

LOG BOOK

KARYA TULIS ILMIAH STUDI KASUS



NAMA MAHASISWA	: Indri Puji Lestari
NIM	: 202201990103
DOSEN PEMBIMBING 1	: Ns. Ardany, M.kep
DOSEN PEMBIMBING 2	: Ns. Nia Khusniyati: M. M.kep
JUDUL KARYA TULIS ILMIAH	: Asuhan Keperawatan Pada Pasien DM Tipe II Dengan masalah Keperawatan Ketidakstabilan kadar Glukosa Darah






PRODI DIII KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKES KEMENKES RIAU
2023

*KEGIATAN BIMBINGAN PROPOSAL

No.	Tanggal	Jam	Kegiatan	Hasil	Tanda Tangan
1.	08/2023 /02	11.30	Pengujian Judul	Judul di Acc Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus Tipe II Dengan masalah Keperawatan Ketidakstabilan kadar Glukosa Darah	fr
2.	08/2023 /02		Mengajukan Bab 1	Bab 1 Di Periksa	fr
3.			Bimbingan bab 1	Bab 1 di revisi	fr
4.	02/2023 /03	10.00	Bimbingan bab 1	Bab 1 di revisi	fr
5.	06/2023 /03	08.20	Bimbingan bab 1, bab 2, dan bab 3	Bab 1, bab 2, dan bab 3 di Revisi	fr

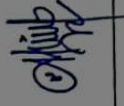
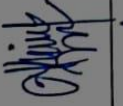

*Bimbingan yang dilakukan selama penyusunan proposal

*KEGIATAN BIMBINGAN PROPOSAL

No.	Tanggal	Jam	Kegiatan	Hasil	Tanda Tangan
6.	02 / 2013 / 03	15.19	Bimbingan bab 1, bab 2, dan bab 3	Bab 1, bab 2, dan bab 3 di Acc	
7.	07 / 2013 / 03	10.10	Mengajukan bab 1, 2, dan bab 3	Bab 1, 2, dan bab 3 di koreksi	
8	10 / 2013 / 03	10.50	Bimbingan bab 1	Memeriksa bab 1	
9.	13 / 2013 / 03	09.30	Bimbingan Proposal Bab 1, 2, 3	Proposal Di Revisi	
10.	15 / 2013 / 03	08.00	Bimbingan Proposal bab 1, 2, 3	Me yti	

*Bimbingan yang dilakukan selama penyusunan proposal

*KEGIATAN BIMBINGAN PROPOSAL

No.	Tanggal	Jam	Kegiatan	Hasil	Tanda Tangan
11.	15 / 2023 / 05	09.00	Bimbingan Proposal Bab 2	Revisi Bab 2	
12.	15 / 2023 / 05	09.00	Bimbingan Proposal Bab 3	Revisi Bab 3	
13	15 / 2023 / 05	10.30	Bimbingan Proposal Bab 1	Revisi Bab 1	


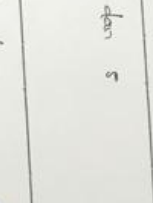

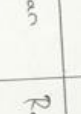
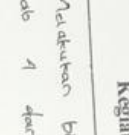
*Bimbingan yang dilakukan selama penyusunan proposal

*KEGIATAN BIMBINGAN REVISI PROPOSAL

No.	Tanggal	Jam	Kegiatan	Hasil	Tanda Tangan
1.	27 / 03 / 2013	10.00	Revisi Proposal bagian bab I, bab II, dan bab III	Proposal di koreksi	(Np. Yulia Milla Faldani, N.P. 1402.01.006)
2.	27 / 03 / 2013	13.40	Revisi Proposal bagian bab I, bab II, dan bab IV	'Ace' Proposal yang sudah di Revisi	(Np. Yulia Milla Faldani, N.P. 1402.01.006)
3.	31 / 03 / 2013	09.40	Revisi Proposal bagian bab I, bab II, dan bab III	Proposal Direvisi bab I dan bab II	(Np. Yulia Milla Faldani, N.P. 1402.01.006)
4.	05 / 04 / 2013	13.00	Revisi Proposal bagian bab I dan bab II	Ace Proposal yang sudah di revisi	(Np. Yulia Milla Faldani, N.P. 1402.01.006)




*Bimbingan yang dilakukan setelah seminar proposal

***KEGIATAN BIMBINGAN HASIL PENELITIAN**

No.	Tanggal	Jam	Kegiatan	Hasil	Tanda Tangan
1.	05 / 05 / 2023	08.50	Melakukan bimbingan bab 1 dan 5	Revisi bab 1 dan 5	
2.	09 / 05 / 2023	10.00	Melakukan bimbingan bab 4 dan 5	Revisi bab 4 dan 5	
3.	09 / 05 / 2023	14.00	Melakukan bimbingan bab 4 dan 5	Revisi bab 4	
4.	05 / 05 / 2023	03.00	Melakukan bimbingan bab 1	Revisi bab 1	
5.	05 / 05 / 2023	16.00	Melakukan bimbingan bab 1 dan 5	Ace Cilan	





*Bimbingan yang dilakukan selama pengumpulan data penelitian

*KEGIATAN BIMBINGAN HASIL PENELITIAN

No.	Tanggal	Jam	Kegiatan	Hasil	Tanda Tangan
1.	04 / 2013 / 05	13.20	Melakukan bimbingan bab 4 dan 5	Revisi bab 4 dan 5	
2	05 / 2013 / 05	13.30	Melakukan bimbingan bab 4 dan 5	Revisi bab 4 dan 5	
5.	05 / 2013 / 05	16.10	Melakukan bimbingan bab 4 dan 5	ACC	

*Bimbingan yang dilakukan selama pengumpulan data penelitian

*KEGIATAN BIMBINGAN REVISI LAPORAN PENELITIAN

No.	Tanggal	Jam	Kegiatan	Hasil	Tanda Tangan
1.	12 / 2023 / 05	13.30	Melakukan bimbingan bab 4 dan 5	Bab 4 dan 5 di koreksi	
2.	15 / 2023 / 05	10.00	Melakukan bimbingan bab 4 dan 5	Laporan di Ace	
3.	12 / 2023 / 05	14.00	Melakukan bimbingan bab 4 dan 5	Bab 4 dan 5 di revisi	
4.	15 / 2023 / 05	15.20	Melakukan bimbingan bab 4 dan 5	Laporan di Ace	

*Bimbingan yang dilakukan setelah seminar hasil penelitian

Lampiran 2 Formulir Pengajuan Judul

**FORMULIR
PENENTUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Mahasiswa: Incha Putri Lestari
 NIM : P032019401013
 Judul KTI yang diusulkan berdasarkan prioritas:

No	Bidang/departemen	Judul
1	KMB	Asuhan Keperawatan Dengan Pasien Hipertensi Dengan masalah keperawatan nyeri Akut
2	KMB	Asuhan Keperawatan Dengan Pasien DM Tipe II Dengan masalah keperawatan ketidak stabilan kadar Glukosa Darah
3	KMB	Asuhan Keperawatan Dengan Pasien Stroke Dengan masalah keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

Usulan nama pembimbing:
 1. Ns. Ardeny, M. Kep
 2. Ns. Nia, Khusniyati M., M. Kep

Hari/Tanggal Pengumpulan: 08 Januari 2023
 Pukul: 12.00

Judul KTI yang disetujui: Asuhan Keperawatan Dengan Pasien DM Tipe II Dengan Masalah Keperawatan ketidak stabilan kadar Glukosa Darah

Pekanbaru, 08-01-2023

Mengetahui
 Kaprodi DIII Keperawatan Koordinator MK KTI
 Program Studi DIII Keperawatan





(Ida Yanti, S.Pd., M. Kes) (Ns. Emi Farwati, M. Kep.)
 NIP. 196910221994032002 NIP. 198210172006042025

Lampiran 3 Formulir Kesiediaan Pembimbing I dan II

FORMULIR KESEDIAAN PEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini :


1. Nama : Ns. Ardany M kep
2. NIP : 197808042001121002
3. Pangkat/golongan :
4. Jabatan : Dosen
5. Asal institusi : Poltekkes Kemenkes Riau
6. Pendidikan terakhir : S2
7. Kontak person
 - a) Alamat rumah : Jl. Gunung Merapi Gg. keluarga no. 40
 - b) Telp/Hp : 081372321907
 - c) Alamat kantor : Jl. Melur no 03
 - d) Telp kantor :

Menyatakan (bersedia/tidak bersedia*) menjadi pembimbing bagi mahasiswa:

- Nama : INDAH RUI LESTARI
- NIM : P03201990103
- Dengan Judul : Asuhan Keperawatan Dengan Pasien Dm Tipe II Dengan Masalah Keperawatan ketidak stabilan kadar Glukosa Darah
-
-

*) coret yang tidak dipilih

Pekanbaru, 08 Januari 2023


(Ns. Ardany M. kep...)

