memonitor kelelahan fisik dan emosional b) Memonitor pola dan jam tidur c) Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	a) Ny.S tampak kelelahan jika beraktivitas b) Pola tidur Ny.S : Bangun pagi: Jam 7 Tidur Malam: Jam 23.00 Wib Ny.S mengatakan sering terbangun di tengah malam c) Ny.S kurang nyaman jika terlalu banyak beraktivitas d) Setelah diberikan lingkungan yang nyaman, Ny.S mengatakan merasa nyaman dengan lingkungannya dengan cahaya yang tidak terlalu terang dan gelap, dengan tekanan darah Td: 140/80 mmHg e) Setelah dilakukannya ROM aktif, Ny.S mengatakan tubuhnya ringan digerakan setelah dilakukannya ROM, namun kekuatan otot Ny.S masih berada diskala 3 f) Setelah Ny.S dibantu untuk duduk setelah dilakukan tirah baring, Ny.S mengatakan badannya lebih enak setelah berbaring

No	Diagnosa	Waktu	Implementasi	Evaluasi hasil
				g) Ny.S mengerti edukasi yang diberikan h) Ny.S mengerti tentang beraktivitas secara bertahap
4	Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan perubahan sirkulasi	10.April 2021 a) 12.20 WIB b) 12.22 WIB c) 12.25 WIB d) 12.27 WIB e) 12.28 WIB	Perawatan Integritas kulit Tindakan Observasi a) Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) Terapeutik a) Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring b) Menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering c) Menggunakan produk berbahan ringan/ alami dan hipoalergik pada kulit sensitif d) Menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering	a) Penyebab gangguan integritas kulit karena perubahan diabetes, tidak dilakukan perawatan kulit, tidak dilakukannya aktivitas b) Mengubah dan menganjurkan ke Ny.S mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring c) Kulit kering pada kaki Ny.S mulai melembab sesudah diberikan produk berbahan petroleum, tetapi masih tampak kulit mengelupas pada kaki Ny.S d) Kulit ny.s tampak melembab setelah diberikan pelembab yang tidak berbahan dasar alkohol e) Ny.S dan keluarga tampak paham akan pentingnya

No	Diagnosa	Waktu	Implementasi	Evaluasi hasil
				menggunakan pelembab atau lotion f) Ny.S mengerti tentang edukasi yang diberikan

IMPLEMENTASI

Nama Klien: Ny.S

Hari/Tanggal: Minggu, 11 April 2021

Diagnosa: Diabetes Mellitus

Puskesmas: Umban Sari

No	Diagnosa	Waktu	Implementasi	Evaluasi hasil
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah ditandai dengan kadar glukosa dalam darah tinggi	11 April 2021 a) 09.02 WIB b) 09.15 WIB c) 09.17 WIB	Manajemen Hiperglikemia Tindakan Observasi a) Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu b) Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) c) Memonitor tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi	a) Gds: 282 mg/dL b) Ny.S mengatakan tanda dan gejala yang ia rasakan adalah pandangan kabur belum berkurang, sakit kepala yang sudah berkurang, dan lemas yang sudah berkurang c) Td: 140/90 mmHg Nadi: 68 x/i Pernafasan: 16 x/i Suhu: 36.4 C
2	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan	11 April 2021	Perawatan Sirkulasi Tindakan	

No	Diagnosa	Waktu	Implementasi	Evaluasi hasil
	dengan hiperglikemia ditandai dengan warna kulit pucat	a) 09.17 WIB b) 09.19 WIB c) 09.22 WIB	Observasi a) Memeriksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, warna, suhu,) b) Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik a) Melakukan perawatan kaki dan kuku	a) Tidak tampak edema pada kaki, warna kulit tidak pucat, CRT 3 detik, kekuatan otot kaki 3 b) Tidak ada bengkak pada kaki Ny.S dan tidak ada nyeri, masih merasakan kebas dan kesemutan, akril pada kaki hangat, kulit pada kaki tidak pucat c) Setelah dilakukan perawatan kaki dan kuku, Ny.S mengatakan kakinya masih terasa kebas, dan Ny.S mengatakan merasakan nyaman setelah dilakukan perawatan kaki dan kuku
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah	11 April 2021 a) 09.32 WIB b) 09.40 WIB c) 09.45 WIB	Manajemen Energi Tindakan Observasi a) Memonitor kelelahan fisik dan emosional b) Memonitor pola dan jam tidur c) Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik	a) Ny.S mengatakan ia tidak merasakan kelelahan b) Pola tidur Ny.S : Bangun pagi: Jam 6 Tidur Malam: Jam 21.00 Wib

