

The background of the page features a repeating watermark of the Universitas Esa Unggul logo. The logo consists of a stylized circular emblem with blue and orange elements, and the text "Universitas Esa Unggul" below it.

LAMPIRAN

FORMULIR BIMBINGAN

PRODI PROFESI NERS


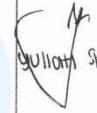

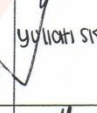
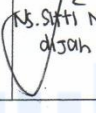

NAMA : NINA NURJANAH

NIM : 20180305 016

PEMBIMBING I : Yulianti SKP MScP

PEMBIMBING II : Ns. Sitti Nurhadidah SKP

DAFTAR HADIR BIMBINGAN

NO	Tanggal	Materi Konsultasi	Paraf	
			Pembimbing	Mahasiswa
1	27/06/19	JUDUL	 Yulianti SKP MScP	
2	02/07/19	Bab I dan Bab II	 Yulianti SKP MScP	
3	08/07/19	JUDUL ACC dan terapi Komplemen ter akupresur	 Yulianti SKP MScP	
4	10/07/19	Bab I, Bab II, dan jurnal terarah terapi	 Yulianti SKP MScP	
5	12/07/19	Konsul Bab I dan II.	 Ns. Sitti Nurhadidah SKP	

FORMULIR BIMBINGAN

PRODI PROFESI NERS



NAMA : Nina Nurjanah

NIM : 20180305016

PEMBIMBING I : Yulianti SKP Mkep

PEMBIMBING II : Ns. SITI Nurchadjah SKep

DAFTAR HADIR BIMBINGAN

NO	Tanggal	Materi Konsultasi	Paraf	
			Pembimbing	Mahasiswa
1	15/07/19	Revisi Bab I dan II	Yulianti SKP Mkep	
2	18/07/19	Konsul bab I, II, III (Revisi)	Yulianti SKP Mkep	
3	22/07/19	Konsul Bab I s/d V	Yulianti SKP Mkep	
4	22/07/19	Konsul bab I s/d V	Ns. SITI Nurchadjah SKep	
5	23/07/19	Konsul bab I s/d V	Ns. SITI Nurchadjah SKep	

TERAPI AKUPRESUR UNTUK DIABETES MELLITUS TIPE II	
PENGERTIAN	Akupresur adalah: sebuah ilmu yang menyembuhkan dengan cara menekan, memijat, mengurut bagian dari tubuh dengan maksud mengaktifkan kembali keseimbangan energy dalam tubuh untuk menurunkan kadar glukosa dalam darah
TUJUAN	Teknik akupresur ini bertujuan untuk menurunkan kadar glukosa dalam darah
KEBIJAKAN	Pasien Diabetes Mellitus Tipe II
PETUGAS	Perawat
PERALATAN	Minyak Zaitun
PERSIAPAN PASIEN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan pada klien mengenai tujuan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien 2. Kaji kembali keluhan klien dan sesuaikan dengan indikasi serta rencana tindakan yang diberikan kepada klien 3. Kontrak waktu dengan klien, kapan pelaksanaan dan berapa lama pelaksanaan tindakan keperawatan
CARA KERJA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan 2. Memastikan kondisi psikologis klien 3. Mengecek tidak ada bengkok/luka pada daerah tangan dan kaki yang akan dilakukan penekanan 4. Menentukan titik yang akan dilakukan penekanan pada tangan yaitu pada paru, jantung dan pericardium 5. Menentukan titik yang akan dilakukan pada daerah kaki yaitu pada titik refleksi lambung, usus 12 jari dan pankreas 6. Melakukan penekanan pada tiap titik masing – masing 2 menit dilakukan selama 15 menit 7. Melakukan evaluasi tindakan
REFRENSI	Hartono dkk, (2012)

SISTEMATIKA PENULISAN ASKEP GADAR

A. PENCATATAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT (Di Ruang IGD)

Nama Klien : Ny. CH No Register : 114545
 Usia : 66 th Tanggal Masuk : 17/07/2019
 Jenis Kelamin : Perempuan Diagnosa Medik : Diabetes Mellitus Tipe II

Riwayat Kesehatan: Klien datang ke RS dengan keluhan mual dan muntah, Klien mengatakan muntah sesaat setelah makan sejak 5 hari yang lalu, Klien mengatakan mempunyai riwayat Diabetes selama 10 tahun yang lalu, Klien mengatakan ibunya mempunyai Penyakit yang sama. Klien mengatakan sering haus, Klien mengatakan buang air kecil dalam satu hari 9 kali sehari, Klien mengatakan mudah lelah, Klien mengatakan takut jika makan banyak takut gula nya naik.

PENGAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
AIRWAYS (jalan nafas) Sumbatan : <input type="checkbox"/> benda asing <input type="checkbox"/> darah <input type="checkbox"/> bronkospasme <input type="checkbox"/> sputum <input type="checkbox"/> lender	<input type="checkbox"/> actual <input type="checkbox"/> resiko Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d.....			
BREATHING (pernafasan) Sesak, dengan : <input type="checkbox"/> aktivitas <input type="checkbox"/> tanpa aktivitas <input type="checkbox"/> menggunakan	<input type="checkbox"/> actual <input type="checkbox"/> resiko Pola nafas tidak efektif b/d.....			

PENGAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
otot tambahan frekuensi: <u>24x/menit</u> Irama: <input checked="" type="checkbox"/> teratur <input type="checkbox"/> tidak teratur Kedalaman: <input type="checkbox"/> dalam <input type="checkbox"/> dangkal Batuk: <input type="checkbox"/> produktif <input type="checkbox"/> non produktif Sputum: - Warna: - Konsistensi: Bunyi nafas: <input type="checkbox"/> ronchi <input type="checkbox"/> wheezing <input type="checkbox"/> creakles <input type="checkbox"/> snoring	Gangguan pertukaran gas b/d.....			
CIRCULATION (sirkulasi) sirkulasi perifer:	<input type="checkbox"/> actual <input type="checkbox"/> resiko Penurunan curah jantung			

PENGAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
Nadi: 80x/menit Irama: <input checked="" type="checkbox"/> teratur <input type="checkbox"/> tidak teratur Denyut: <input type="checkbox"/> lemah <input checked="" type="checkbox"/> kuat <input type="checkbox"/> tak kuat TD: 130/80 mmHg ekstremitas <input checked="" type="checkbox"/> hangat <input type="checkbox"/> dingin Warna kulit: <input type="checkbox"/> cyanosis <input type="checkbox"/> pucat <input checked="" type="checkbox"/> kemerahan Pengisian kapiler: ≤ 2 detik Edema: <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak Jika ya:	b/d..... () actual () resiko Gg keseimbangan cairan dan elektrolit () kurang () lebih b/d.....			

PENGKAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
<p> <input type="checkbox"/> muka <input type="checkbox"/> tangan atas <input type="checkbox"/> tungkai <input type="checkbox"/> anasarka Eliminasi dan cairan BAK: 9...x/hari Jumlah: <input checked="" type="checkbox"/> sedikit <input type="checkbox"/> banyak <input type="checkbox"/> sedang Warna: <input checked="" type="checkbox"/> kuning jernih <input type="checkbox"/> kuning kental <input type="checkbox"/> putih Rasa sakit: <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak Keluhan sakit pinggang: <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak BAB: 1...x/hari Diare <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak </p>	<p> <input type="checkbox"/> actual </p>			

PENGKAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
Pencernaan: Kidah kotor: <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak Nyeri: <input checked="" type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> ulu hati <input type="checkbox"/> kuadran kanan <input type="checkbox"/> menyebar <input type="checkbox"/> tidak Integumen (kulit) terdapat luka <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak Dalam: <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak Pendarahan: <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak				
DISSABILITY Tingkat kesadaran <input checked="" type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> apatis	<input checked="" type="checkbox"/> actual <input type="checkbox"/> resiko Gg perfusi jaringan			

PENGKAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
<input type="checkbox"/> somnolen <input type="checkbox"/> stupor <input type="checkbox"/> soporocoma <input type="checkbox"/> koma Pupil <input checked="" type="checkbox"/> isokor <input type="checkbox"/> unisokor <input type="checkbox"/> moosis <input type="checkbox"/> midriasis Reaksi terhadap cahaya Ka: <input checked="" type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> negatif Ki: <input checked="" type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> negatif GCS: E M V = 4/6/5 = 15 Terjadi <input type="checkbox"/> kejang <input type="checkbox"/> pelo <input type="checkbox"/> kelumpuhan/ kelemahan	cerebral b/d.....			

PENGAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
() mulut mencong () afasia () disathria Nilai kekuatan otot: $\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ \hline 4 & 9 \end{array}$ Reflex Babinsky: Patella: Bisep/trisep: Brudynsky:				

B. RIWAYAT PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL

1. Psikososial

- Komunitas yang diikuti : Pengajian
- Koping : Menerima Menolak Kehilangan Mandiri
- Afek : Gelisah Insomnia Tegang Depresi Apatis
- HDR : Emosional Tidak berdaya Rasa bersalah
- Persepsi penyakit : Menerima Menolak
- Hubungan keluarga harmonis : Tidak Ya, orang terdekat :

a. Spiritual

- Kebiasaan keluarga / pasien untuk mengatasi stress dari sisi spiritual : melakukan shalat

2. KEBUTUHAN EDUKASI

a. Terdapat hambatan dalam pembelajaran :

- Tidak Ya, Jika Ya : Pendengaran Penglihatan Kognitif Fisik
- Budaya Emosi Bahasa Lainnya

Dibutuhkan penerjemah : Tidak Ya,
 Sebutkan.....

Kebutuhan edukasi (pilih topik edukasi pada kotak yang tersedia) Diagnosa dan manajemen penyakit Obat-obatan / Terapi Diet dan nutrisi Tindakan keperawatan Rehabilitasi Manajemen nyeri
 Lain-lain, sebutkan

b. Bersedia untuk dikunjungi : Tidak Ya, :
 Keluarga Kerabat Rohaniawan

3. **RISIKO CEDERA / JATUH** (Isi formulir monitoring pencegahan jatuh)
 Tidak Ya, Jika Ya, gelang risiko jatuh warna kuning harus dipasang

4. **STATUS FUNGSIONAL** (Isi formulir *Barthel Index*)
 Aktivitas dan Mobilisasi : Mandiri Perlu bantuan, sebutkan

Alat Bantu jalan, sebutkan

Bila terdapat gangguan fungsional, pasien dikonsultasikan ke Rehabilitasi Medis melalui DPJP

5. **SKALA NYERI**
 Nyeri : Tidak Ya

	1-3 : nyeri ringan, analgetik oral 4-7 : nyeri sedang, perlu analgetik injeksi
--	---

Nyeri Kronis, Lokasi : Frekuensi : Durasi

Nyeri Akut Lokasi : Frekuensi : Durasi

Score Nyeri (0-10) :

Nyeri Hilang

Minum Obat Istirahat Mendengar Musik Berubah Posisi

Tidur

Lain-Lain

sebutkan

<input type="checkbox"/> Numeric Usia >7 th	<input type="checkbox"/> Wong Baker Face Usia >3 th	<input type="checkbox"/> CRIES Usia 0-6 bln	<input type="checkbox"/> FLACC Usia 2 bln - 7 th	<input type="checkbox"/> COMFORT Pasien tidak sadar	Keterangan
A/I: _____	A/I: _____	A/I: _____	A/I: _____	A/I: _____	0 : Tidak Nyeri 1-3 : Nyeri Ringan 4-7 : Nyeri Sedang 8-10 : Nyeri Berat <i>Comfort Pain Scale:</i> 9-18 : Nyeri Terkontrol 19-26 : Nyeri Ringan 27-35 : Nyeri Sedang >35 : Nyeri Berat

Nyeri mempengaruhi:

Tidur Aktivitas Fisik Emosi Nafsu Makan Konstrasi

Lainnya

2. Pengkajian Seruwer

Anamnesis

a. Keluhan Utama

Dari hasil Pengkajian di dapatkan data klien datang keluhan adanya mual dan muntah sesaat setelah makan sejak 5 hari yang lalu frekuensi muntah sebanyak 3x sehari, warna kuning kehijauan, konsistensi cair.