**FORMULIR
KESEDIAAN PEMBIMBING**

Yang bertanda tangan di bawah ini :


1. Nama : Mba Khusniyati M. Hegg. M.Kep
2. NIP : 19890323 201902 2001
3. Pangkat/golongan : Penata Muda Tk. I / III.b
4. Jabatan : Dosen JEU
5. Asal institusi : Poltekkes Kemarakas Riau
6. Pendidikan terakhir : S2 Keperawatan
7. Kontak person
a) Alamat rumah : Jl. Bertan Air Hitam Perum B00 cluster B.13
b) Telp/Hp : 085 221 734345
c) Alamat kantor : Jl. Melur no.103
d) Telp kantor :

Menyatakan (bersedia/tidak bersedia*) menjadi pembimbing bagi mahasiswa:


- Nama : Indah Ruli Lestari
NIM : P03201490013
Dengan Judul : Asuhan Keperawatan Dengan Pasien DM Tipe II
Dengan masalah keperawatan ketidak stabilan
kadar Glukosa Darah
.....
.....

*) coret yang tidak dipilih

Pekanbaru, 08 Januari 2023


.....
Mba Khusniyati M. Hegg. M.Kep

Lampiran 4 Surat Penelitian Dari Dinkes

**PEMERINTAH KOTA PEKANBARU**
DINAS KESEHATAN
Perkantoran Tenayan Raya Jl. Abdul Rahman Hamid
Gedung B-2 Lantai 1 – 2
Pekanbaru

Pekanbaru, 13 April 2023

Nomor : B.KS.30/Dinkes/300/2023
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Riset an Indah Puji Lestari

Kepada
Yth. Kepala Puskesmas
Rumbai
di -
Pekanbaru


Menindaklanjuti surat dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Nomor : BL.04.00/Kesbangpol/862/2023 tanggal 30 Maret 2023, tentang rekomendasi penelitian kepada :


Nama : Indah Puji Lestari
NIM : P032014401013
Instansi : Poltekkes Kemenkes Riau
Fakultas/Jurusan : Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien DM Tipe II Dengan Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, kami mengharapkan kepada Saudara untuk dapat membantu kelancaran pengumpulan data dan penilaian kepada yang bersangkutan di atas.

Atas perhatian dan kerja sama Saudara, kami ucapkan terima kasih.

Pekanbaru, 13 April 2023
a.n. KEPALA DINAS KESEHATAN



**Ditandatangani Secara Elektronik Oleh:**
Sekretaris Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru

dr. David Oloan, MARS
NIP. 196508012000031001

Tembusan :
Yth. Wakil Direktur I Poltekkes Kemenkes Riau

Lampiran 5 Surat Selesai Penelitian Dari Puskesmas

	PEMERINTAH KOTA PEKANBARU DINAS KESEHATAN PUSKESMAS RUMBAI Jl. Sekolah No.52 Telp. 0761-53537 Pekanbaru Email : rumbaipesisir.2013@gmail.com									
Pekanbaru, 06 Mei 2023										
Nomor : 071/PKM –RBI /190. U/2023	Kepada.									
Lampiran : -	Yth. Direktur Poltekkes Kemenkes									
Perihal : Surat Keterangan Selesai Riset	Riau									
	di - Pekanbaru									
<p>Dengan Hormat,</p> <p>Menindaklanjuti surat dari Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru No.B.KS.30/Dinkes/300/2023, Pada tanggal 30 Maret 2023, Perihal tentang Permohonan Riset. Bersama ini saya yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Puskesmas Rumbai dengan ini menerangkan bahwa :</p>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 5%;">No</th><th style="width: 25%;">Nama</th><th style="width: 45%;">Judul Penelitian/Jenis Data</th><th style="width: 25%;">Instansi / Lembaga</th></tr></thead><tbody><tr><td style="text-align: center;">1.</td><td>Indah Puji Lestari Nim:P032014401013</td><td>Asuhan Keperawatan Pada Pasien DM Tipe II Dengan Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.</td><td>Poltekkes Kemenkes Riau</td></tr></tbody></table>			No	Nama	Judul Penelitian/Jenis Data	Instansi / Lembaga	1.	Indah Puji Lestari Nim:P032014401013	Asuhan Keperawatan Pada Pasien DM Tipe II Dengan Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.	Poltekkes Kemenkes Riau
No	Nama	Judul Penelitian/Jenis Data	Instansi / Lembaga							
1.	Indah Puji Lestari Nim:P032014401013	Asuhan Keperawatan Pada Pasien DM Tipe II Dengan Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.	Poltekkes Kemenkes Riau							
<p>Nama tersebut diatas telah di izinkan untuk pengambilan data yang diperlukan dan telah melaksanakan Riset di Puskesmas Rumbai. Asuhan Keperawatan Pada Pasien DM Tipe II Dengan Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.</p> <p>Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan seperlunya.</p>										
<p>Kepala Puskesmas Rumbai</p>  <p>Hj. Dince Safrina, S.ST., M.K.M Pembina/IV.A NIP.19650112 198512 2 001</p>										

Lampiran 6 Lembar Informed Consent

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)**

Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Pasien DM tipe II Dengan Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Peneliti : Indah Puji Lestari

NIM : P032014401013

Yang bertanda tangan dibawah ini, Saya :

Nama : I.H.Y. K

Usia : 41 thn

Alamat : Jln. Pektasa 1

Saya bersedia menjadi responden pada peneliti ini. Saya mengerti bahwa saya menjadi bagian dari peneliti ini yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh senam kaki diabetes dalam mencegah komplikasi Diabetes pada kaki pasien DM di rumah.

Setelah saya diberitahukan bahwa partisipasi atau penolakan ini tidak merugikan saya dan saya mengerti bahwa dari tujuan penelitian ini akan sangat bermanfaat bagi saya mampu bagi duni Kesehatan. Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

Pekanbaru, 11 April 2023

Peneliti

Responden

(Indah Puji Lestari)

(.....Kasiatun.....)

Lampiran 4 Informat Consent

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)**

Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Pasien DM tipe II Dengan Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
Peneliti : Indah Puji Lestari
NIM : P032014401013
Yang bertanda tangan dibawah ini, Saya :
Nama : N.Y.J
Usia : 43 tahun
Alamat : Limbungan. Gg Darusalam


Saya bersedia menjadi responden pada peneliti ini. Saya mengerti bahwa saya menjadi bagian dari peneliti ini yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh senam kaki diabetes dalam mencegah komplikasi Diabetes pada kaki pasien DM di rumah.

Setelah saya diberitahukan bahwa partisipati atau penolakan ini tidak merugikan saya dan saya mengerti bahwa dari tujuan penelitian ini akan sangat bermanfaat bagi saya mampu bagi duni Kesehatan. Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

Pekanbaru, 11 April 2023

Peneliti

Responden



(Indah Puji Lestari)



(.....)

Lampiran 4 Informat Consent

FORMAT PENGKAJIAN KMB

FORMAT PENGKAJIAN

A. DATA:

Nama	: Hg J	Umur	: 13 thn
Tanggal lahir	: 20 - 0	Jenis Kelamin	: PR
Suku Bangsa	: Jawa	Tanggal Masuk	: -
Tanggal Pengkajian	: 11 April 2023	Dari/Rujukan	: -

B. KELUHAN UTAMA

(Saat Masuk RS / alasan Masuk RS)

Subjek mengatakan Penyakit gejala saat di Periksa itu 3/8
muntah sering pusing, koma dan sering muntah muntah

(Saat Pengkajian)

Subjek terlihat lemas, GDS = 3/8 mmHg

C. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Kronologis dari penyakit yang diderita saat ini mulai awal hingga di bawa ke RS secara lengkap meliputi(PQRST) :

P = Provoking/Paliatif:

Q = Quality :

R = Regio :

S = Severity :

T = Time :

.....
.....
.....