No	Diagnosa	Waktu	Implementasi	Evaluasi hasil
		d) 09.48 WIB e) 09.50 WIB f) 10.20 WIB	a) Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) b) Melakukan Latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif c) Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan	Ny.S mengatakan tidak terlalu sering terbangun di tengah malam c) Ny.S kurang nyaman jika terlalu banyak beraktivitas d) Ny.S mengatakan sudah nyaman dengan lingkungan yg diberikan, dengan Td: Td: 140/90 mmHg e) Dilakukannya ROM aktif, Ny.S mengatakan tubuhnya ringan digerakan setelah dilakukannya ROM, namun kekuatan otot Ny.S masih diskala 3 f) Memberikan fasilitas Ny.S untuk duduk setelah dilakukannya tirah baring
4	Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan perubahan sirkulasi	11 April 2021 a) 10.24 WIB b) 10.27 WIB	Perawatan Integritas kulit Tindakan Observasi Terapeutik a) Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring b) Menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering c) Menggunakan produk berbahan ringan/ alami dan hipoalergik pada kulit sensitif	a) Ny.S sudah mengerti dan mengubah posisi tiap 2 jam jika melakukan tirah baring b) Kulit kering pada kaki Ny.S mulai melembab sesudah

No	Diagnosa	Waktu	Implementasi	Evaluasi hasil
		c) 10.32 WIB d) 10.35 WIB e) 10.38 WIB	d) Menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi a) Menganjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) b) Menganjurkan minum air yang cukup c) Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi d) Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur e) Menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem f) Menganjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah g) Menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya	diberikan produk berbahan petroleum c) Kulit ny.s tampak melembab setelah diberikan pelembab yang tidak berbahan dasar alcohol d) Ny.S mengatakan mengerti tentang edukasi yang diberikan

IMPLEMENTASI

Nama Klien: Ny.S

Hari/Tanggal: Senin, 12 April 2021

Diagnosa: Diabetes Mellitus

Puskesmas: Umban Sari

No	Diagnosa	Waktu	Implementasi	Evaluasi hasil
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan	12 April 2021 a) 09.02 WIB b) 09.12 WIB	Manajemen Hiperglikemia Tindakan Observasi a) Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu b) Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia	a) Gds: 245 mg/dL

No	Diagnosa	Waktu	Implementasi	Evaluasi hasil
	toleransi glukosa darah ditandai dengan kadar glukosa dalam darah tinggi	c) 09.15 WIB	(mis. Poliuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) c) Memonitor tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi	b) Ny.S mengatakan tanda dan gejala yang ia rasakan adalah pandangan kabur, dan sakit kepala sudah berkurang c) Td: 130/70 mmHg Nadi: 66 x/i Pernafasan: 18 x/i Suhu: 36.5 C
2	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan warna kulit pucat	12 April 2021 a) 09.15 WIB b) 09.18 WIB c) 09.22 WIB	Perawatan Sirkulasi Tindakan Observasi a) Memeriksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, warna, suhu,) b) Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik a) Melakukan perawatan kaki dan kuku	a) Tidak tampak edema pada kaki, warna kulit pucat, akral pada kaki dingin, CRT 3 detik, kekuatan otot kaki 3 b) Tidak ada bengkak pada kaki Ny.S dan tidak ada nyeri, masih merasakan kebas dan kesemutan pada kaki, akral pada kaki hangat, warna kulit pada kaki tidak pucat c) Melakukan perawatan kaki dan kuku, Ny.S mengatakan nyaman setelah dilakukan perawatan kaki, namun Ny.S mengatakan merasakan kebas

No	Diagnosa	Waktu	Implementasi	Evaluasi hasil
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah	12 April 2021 a) 09.32 WIB b) 09.35 WIB c) 09.42 WIB d) 09.45 WIB e) 09.55 WIB f) 10.00 WIB	<p>Manajemen Energi</p> <p>Tindakan Observasi</p> <p>a) Memonitor kelelahan fisik dan emosional b) Memonitor pola dan jam tidur c) Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>a) Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) b) Melakukan Latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif c) Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p>	<p>a) Ny.S mengatakan kelelahan sekarang mulai berkurang jika beraktivitas, namun jalan harus tetap dibantu oleh satu orang</p> <p>b) Pola tidur Ny.S : Bangun pagi: Jam 5.30 WIB Tidur Malam: Jam 21.00 WIB Ny.S mengatakan tidak terlalu sering terbangun di tengah malam</p> <p>c) Ny.S sudah mulai nyaman jika beraktivitas seperti berjalan atau berpindah</p> <p>d) Ny.S mengatakan sudah nyaman dengan lingkungan yg diberikan</p> <p>e) Dilakukannya ROM aktif, Ny.S mengatakan tubuhnya ringan digerakan setelah dilakukannya ROM, namun kekuatan otot Ny.S masih berada diskala 3</p>