D. RIWAYAT KESEHATAN SEBELUMNYA

1. Penyakit yang pernah diderita

.....
Tidak Ada

2. Pernah dirawat di rumah sakit : Ya/Tidak

3. Obat-obatan yang pernah digunakan

.....
Tidak Ada

4. Pernah dilakukan tindakan operasi : Ya/Tidak

5. Jika Ya, jenis operasi yang dilakukan:

.....
Tidak Ada

6. Alergi (makanan/obat-obatan/debu/cuaca)

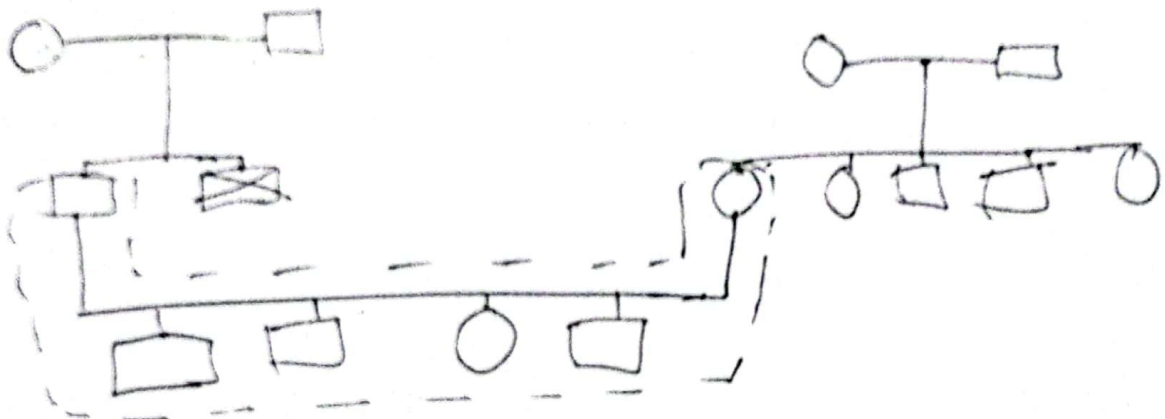
.....
ikan xgn dan telur

7. Kecelakaan

Titik Berat

E. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

(genogram)



Ket:

O: Perempuan

□: Laki-laki

X: Meninggal

- = Garis Penghubung

--- = Garis Seaman

F. POLA PEMELIHARAAN KESEHATAN

a. Pola Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi :

No	Pemenuhan Makan/Minum	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	Jumlah / Waktu	Pagi : 1. Porsi / 07-00 Siang : 1. Porsi / 13-00 Malam : 1. Porsi / 19-00	Pagi : Siang : Malam :
2	Jenis	Nasi : Nasi Putih Lauk : Ikan Sayur : Kangkung Minum : Air Putih	Nasi : Lauk : Sayur : Minum/ Infus :
3	Pantangan	Ikan Asin dan telur	-
4	Kesulitan Makan / Minum	Tidak Ada	-
5	Usaha-usaha mengatasi masalah	Tidak Ada	-

b. Pola Eliminasi

No	Pemenuhan Eliminasi BAB / BAK	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	Jumlah / Waktu	Pagi : Siang : Malam : ...	Pagi : Siang : Malam :

2	Warna	kecoklatan	-
3	Bau	Bau busuk	-
4	Konsistensi	.Padat	-
5	Masalah Eliminasi	Tidak Ada	-
6	Cara Mengatasi Masalah	Tidak Ada	-

c. Pola Istirahat Tidur

No	Pemenuhan Istirahat Tidur	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	Jumlah / Waktu	Pagi : Siang : Malam :	Pagi : Siang : Malam :
2	Gangguan Tidur	Tidak Ada	-
3	Upaya Mengatasi Gangguan tidur	Tidak ada	-
4	Hal Yang Mempermudah Tidur		-
5	Hal Yang Mempermudah bangun	Tidak Ada	-

d. Pola Kebersihan Diri / Personal Hygiene :

No	Pemenuhan Personal Hygiene	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	Frekuensi Mencuci Rambut	2x Perhari	-
2	Frekuensi Mandi	2x Perhari	-
3	Frekuensi Gosok Gigi	2 x Perhari	-
4	Keadaan Kuku	2x Perhari	-

e. Aktivitas Lain

No	Aktivitas Yang Dilakukan	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	Melakukan pekerjaan rumah	- Memasak	-

--	--	--	--

f. Riwayat Sosial Ekonomi

a. Latar belakang social, budaya dan spiritual klien

Kegiatan kemasyarakatan : Baik

Konflik social yang dialami klien : Tidak Ada

Ketaatan klien dalam menjalankan agamanya : Baik

Teman dekat yang senantiasa siap membantu : Keluarga

b. Ekonomi

Siapa yang membiayai perawatan klien selama dirawat :

.....

Apakah ada masalah keuangan dan bagaimana mengatasinya :

Tidak Ada

G. PEMERIKSAAN FISIK

Kecadaan Umum : Baik

Status Kesadaran : Compostmentis

Tanda-tanda vital (TTV) :

TD: 150/80 mmHg Nadi: 82x/mn Suhu: 38,5° C Pernapasan: 22x/mn

Tinggi badan: Berat badan:

INTEGUMENT

Inspeksi :

Adakah lesi (+ /) Jaringan parut (+ /)

Warna Kulit : ... Sangat merah

Bila ada luka bakar lokasi : ... Tidak Ada

dengan luas : %

Palpasi :

Tekstur (halus / kasar),

Turgor / Kelenturan (baik / jelek),

Struktur (keriput / tegang),

Lemak subcutan (tebal / tipis)

Nyeri tekan (+ / -) pada daerah.....

Identifikasi luka / lesi pada kulit

1. Tipe Primer : Makula (+ /)

Papula (+ /)

Nodule (+ /)

Vesikula (+ /)

2. Tipe Sekunder : Pustula (+ /)

Ulkus (+ /)

Crusta (+ /)

Exsoriiasi (+ /)

Scar (+ /)

Lichenifikasi (+ /)

Kelainan- kelainan pada kulit :

Naevus Pigmentosus	(+ / -)
Hiperpigmentasi	(+ / -)
Vitiligo/Hipopigmentasi	(+ / -)
Tatto	(+ / -)
Haemangioma	(+ / -)
Angioma/toh	(+ / -)
Spider Naevi	(+ / -)
Strie	(+ / -)

Masalah Integumen yang lain:

.....
.....

Masalah Keperawatan:

.....
.....

PEMERIKSAAN KEPALA

Inspeksi : Bentuk kepala :

(dolicephalus/ lonjong, Brakhiocephalus/ bulat),

Kesimetrisan (+ / β).

Hidrocephalus (+ / β),

Luka (+ / β),

Darah (+ / β),

Trepanasi (+ / β).

Palpasi : Nyeri tekan (+ / β)

Fontanella pada bayi (cekung / tidak)

Rambut: Panjang/pendek/tanpa rambut/kotor/mudah rontok/gatal-gatal.

Lain -lain :

Masalah keperawatan :

Mata: Ikterik/ midriasis/pakai kacamata/ contact lens/gangguan penglihatan

Inspeksi : Kelengkapan dan kesimetrisan mata (+ / β)

Ekssoftalmus (+ / β), Endoftalmus (+ / β)

Kelopak mata / palpebra : Oedem (+ / β),

Ptosis (+ / β), Peradangan (+ / β) Luka (+ / β),

Benjolan (+ / β), Bulu mata : rontok atau tidak

Konjunctiva dan sclera :

Perubahan warna Warna iris

Reaksi pupil terhadap cahaya (miosis / midriasis)

Pupil isokor (+ / β).

Kornea : warna Nigtasmus (+ / -) Strabismus (+ / -)

Pemeriksaan Visus

Dengan Snelen Card :

OD OS

Tanpa Snelen Card :

Ketajaman Penglihatan (Baik / Kurang)

Pemeriksaan lapang pandang:

Normal / Haemi anoxia / Haemoxia

Pemeriksaan tekanan bola mata, Dengan tonometri

Lain - lain

Masalah keperawatan :

Hidung: Perdarahan/sinusitis/gangguan penciuman/malformasi/ terpasang NGT

Lain-lain :

Masalah keperawatan :

Mulut: Kotor/ bau/terpasang ETT/Gudel/perdarahan/lidah kotor/gangguan pengecapan

Lain-lain : Berkas Bersih

Masalah keperawatan :

Gigi: Gigi palsu/kotor/kawat gigi/ karies/tidak ada gigi

Lain-lain : Gigi Bersih

Masalah keperawatan :

Telinga: Perdarahan/ terpasang alat bantu/ infeksi/gangguan pendengaran

Lain-lain :

Masalah keperawatan :

Leher : Pembesaran KGB/ kaku kuduk/ terpasang trakeostomi

JPV:

Lain-lain :

Masalah keperawatan :

PEMERIKSAAN TORAK

PARU

a. Inspeksi :

Bentuk torak (Normal chest/Pigeon chest/Funnel chest / Barrel chest),
Susunan ruas tulang belakang (Kyphosis / Scoliosis / Lordosis),

Bentuk dada (simetris / asimetris) Keadaan kulit

Retraksi otot bantu pernafasan : Retraksi intercosta (+ / -), Retraksi
suprasternal (+ / -), Sternomastoid (+ / -), Pernafasan cuping hidung (+ / -)

Pola nafas : (Eupnea/ Takipneu/ Bradipnea/ Apnea/ Chene Stokes/ Biot's/
Kusmaul)

Amati : Cianosis (+ / -), Batuk (produktif / kering / darah)

b. Palpasi : Pemeriksaan taktil / vocal fremitus : getaran antara kanan dan kiri
teraba (sama / tidak sama). Lebih bergetar sisi

c. Perkusi : Area paru : (sonor / Hipersonor / dullnes)

d. Auskultasi

Suara nafas Area Vesikuler : (bersih / halus / kasar) ,

Area Bronchial : (bersih / halus / kasar)

Area Bronkovesikuler : (bersih / halus / kasar)

1. Suara Ucapan: Terdengar : Bronkophoni (+ / -),

Egophoni (+ / -)

- Pectoriloqy (+ /)
2. Suara tambahan : Terdengar : Rales (+ /)
 Ronchi (+ /)
 Wheezing (+ /)
 Pleural friction rub (+ /)

Keluhan lain yang dirasakan terkait Px. Torak dan Paru :

.....

JANTUNG

- a. Inspeksi : Ictus cordis (+ /) pelebarancm
- b. Palpasi : Pulsasi dinding torak teraba : (Lemah/Kuat/Tak teraba)
- c. Perkusi : Batas-batas jantung normal adalah :
- Batas atas : (N = ICS II)
- Batas bawah : (N = ICS V)
- Batas Kiri : (N = ICS V Mid Clavikula Sinistra)
- Batas Kanan:..... (N = ICS IV Mid Sternalis Dextra)
- d. Auskultasi
- BJ I terdengar (tunggal / ganda, (keras / lemah), (reguler / irreguler)
- BJ II terdengar (tunggal / ganda), (Keras/lemah), (reguler/ irreguler)
- Bunyi jantung tambahan : BJ III (+ /) Gallop Rhythm (+ /) Murmur (+ /)

Keluhan lain terkait dengan jantung :

.....

Masalah keperawatan :

PEMERIKSAAN ABDOMEN

Inspeksi : Bentuk abdomen : (cembung / cekung / datar)

Massa/Benjolan (+ / (-)), Kesimetrisan (+ / (-)), Bayangan pembuluh darah vena (+ / (-))

Auskultasi Frekuensi peristaltic usus x/menit (N = 5 - 35 x/menit),

Borborygmi (+ / (-))

Palpasi

Palpasi Hepar : Dideskripsikan :

Nyeri tekan (+ / (-)), pembesaran (+ / (-)), perabaan (keras / lunak), permukaan (halus / berbenjol-benjol), tepi hepar (tumpul / tajam) . (N = hepar tidak teraba).

Palpasi Lien :

Gambarkan garis bayangan Schuffner dan pembesarannya.....

Dengan Bimanual lakukan palpasi dan diskripsikan nyeri tekan terletak pada garis Scuffner ke berapa ?(menunjukkan pembesaran lien)

Palpasi Appendix :

Buatlah garis bayangan untuk menentukan titik Mc. Burney . nyeri tekan (+ / (-)), nyeri lepas (+ / (-)), nyeri menjalar kontralateral (+ / (-)).

Palpasi dan Perkusi Untuk Mengetahui ada Acites atau tidak :

Shifting Dullnes (+ / (-)) Undulasi (+ / (-))

Normalnya hasil perkusi pada abdomen adalah tympani.

Palpasi Ginjal :

Bimanual diskripsikan : nyeri tekan (+ / (-)), pembesaran (+ / (-)). (N = ginjal tidak teraba).

Keluhan lain yang dirasakan terkait dengan Px. Abdomen :

.....

Masalah keperawatan :

PEMERIKSAAN GENITALIA:

Perdarahan/terpasang kateter/trauma/malforasi/menstruasi/infeksi

Lain-lain :

.....

Masalah keperawatan :

PEMERIKSAAN MUSKULOSKELETAL

Kaki: Fraktur/ edema/ malforasi/ luka/ infeksi/keganasan/sianosis/dingin

Lain-lain :

Masalah keperawatan :

Punggung: Lordosis/kiposis/skoliosis/luka/dekubitus/infeksi

Lain-lain :

Masalah keperawatan :

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM DAN DIAGNOSTIK

1. GDS : 3/8 mmHg

.....

.....

.....

.....

TERAPI MEDIKASI/ OBAT-OBATAN YANG DIBERIKAN SAAT INI

1. Metformin 500 gr

MASALAH KEPERAWATAN

1. Ketidakstabilan kadar Glukosa darah b.d Resistansi
2. Insulin
- 3.
- 4.

Debitara, 11 April 2023

Mahasiswa

Shuk
Inah Pui Istari

ANALISA DATA

NO.	DATA KLIEN	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
1.	<ul style="list-style-type: none"> - Subjekt magubaraan Pusing dan kras saat duduk - Subjekt merasai ngantuk 	Resistensi insulin	Ketidakstabilan kadar glukosa darah

**DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS MASALAH
(RUMUS PES)**

1. *Resiko infeksi berhubungan dengan luka bedah pasca operasi mayor*

2.

RENCANA KEPERAWATAN

Tanggal Pengkajian : 11 April
Nama Mahasiswa : Indah Pusi Wastuti
Ruang Rawat : -
Inisial Klien : ty-j
Umur jenis Kelamin : 13 thn / P
No. Rekam Medik : -
Diagnosa Medik : DM
Alamat : Jln. Lembang, Darmasari
Keluarga terdekat : Suci
No. Telpn : 08

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
1.	<p>Kontinuitas kadar glukosa darah pada pasien hamil</p>	<p>Kestabilan kadar glukosa darah (puasa) (1.03012) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> kontinuitas puasa menyebutkan puasa puasa puasa lelah / kepenatan kelelahan / lapar / haus kadar glukosa dalam darah normal kadar glukosa dalam urine normal 	<p>Monitor HbA1c secara berkala (1.03115) observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> identifikasi tanda-tanda awal hiperglikemia monitor kadar glukosa darah monitor tanda-tanda gejala hiperglikemia <p>Terdokumentasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> berikan asuhan cairan oral dgn medis jika tanda-tanda gejala hiperglikemia fetal ada atau mau burak <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> anjurkan mengikuti kelas saat kadar glukosa darah dari 250 mg/dL anjurkan beristirahat glukosa darah secara mandiri anjurkan ketekunan terhadap diet dan olahraga

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
			<p>1. Abstrak Pengelompokan dan keterbatasan : 1. Keterbatasan Pembacaan jika Perle</p>

CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN

Ruang Rawat : -

Inisial Klien : (G.)