No	Diagnosa	Waktu	Implementasi	Evaluasi hasil
				f) Memberikan fasilitas Ny.S untuk duduk setelah dilakukannya tirah baring
4	Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan perubahan sirkulasi	12 April 2021 a) 10.15 WIB b) 10.20 WIB c) 10.23 WIB d) 10.28 WIB	<p>Perawatan Integritas kulit</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>a) Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</p> <p>b) Menggunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering</p> <p>c) Menggunakan produk berbahan ringan/ alami dan hipoalergik pada kulit sensitif</p> <p>d) Menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p>	<p>a) Ny.S sudah mengerti dan mengubah posisi tiap 2 jam jika melakukan tirah baring</p> <p>b) Kulit kering pada kaki Ny.S mulai melembab sesudah diberikan produk berbahan petroleum</p> <p>c) Kulit Ny.S tampak melembab setelah diberikan pelembab yang tidak berbahan dasar alcohol</p>

3.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.9 Evaluasi Keperawatan

Hari/ Tanggal	Diagnosa	Evaluasi (SOAP)
Selasa, 11 April 2021	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah ditandai dengan kadar glukosa dalam darah tinggi	<p>S: Ny.S mengatakan ia sudah menderita DM tipe II sejak 7 tahun yang lalu, tidak tahu penyebab gula nya tinggi, sewaktu pemeriksaan kesehatan ditempat kerjanya ternyata gulanya tinggi. Ny.S mengatakan tanda dan gejala yang ia rasakan adalah pandangan kabur, sakit kepala, dan lemas, Ny.S mengatakan mengerti tentang edukasi yang diberikan</p> <p>O: Gds: 242 mg/dL Td: 140/80 mmHg Nadi: 72 x/i Pernafasan: 18 x/i Suhu: 36.3 C</p> <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu b) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) c) Monitor tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi

	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan warna kulit pucat</p>	<p>S: Ny.S mengatakan setelah dilakukannya perawatan kaki dan kuku kakinya terasa lebih baik, namun masih terasa kebas , Ny.S mengatakan mengerti tentang edukasi yang diberikan</p> <p>O: Tidak tampak edema pada kaki, warna kulit pucat, akral dingin, CRT 4 detik, kekuatan otot kaki 3</p> <p>A: Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, warna, suhu,) b) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas c) Lakukan perawatan kaki dan kuku
	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah</p>	<p>S: Ny.S mengatakan ia tidak merasakan kelelahan, Ny.S mengatakan sudah nyaman dengan lingkungan yg diberikan, setelah dilakukannya ROM aktif, Ny.S mengatakan tubuhnya ringan digerakan setelah dilakukannya ROM, Ny.S mengatakan tidak terlalu sering terbangun di tengah malam</p> <p>O: Pola tidur Ny.S : Bangun pagi: Jam 6 Tidur Malam: Jam 21.00 Wib Ny.S terlihat kurang nyaman jika terlalu banyak beraktivitas kekuatan otot Ny.S masih diskala 3</p> <p>A: Intoleransi aktivitas belum teratasi</p>

		<p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Monitor kelelahan fisik dan emosional b) Monitor pola dan jam tidur c) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas d) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) e) Lakukan Latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif f) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan
	<p>Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan perubahan sirkulasi</p>	<p>S: Ny.S mengatakan mengerti tentang edukasi yang diberikan</p> <p>O: Kulit kering pada kaki Ny.S mulai melembab sesudah diberikan produk berbahan petroleum, tetapi masih tampak kulit mengelupas pada kaki Ny.S, kulit ny.s tampak melembab setelah diberikan pelembab yang tidak berbahan dasar alkohol, Ny.S dan keluarga tampak paham akan pentingnya menggunakan pelembab atau lotion</p> <p>A: Masalah resiko gangguan integritas kulit teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring b) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering c) Ggunakan produk berbahan ringan/ alami dan hipoalergik pada kulit sensitif d) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering e) Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) f) Anjurkan minum air yang cukup g) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

		<ul style="list-style-type: none"> h) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur i) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem j) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah k) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
--	--	---