Umur : 43 thn

Jenis Kelamin : P

Diagnosa Medis : DM

No. RM :

Tanggal Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
11-05-2013	<p>Kardiostabilisasi Kardas</p> <p>Glukosa darah b.d. Rasio 100/100</p> <p>hau</p>	<p>1. Monitor Ht, Hb, Hct, Kardiostabilisasi Kardas</p> <p>2. Monitor kadar glukosa</p> <p>3. Monitor TTU</p> <p>4. Monitor kadar glukosa</p> <p>5. Monitor TTU</p> <p>6. Monitor kadar glukosa</p> <p>7. Monitor kadar glukosa</p> <p>8. Monitor kadar glukosa</p> <p>9. Monitor kadar glukosa</p> <p>10. Monitor kadar glukosa</p>	<p>S. - Subjekt merasa sangat haus dan haus sangat</p> <p>diduk</p> <p>- Subjekt sering merasa haus</p> <p>meningkatkan</p> <p>D = Klu bau</p> <p>- Kadar glukosa darah = 200 mg/dl</p> <p>- TD = 130/80 mmHg</p> <p>- Hb = 12.5 g/dl</p> <p>- Hct = 38%</p> <p>H = masalah belum teratasi</p> <p>P. Httersi offentika</p>	<p>Jhu</p>

Tanggal/jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
12-05-2023	Kestabilan kadar glukosa darah b.d. Respon Insulin	<p>1. Monitor kadar glukosa darah</p> <p>2. Melaksanakan pengisian IV</p> <p>- TO: 120/80, H: 90, S: 35, RR: 24</p> <p>3. Mengajarkan kebutuhan perubahan diet dan olahraga</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memastikan beres-beres kesehatan diet diet - Olahraga 30-60 menit per minggu <p>4. Monitor kadar glukosa darah secara mandiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor dan mengoreksi GDS secara mandiri 	<p>S: - Subjektif mengatakan puasa dan kenyang berkurang</p> <p>- Subjektif mengatakan mengalami NBM sedikit berkurang</p> <p>D: t/le baik</p> <p>- GCS: 15</p> <p>- TO: 128/80, H: 80, S: 35, RR: 24</p> <p>- GDS: 260 mg/dl</p> <p>- ACS: 15</p> <p>- Subjektif kenyang</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi di lanjutkan</p>	Juh
13-05-2023	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d. Respon Insulin	<p>1. Monitor kadar glukosa darah</p> <p>2. Monitor kadar glukosa darah</p> <p>3. Monitor kadar glukosa darah</p> <p>4. Monitor kadar glukosa darah</p> <p>5. Monitor kadar glukosa darah</p> <p>6. Monitor kadar glukosa darah</p> <p>7. Monitor kadar glukosa darah</p> <p>8. Monitor kadar glukosa darah</p> <p>9. Monitor kadar glukosa darah</p> <p>10. Monitor kadar glukosa darah</p>	<p>S: - Subjektif mengatakan sakit tidak teraca puasa dan kenyang</p> <p>- Subjektif mengatakan rasa mengantuk dan berkurang</p> <p>D: t/le baik</p> <p>- GCS: 15</p> <p>- TO: 128/80, H: 80, S: 35, RR: 24</p> <p>- GDS: 260 mg/dl</p> <p>- ACS: 15</p>	Juh

Tanggal/jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
			<p>- TTV: TD = 60/80 / T = 80, S = 35.2, RR = 20</p> <p>- Subjektif bisa membatasi gerakan</p> <p>A: Masabab teratasi</p> <p>P: (Noreksis) at knifitas</p>	

C. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Kronologis dari penyakit yang diderita saat ini mulai awal hingga di bawa ke RS secara lengkap meliputi(PQRST) :

P = Provoking/Paliatif:

Q = Quality :

R = Regio :

S = Severity :

T = Time :

.....
.....
.....

D. RIWAYAT KESEHATAN SEBELUMNYA

1. Penyakit yang pernah diderita

.....
Tidak Ada
.....

2. Pernah dirawat di rumah sakit : Ya/Tidak

3. Obat-obatan yang pernah digunakan

.....
Tidak Ada
.....
.....

4. Pernah dilakukan tindakan operasi : Ya/Tidak

5. Jika Ya, jenis operasi yang dilakukan:

.....
Tidak Ada
.....

6. Alergi (makanan/obat-obatan/debu/cuaca)

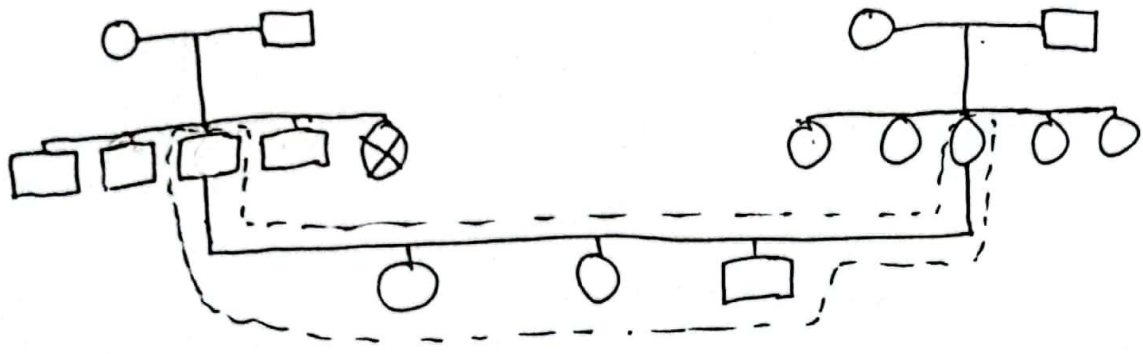
.....
Alergi Makanan Ulang
.....

7. Kecelakaan

.....
Tidak Ada
.....

E. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

(genogram)



ket :

- = Perempuan
- = Laki - laki
- X = Meninggal
- = Garis Penghubung
- = Satu rumah

F. POLA PEMELIHARAAN KESEHATAN

a. Pola Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi :

No	Pemenuhan Makan/Minum	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	Jumlah / Waktu	Pagi : 1 porsi / 08-00 Siang : 1 porsi / 13-00 Malam : 1 porsi / 18-00	Pagi : Siang : Malam :
2	Jenis	Nasi : Nasi Putih Lauk : Ayam Sayur : Bayam Minum : Air Putih	Nasi : Lauk : Sayur : Minum/ Infus :
3	Pantangan	Udang	-
4	Kesulitan Makan / Minum	Tidak Ada	-
5	Usaha-usaha mengatasi masalah	Tidak Ada	-

b. Pola Eliminasi

No	Pemenuhan Eliminasi BAB /BAK	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	Jumlah / Waktu	Pagi : Siang : Malam : ...	Pagi : Siang : Malam :

2	Warna	keoklatan	-
3	Bau	Tidak enak	-
4	Konsistensi	Padat	-
5	Masalah Eliminasi	Tidak Ada	-
6	Cara Mengatasi Masalah	Tidak Ada	-

c. Pola Istirahat Tidur

No	Pemenuhan Istirahat Tidur	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	Jumlah / Waktu	Pagi : Siang : Malam :	Pagi : Siang : Malam :
2	Gangguan Tidur	Tidak Ada	-
3	Upaya Mengatasi Gangguan tidur	Tidak Ada	-
4	Hal Yang Mempermudah Tidur		-
5	Hal Yang Mempermudah bangun	Tidak Ada	-

d. Pola Kebersihan Diri / Personal Hygiene :

No	Pemenuhan Personal Hygiene	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	Frekuensi Mencuci Rambut	2x Sehari	-
2	Frekuensi Mandi	2x Sehari	-
3	Frekuensi Gosok Gigi	2x Sehari	-
4	Keadaan Kuku	Bersih	-

e. Aktivitas Lain

No	Aktivitas Yang Dilakukan	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1.	Melakukan Pekerjaan Rumah	Memasak dan beres-beres Rumah	-

--	--	--	--

f. Riwayat Sosial Ekonomi

a. Latar belakang social, budaya dan spiritual klien

Kegiatan kemasyarakatan : Baik

Konflik social yang dialami klien : Tidak Ada

Ketaatan klien dalam menjalankan agamanya : Baik

Teman dekat yang senantiasa siap membantu : Keluarga

b. Ekonomi

Siapa yang membiayai perawatan klien selama dirawat :

.....

Apakah ada masalah keuangan dan bagaimana mengatasinya :

..... Tidak Ada

G. PEMERIKSAAN FISIK

Keadaan Umum : Baik

Status Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda vital (TTV) :

TD: 110/90 mmHg Nadi: 84 x/m Suhu: 36.6°C Pernapasan: 20 x/m

Tinggi badan: 150 cm Berat badan: 80 kg

INTEGUMENT

Inspeksi :

Adakah lesi (+ / ⊖), Jaringan parut (+ / ⊖)

Warna Kulit : ~~Sangat~~ ... matang

Bila ada luka bakar lokasi : ~~.....~~ Tidak Ada

dengan luas : %

Palpasi :

Tekstur (halus / kasar),

Turgor / Kelenturan (baik / jelek),

Struktur (keriput / tegang),

Lemak subcutan (tebal / tipis)

Nyeri tekan (+ / -) pada daerah Tidak ada.....

Identifikasi luka / lesi pada kulit

1. Tipe Primer : Makula (+ / -)

Papula (+ / -)

Nodule (+ / -)

Vesikula (+ / -)

2. Tipe Sekunder : Pustula (+ / -)

Ulkus (+ / -)

Crusta (+ / -)

Exsoriiasi (+ / -)

Sear (+ / -)

Lichenifikasi (+ / -)

Kelainan- kelainan pada kulit :

Naevus Pigmentosus	(+/-),
Hiperpigmentasi	(+/-),
Vitiligo/Hipopigmentasi	(+/-),
Tatto	(+/-),
Haemangioma	(+/-),
Angioma/toh	(+/-),
Spider Naevi	(+/-),
Strie	(+/-)

Masalah Integumen yang lain:

.....
Tidak Ada
.....

Masalah Keperawatan:

.....
Tidak Ada
.....

PEMERIKSAAN KEPALA

Inspeksi : Bentuk kepala :

(dolicephalus/ lonjong, Brakhiocephalus bulat),

Kesimetrisan (+ (-)).

Hidrocephalus (+ (-)),

Luka (+ (-)),

Darah (+ (-)),

Trepanasi (+ (-)).

Palpasi : Nyeri tekan (+ (-)),

Fontanella pada bayi (cekung / tidak)

Rambut: Panjang/pendek/tanpa rambut/kotor/mudah rontok/gatal-gatal.

Lain -lain : Tidak Ada

Masalah keperawatan : Tidak Ada

Mata: Ikterik/ midriasis/pakai kacamata/ contact lens/gangguan penglihatan

Inspeksi : Kelengkapan dan kesimetrisan mata (+ (-))

Ekssoftalmus (+ (-)), Endofthalmus (+ (-))

Kelopak mata / palpebra : Oedem (+ (-)),

Ptosis (+ (-)), Peradangan (+ (-)) Luka (+ (-)),

Benjolan (+ (-)), Bulu mata : rontok atau tidak

Konjunctiva dan sclera :

Perubahan warna ... Putih ke Warna iris

Reaksi pupil terhadap cahaya (miosis / midriasis)

Pupil isokor (+ (-)).

Kornea : warna Nigtasmus (+1E), Strabismus (+1E)

Pemeriksaan Visus

Dengan Snelen Card :

OD OS

Tanpa Snelen Card :

Ketajaman Penglihatan ((Baik) Kurang)

Pemeriksaan lapang pandang:

Normal / Haemi anoxia / Haemoxia

Pemeriksaan tekanan bola mata, Dengan tonometri

Lain - lain tidak ada

Masalah keperawatan : tidak ada

Hidung: Perdarahan/sinusitis/gangguan penciuman/malformasi/ terpasang NGT

Lain-lain : tidak ada

Masalah keperawatan : tidak ada

Mulut: Kotor/ bau/terpasang ETT/Gudel/perdarahan/lidah kotor/gangguan pengecapan

Lain-lain : tidak ada Mulut Bersih

Masalah keperawatan : Tidak ada

Gigi: Gigi palsu/kotor/kawat gigi/ karies/tidak ada gigi

Lain-lain : Tidak ada Gigi bersih

Masalah keperawatan : Tidak ada

Telinga: Perdarahan/ terpasang alat bantu/ infeksi/gangguan pendengaran

Lain-lain : Telinga bersih

Masalah keperawatan : tidak ada

Leher : Pembesaran KGB/ kaku kuduk/ terpasang trakeostomi

JPV:

Lain-lain : tidak ada

Masalah keperawatan : tidak ada

PEMERIKSAAN TORAK

PARU

a. Inspeksi :

Bentuk torak (Normal chest/Pigeon chest/Funnel chest / Barrel chest),
Susunan ruas tulang belakang (Kyphosis / Scoliosis / Lordosis),

Bentuk dada (simetris / asimetris) Keadaan kulit

Retraksi otot bantu pernafasan : Retraksi intercosta (+ / -), Retraksi
suprasternal (+/-), Sternomastoid (+/-), Pernafasan cuping hidung (+/-).

Pola nafas : (Eupnea/ Takipneu/ Bradipnea/ Apnea/ Chene Stokes/ Biot's/
Kusmaul)

Amati : Cianosis (+ / -), Batuk (produktif / kering / darah)

b. Palpasi : Pemeriksaan taktil / vocal fremitus : getaran antara kanan dan kiri
teraba (sama / tidak sama). Lebih bergetar sisi

c. Perkusi : Area paru : (sonor / Hipersonor / dullnes)

d. Auskultasi

Suara nafas Area Vesikuler : (bersih / halus / kasar) ,

Area Bronchial : (bersih / halus / kasar)

Area Bronkovesikuler : (bersih / halus / kasar)

1. Suara Ucapan: Terdengar : Bronkophoni (+ / -),
Egophoni (+ / -),

Pectoriloqy (+/-)

2. Suara tambahan : Terdengar : Rales (+/-),
Ronchi (+/-),
Wheezing (+/-),
Pleural friction rub (+/-)

Keluhan lain yang dirasakan terkait Px. Torak dan Paru :

..... Tidak ada

JANTUNG

- a. Inspeksi : Ictus cordis (+/-), pelebarancm
b. Palpasi : Pulsasi dinding torak teraba : (Lemah/Kuat/Tak teraba)
c. Perkusi : Batas-batas jantung normal adalah :
Batas atas : (N = ICS II)
Batas bawah : (N = ICS V)
Batas Kiri : (N = ICS V Mid Clavikula Sinistra)
Batas Kanan:..... (N = ICS IV Mid Sternalis Dextra)
- d. Auskultasi
BJ I terdengar (tunggal / ganda, (keras / lemah), (reguler / irreguler)
BJ II terdengar (tunggal / ganda), (keras/lemah), (reguler/ irreguler)
Bunyi jantung tambahan : BJ III (+/-), Gallop Rhythm (+/-), Murmur (+/-)

Keluhan lain terkait dengan jantung :

..... Tidak ada

Masalah keperawatan : Tidak ada

PEMERIKSAAN ABDOMEN

Inspeksi : Bentuk abdomen : (cembung / cekung / datar)

Massa/Benjolan (+ / -), Kesimetrisan (+ / -), Bayangan pembuluh darah vena (+ / -)

Auskultasi Frekuensi peristaltic usus x/menit (N = 5 - 35 x/menit),

Borborygmi (+ / -)

Palpasi

Palpasi Hepar : Dideskripsikan :

Nyeri tekan (+ / -), pembesaran (+ / -), perabaan (keras / lunak), permukaan (halus / berbenjol-benjol), tepi hepar (tumpul / tajam) . (N = hepar tidak teraba).

Palpasi Lien :

Gambarkan garis bayangan Schuffner dan pembesarannya.....

Dengan Bimanual lakukan palpasi dan diskrisikan nyeri tekan terletak pada garis Scuffner ke berapa ?(menunjukkan pembesaran lien)

Palpasi Appendix :

Buatlah garis bayangan untuk menentukan titik Mc. Burney . nyeri tekan (+ / -), nyeri lepas (+ / -), nyeri menjalar kontralateral (+ / -).