Hari/ Tanggal	Diagnosa	Evaluasi (SOAP)
Rabu, 12 April 2021	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah ditandai dengan kadar glukosa dalam darah tinggi	<p>S: Ny.S mengatakan tanda dan gejala yang ia rasakan adalah pandangan kabur belum berkurang, sakit kepala yang sudah berkurang, dan lemas yang sudah berkurang</p> <p>O:Td: 140/90 mmHg Nadi: 68 x/i Pernafasan: 16 x/i Suhu: 36.4 C Gds: 282 mg/dL</p> <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none"> a) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu b) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) </p>

		c) Monitor tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi
	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan warna kulit pucat	<p>S: Setelah dilakukan perawatan kaki dan kuku, Ny.S mengatakan kakinya masih terasa kebas, dan Ny.S mengatakan merasakan nyaman setelah dilakukan perawatan kaki dan kuku, , masih merasakan kebas dan kesemutan</p> <p>O: CRT 3 detik, kekuatan otot kaki 3, Tidak ada bengkak pada kaki Ny.S dan tidak ada nyeri, akral pada kaki hangat, kulit pada kaki tidak pucat</p> <p>A: Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, warna, suhu,) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Lakukan perawatan kaki dan kuku
	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah	<p>S: Ny.S mengatakan ia tidak merasakan kelelahan, Ny.S mengatakan tidak terlalu sering terbangun di tengah malam, Ny.S kurang nyaman jika terlalu banyak beraktivitas , Ny.S mengatakan sudah nyaman dengan lingkungan yg diberikan, dengan, Setelah dilakukannya ROM aktif, Ny.S mengatakan tubuhnya ringan digerakan setelah dilakukannya ROM</p> <p>O: Pola tidur Ny.S :</p> <p>Bangun pagi: Jam 6</p> <p>Tidur Malam: Jam 21.00 Wib</p>

		<p>Td: 140/90 mmHg Kekuatan otot Ny.S masih diskala 3</p> <p>A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Monitor kelelahan fisik dan emosional b) Monitor pola dan jam tidur c) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas d) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) e) Lakukan Latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif f) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan
	<p>Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan perubahan sirkulasi</p>	<p>S: Ny.S sudah mengerti dan mengubah posisi tiap 2 jam jika melakukan tirah baring, Ny.S mengatakan mengerti tentang edukasi yang diberikan</p> <p>O: Kulit kering pada kaki Ny.S mulai melembab sesudah diberikan produk berbahan petroleum, kulit ny.s tampak melembab setelah diberikan pelembab yang tidak berbahan dasar alcohol</p> <p>A: Masalah resiko gangguan integritas kulit teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>

Hari/ Tanggal	Diagnosa	Evaluasi (SOAP)
Kamis, 13 April 2021	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah ditandai dengan kadar glukosa dalam darah tinggi	<p>S: Ny.S mengatakan tanda dan gejala yang ia rasakan adalah pandangan kabur, dan sakit kepala sudah berkurang</p> <p>O Td: 130/70 mmHg Nadi: 66 x/i Pernafasan: 18 x/i Suhu: 36.5 C Gds: 245 mg/Dl</p> <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan menghindari olahraga saat kadarglukosa lebih dari 250 mg/dL Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu Ajarkan pengelolaan diabetes
	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan warna kulit pucat	<p>S: Setelah dilakukan perawatan kaki dan kuku, Ny.S mengatakan nyaman setelah dilakukan perawatan kaki, namun Ny.S mengatakan merasakan kebas</p> <p>O: Tidak tampak edema pada kaki, warna kulit pucat, akral pada kaki dingin, CRT 3 detik, kekuatan otot kaki 3, tidak ada bengkak pada kaki Ny.S dan tidak ada nyeri, masih merasakan kebas dan kesemutan pada kaki, akral pada kaki hangat, warna kulit pada kaki tidak pucat</p>

		<p>A: Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Anjurkan berolahraga rutin b) Anjurkan pengecekan air mandi untuk menghindari kulit terbakar c) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol jika perlu d) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur e) Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta f) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (melembabkan kulit kering pada kaki) g) Anjurkan program rehabilitasi vaskular h) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)
	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah</p>	<p>S: Ny.S mengatakan kelelahan sekarang mulai berkurang jika beraktivitas, namun jalan harus tetap dibantu oleh satu orang, Ny.S mengatakan sudah nyaman dengan lingkungan yg diberikan, Setelah dilakukannya ROM aktif, Ny.S mengatakan tubuhnya ringan digerakan setelah dilakukannya ROM</p> <p>O: Pola tidur Ny.S :</p> <p>Bangun pagi: Jam 5.30 WIB</p> <p>Tidur Malam: Jam 21.00 WIB</p> <p>Ny.S mengatakan tidak terlalu sering terbangun di tengah malam</p>

		<p>Ny.S sudah tampak mulai nyaman jika beraktivitas seperti berjalan atau berpindah, kekuatan otot Ny.S masih berada diskala 3</p> <p>A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none">a) Anjurkan tirah baringb) Anjurkan melakukan kegiatan secara bertahapc) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurangd) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
--	--	---