Palpasi dan Perkusi Untuk Mengetahui ada Acites atau tidak :

Shifting Dullness (+ / -) Undulasi (+ / -)

Normalnya hasil perkusi pada abdomen adalah tympani.

Palpasi Ginjal :

Bimanual diskripsikan : nyeri tekan (+ / -), pembesaran (+ / -). (N = ginjal tidak teraba).

Keluhan lain yang dirasakan terkait dengan Px. Abdomen :

..... Tidak Ada

Masalah keperawatan : Tidak Ada

PEMERIKSAAN GENITALIA:

Perdarahan/terpasang kateter/trauma/malforasi/menstruasi/infeksi

Lain-lain : Tidak Ada

Masalah keperawatan : Tidak Ada

PEMERIKSAAN MUSKULOSKELETAL

Kaki: Fraktur/ edema/ malforasi/ luka/ infeksi/keganasan/sianosis/dingin

Lain-lain : Tidak Ada

Masalah keperawatan : Tidak Ada

Punggung: Lordosis/kiposis/skoliosis/luka/dekubitus/infeksi

Lain-lain : Tidak Ada

Masalah keperawatan : Tidak Ada

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM DAN DIAGNOSTIK

1. Gas : 322 mmHg

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
TERAPI MEDIKASI/ OBAT-OBATAN YANG DIBERIKAN SAAT INI

1 - Meleformin 500 mg
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

MASALAH KEPERAWATAN

1. kesulitan stabilisasi kadar glukosa darah b-d Resistensi Insulin
2.
3.
4.

Pekantayan, 14 April 2023

Mahasiswa

Shuh

Indah Ruci Lestari

ANALISA DATA

NO.	DATA KLIEN	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
1.	<ul style="list-style-type: none"> - Subjekt mengatakan badan terasa lemas dan pusing - Subjekt mengatakan sering mengantuk - Subjekt mengatakan kadang-kadang merasa kebas 	Resistensi insulin	Ketidakstabilan kadar glukosa darah

**DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS MASALAH
(RUMUS PES)**

1. ketidakstabilan kadar glukosa darah Gd Resistensi Insulin
2.

RENCANA KEPERAWATAN

Tanggal Pengajian : 2 Februari 2013

Nama Mahasiswa : Fidiyah Rizki Azzahri

Alamat Rumah :

Instansi Klinik :

Tempat Kerja / Rumah Sakit :

No. Revisi :

Instansi / Rumah Sakit :

Alamat :

Keperawatan / Keperawatan :

No. Revisi :

2013 2013 5 : 51 5

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
1.	Kefidokstabilan kadar glukosa darah dan Pasi fungsi Nason	Kestabilan kadar Glukosa darah meningkat (L.0522) dengan kriteria hasil : a. Keastabilan meningkat b. Mengontrol makanan c. Ruting Monitor d. Laka / lesu Nason e. Kaluar laka menurut F. Kadar Glukosa menurut g. Kapsir glukosa dalam urin menurut	Monevlon KIRaglitrona (1.08115). Observasi : 1. Identifikasi kemampuan Pasi dan KIRaglitrona 2. Monitor kadar glukosa darah 3. Monitor tanda dan gejala KIRaglitrona Tindakan : 1. Berikan ashan secara oral 2. Keastabilan kadar mudi Nason Tanda dan gejala KIRaglitrona Tanda atau atau menurut Edukasi : 1. Anjurkan mengontrol dietnya 2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah 3. Anjurkan melakukan aktivitas fisik dan olahraga


NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
			<p>A. Adjuktan Pengobatan akibat kolaborasi : v kolaborasi Perawatan mencuti jika perlu</p>

Tanggal/jam	Diagnosis Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
12-05-2013	Ketidakstabilan kadar Gulaes Darah	<p>1. Mengajarkan diet dan berolahraga</p> <ul style="list-style-type: none"> - makanan bertingg - Peninggi c. zat lemak - Peninggi protein <p>2. Monitorin TD</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 120/80 mmHg, HR : 70/men - S : 35.2° C, RR : 20/men <p>3. Monitorin kadar gula darah</p> <ul style="list-style-type: none"> - melakukan pengesahan - ADS 186 mg/dL <p>4. Monitorin berat badan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadar Gulaes darah - Gulaes nadirin - Monitorin Cara - Monitorin GDS Saam - Monitorin 	<p>S : - Subjektif mengatakan rasa haus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subjektif mengatakan rasa haus - Subjektif mengatakan berat badan <p>P : Intervensi dilakukan</p>	<p>Stella</p>
12-05-2013		<p>1. Monitorin kadar Gulaes darah</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDS 92 mg/dL <p>2. Monitorin Diet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadar Gulaes Darah lebih dari 250mg/dL 	<p>S : - Subjektif mengatakan rasa haus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subjektif mengatakan rasa haus - Subjektif mengatakan berat badan <p>P : Intervensi dilakukan</p>	<p>Stella</p>

Tanggal/jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		<ul style="list-style-type: none"> - Subjektif bisa melakukan sensor 3. Renggang $TV:TD:130/80$ mmHg, $S = 35.0^{\circ}C$, $RI:80\%/m$ $RR:14x/m$ 4. Mengandung nandi terkausi glukosa darah kadar normal - Menjelaskan cara mengedukasi secara verbal 	<ul style="list-style-type: none"> - $Kd = 0m$ - $acs = 15$ - $TV:TD:130/80$ mmHg, $RI:80\%/m$ - $S = 35.0^{\circ}C$, $RI = 20\%/m$ - $GO S = RI 14x/dl$ - Subjektif melaporkan sensor terkausi glukosa darah - Masalah Teratasi P: Intervensi dilakukan 	



STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)
SENAM KAKI DIABETIK

PENGERTIAN	Senam Kaki Diabetes adalah suatu kegiatan atau latihan yang dilakukan oleh pasien diabetes mellitus untuk mencegah terjadinya luka dan membantu peredaran darah bagian kaki
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah komplikasi Diabetes pada kaki pasien DM di rumah 2. Membantu melancarkan aliran darah pada bagian kaki/ membantu sirkulasi darah 3. Memperkuat otot-otot kecil kaki dan mencegah kelainan bentuk kaki 4. Meningkatkan kekuatan pada otot paha, betis 5. Mengatasi keterbatasan dalam pergerakan sendi
ALAT DAN BAHAN	Alat dan Bahan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi 2. Koran
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>A. Tahap Pra-Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan 2. Menyiapkan peralatan dengan sistematis dan rapi <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan, kontrak waktu dan prosedur tindakan pada klien / keluarga 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien sebelum prosedur dilakukan
	<p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien duduk tegak di bangku dengan kaki menyentuh lantai <div style="text-align: center;">  </div> <ol style="list-style-type: none"> 2. Dengan tumit dilantai, jari-jari kedua belah kaki diluruskan ke atas

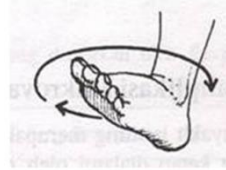
lalu dibengkokkan kembali ke bawah seperti cakar ayam sebanyak 10 kali



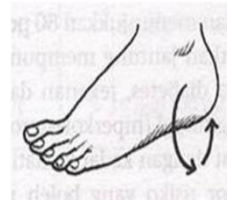
3. Dengan tumit salah satu kaki di lantai, angkat telapak kaki ke atas, kemudian sebaliknya pada kaki yang lainnya, jari-jari kaki diletakkan di lantai dan tumit kaki diangkat ke atas. Gerakan ini dilakukan secara bersamaan pada kaki kanan dan kiri bergantian dan diulangi sebanyak 10 kali



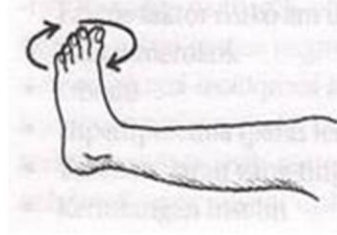
4. Tumit kaki diletakkan di lantai, kemudian bagian ujung jari diangkat ke atas dan buat gerakan memutar pada pergelangan kaki sebanyak 10 kali



5. Jari-jari kaki diletakkan dilantai. Kemudian tumit diangkat dan buat gerakan memutar dengan pergerakan pada pergelangan kaki sebanyak 10 kali



6. Kemudian angkat salah satu lutut kaki dan luruskan. Lalu gerakan jari-jari kaki ke depan kemudian turunkan kembali secara bergantian ke kiri dan ke kanan. Ulangi gerakan sebanyak 10 kali
7. Selanjutnya luruskan salah satu kaki diatas lantai kemudian angkat kaki tersebut, gerakkan ujung-ujung jari kaki ke arah wajah lalu turunkan kembali ke lantai
8. Angkat kedua kaki lalu luruskan. Ulangi sama seperti pada langkah 7, namun gunakan kedua kaki kiri dan kanan secara bersamaan. Ulangi gerakan sebanyak 10 kali
9. Angkat kedua kaki dan luruskan pertahankan posisi tersebut. Kemudian gerakan pergelangan kaki kedepan dan kebelakang.
10. Selanjutnya luruskan salah satu kaki dan angkat, lalu putar kaki pada pergelangan kaki, lakukan gerakan seperti menulis di udara dengan kaki dari angka 0 hingga 10 lakukan secara bergantian



11. Letakkan selembat Koran dilantai. Kemudian bentuk kertas Koran tersebut menjadi seperti bola dengan kedua belah kaki. Lalu buka kembali bola tersebut menjadi lembaran seperti semula menggunakan kedua belah kaki. Gerakan ini dilakukan hanya sekali saja



12. Kemudian robek koran menjadi 2 bagian, lalu pisahkan kedua bagian koran tersebut
13. Sebagaian Koran disobek-sobek menjadi bagian kecil-kecil dengan kedua kaki
14. Kemudian pindahkan kumpulan sobekan tersebut dengan kedua kaki lalu letakkan sobekkan kertas pada bagian kertas yang utuh tadi
15. Lalu bungkus semua sobekan tadi dengan kedua kaki kanan dan kiri menjadi bentuk bola

D. Tahap Terminasi

1. Mengevaluasi hasil tindakan dan respon klien
2. Menjelaskan bahwa tindakan sudah selesai dilakukan pada klien/keluarga dan pamit dan menganjurkan klien untuk melakukannya di rumah 3 kali dalam seminggu
3. Mendokumentasikan

Lampirn 9 Dokumentasi Penelitian



SENAM KAKI DIABETES



Oleh:
Indah Puji Lestari

**POLTEKKES KEMENKES
RIAU**

SENAM DIABETIK

Merupakan kegiatan atau latihan yang dilakukan oleh penderita diabetes mellitus untuk mencegah terjadinya luka dan membantu melancarkan peredaran darah bagian kaki



MANFAAT SENAM DIABETIK

1. Mencegah komplikasi Diabetes pada kaki pasien Diabetes melitus dirumah
2. Membantu melancarkan aliran darah pada bagian kaki
3. Memperkuat otot-otot kecil kaki dan mencegah kelainan bentuk kaki
4. Meningkatkan kekuatan otot betis dan paha
5. Mengatasi keterbatasan gerak sendi

LANGKAH PERTAMA

Jika dilakukan dalam posisi duduk maka Posisikan pasien duduk tegak diatas bangku dengan kaki menyentuh lantai.




LANGKAH KEDUA

Dengan Meletakkan tumit dilantai, jari- jari kedua belah kaki diluruskan keatas lalu dibengkokkan kembali kebawah seperti cakar ayam sebanyak 10 kali.



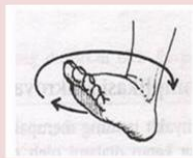
LANGKAH KETIGA

Angkat telapak kaki keatas dengan posisi tumit di lantai. angkat telapak kaki ke atas. Kemudian turunkan telapak kaki dan naikkan tumit dengan posisi jari dilantai. Cara ini dilakukan bersamaan pada kaki kiri dan kanan secara bergantian dan diulangi sebanyak 10 kali.




LANGKAH KEEMPAT

Angkat telapak kaki dengan posisi tumit di lantai dan buat gerakan memutar dengan pergerakan pada pergelangan kaki sebanyak 10 kali.




LANGKAH KELIMA

Jari-jari kaki diletakkan dilantai. Tumit diangkat dan buat gerakan memutar dari dalam ke luar sebanyak 10 kali.




LANGKAH KEENAM

Angkat salah satu lutut kaki, dan luruskan. Gerakan jari-jari kedepan. Ulangi sebanyak 10 kali. Lakukan secara bergantian kanan dan kiri.




LANGKAH KETUJUH

Angkat salah satu lutut, dan luruskan. Gerakkan jari-jari ke arah wajah. Ulang sebanyak 10 kali. Lakukan secara bergantian kanan dan kiri.



LANGKAH KEDELAPAN

Angkat kedua kaki dan luruskan, pertahankan posisi tersebut. Arahkan jari-jari ke arah wajah sebanyak 10 kali.




LANGKAH KESEMBILAN

Luruskan salah satu kaki dan angkat, putar kaki pada pergelangan kaki, tuliskan pada udara dengan kaki dari angka 0 hingga 10 lakukan secara bergantian.

LANGKAH KESEPULUH

Letakkan sehalai koran di lantai. Bungkus dengan kedua kaki menjadi bentuk bola. Buka bola tersebut menjadi lembaran seperti semula dengan kedua kaki.



DIABETES MELITUS



Indah Puji Lestari
P032014401013



Poltekkes Kemenkes Riau

A. DIABETES MELITUS

Diabetes Melitus (DM) merupakan sekumpulan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya.

B. Etiologi

- Pola Makan
- Orang Gemuk
- Faktor Genetik
- Bahan kimia dan obat-obatan
- Penyakit dan infeksi pada pankreas
- Pola Hidup

C. Dikatakan diabetes bil?

- Gula darah puasa ≥ 126 mg/dl
- Gula darah sewaktu ≥ 200 mg/dl

D. MANIFESTASI KLINIS

- Poliuria, polidipsi, dan polifagia
- Keletihan dan kelemahan, perubahan pandangan secara mendadak, sensasi kesemutan atau kebas di tangan atau kaki, kulit kering, lesi kulit atau luka yang lambat sembuh, atau infeksi berulang.
- Diabetes tipe 2 disebabkan oleh intoleransi glukosa yang progresif dan berlangsung perlahan (bertahun-tahun) dan mengakibatkan komplikasi jangka panjang apabila Diabetes tidak terdeteksi selama bertahun-tahun (misal, penyakit mata, neuropati perifer, penyakit vaskuler perifer).
- Tanda dan gejala Ketoasidosis Diabetes (DKA) mencakup nyeri abdomen, mual, muntah, hiperventilasi, dan napas berbau buah.

H. Makanan Yang harus dihindari

- Mengandung banyak Gula sederhana: Gula pasir, Gula aren, selai, siru, jelly, manisan buah, es krim, Dan coklat
- Makanan Yang mengandung banyak lemak: semua makanan yang di Oleh di goreng, fast food/Makanan cepat saji
- Mengandung banyak natriu: Ikan Asin, telur asin, makanan kaleng



I. Diet pada DM

- jumlah kalori yang ditemukan menurut umur, jenis kelamin, bb, tb, dan aktivitas
- batasi penggunaan karbohidrat seperti: nasi, lonton, ketan, jagung, kentan, dll

- hindari penggunaan karbohidrat sederhana: gula pasir, Gula Jawa, siru, es kri, susu kental manis, dodol, coklat, abon dan dendeng
- bahan yang diperbolehkan: lauk hewani dan nabati dalam jumlah yang cukup
- buah-buahan dalam jumlah yang cukup
- aneka sayur untuk memberi rasa kenyang
- minyak dan garam dalam jumlah tak berlebihan



Hindari olahraga Saat kadar glukosa darah melebihi 250 mg/dl
Jangan lupa monitor secara mandiri kadar glukosa darah secara mandiri

F. PENATALAKSANAAN

- Diet
- Latihan
- Pemantauan kadar darah secara mandiri
- Terapi Farmakologi
- Pendidikan Kesehatan



G. Komplikasi

- Komplikasi Akut : Ketoasidosis diabetik (KAD), hiperosmolar non ketotik (HNK), hipoglikemia
- Komplikasi Kronik : Komplikasi Makrovaskuler, Komplikasi mikrovaskuler, neuropati