b. Riwayat kesehatan yang lalu

Klien mengatakan menderita DM sejak 10 tahun yang lalu, obat DM yang digunakan Amari Amari Tab 1x1 3 mg, Klien tidak ada riwayat asma, hipertensi dan Tuberkulosis. namun Klien mempunyai riwayat gastritis

c. Riwayat kesehatan keluarga

Dalam keluarga pasien, ada beberapa anggota keluarga yang lain yang juga menderita Diabetes yaitu Ibu Klien, dan dua orang adik perempuan nya.

d. aktivitas / istirahat

Klien merupakan Ibu rumah tangga yang sehari-harinya mengerjakan pekerjaan rumah tangga, namun sejak pasien sakit-sakitan dan mengalami gangguan penglihatan (buram) Klien hanya melakukan aktivitas untuk kebutuhan dirinya sendiri seperti makan, hygiene dan eliminasi. Klien juga sering tidur atau istirahat yang cukup, saat di Pengkajian tekanan darah 130/80 mmHg, Nadi 80x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu 36°C, Klien kooperatif aktivitas Klien terbatas di tempat tidur, Klien tidak dapat mobilisasi ke kamar mandi karena Klien tampak lemah

e. Sirkulasi

Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat hipertensi, Tanda-tanda vital menunjukkan TD = 130/80 mmHg, N = 80x/menit, S = 36°C, RR = 24x/menit

f. Integritas / ego

Klien mengatakan stress dengan penyakitnya dan takut bertambah parah, Klien tampak gelisah, Klien terlihat pucat, Klien tampak beres-beres dalam masalah finansial terutama biaya perawatan, Klien tidak ada masalah karena biaya perawatan memakai Jaminan BPJS. Klien datang dengan ditemani oleh adik dan keluarganya, Klien mengatakan pada saat ini tidak dapat memutuskan keputusan sendiri karena Klien harus berdiskusi dengan keluarganya hal ini yang membuat merasa kuat.

g. Eliminasi

Klien mengatakan BAB 1x setiap hari, Karakter feces lunak, BAB terakhir pada saat dirumah tadi pagi sebelum masuk RS, tidak ada riwayat Perdarahan, Hemorroid, Konstipasi, Pola BAK 9 kali sehari, BAK sering

terutama Pada malam hari, Saat ini klien memakai Pampers, klien mengatakan warna Urinnya kuning jernih, ± 300 cc / APIS / setiap kali buang air kecil,

b. Makanan / Cairan

Klien Mengatakan Makan seperti biasa makan nasi biasa, serta lauk dan sayur, Makan terakhir 5 hari sebelum masuk RS, Klien mengatakan napsu makan menurun dan merasa mual, adanya muntah terutama jika setelah makan, frekuensi 2x/hari, warnanya hijau kekuningan, Adanya Nyeri uluhati, Klien mengatakan tidak mempunyai alergi, Kemampuan mengunyah dan menelan masih baik, BB sebelum 70 kg dan sekarang 63 kg, TB : 169 cm terjadi Penurunan BB sebanyak 7 kg selama 1 bulan terakhir, bentuk tubuh tegak, turgor kulit kurang elastis, Kelembaban kulit agak kering, mukosa Kering, Klien mengatakan sering haus dan minum dalam satu hari 2 liter /hari ketika di rumah jika makan banyak, tidak ada edema dan distensi vena jugularis, kondisi gigi ada yang berkarang

1. Neurosensori

ada rasa kesemutan pada ekstremitas atas, Klien tampak menggerakkan tangan nya, tidak ada riwayat stroke dan mejang, Penglihatan buram sejak 6 tahun yang lalu pendengaran normal, Status mental terorientasi, Kesadaran komposmentis, Kooperatif, Klien Mengatakan sudah tidak bisa lagi berjalan jauh dan lama karena Menasa pada ekstremitas bawah, Memori saat ini dan yang lalu baik, Reflex menelan masih baik,

J. Nyeri / Kenyamanan

Klien Mengatakan Nyeri pada daerah ulu hati, Karena klien mempunyai riwayat gastritis, jika Nyeri datang klien merasa mual terutama jika Rasa stress datang dan telat makan.

K. Pernapasan

Klien mengatakan tidak ada keluhan batuk dan sesak napas, tidak ada riwayat TB, Paru, asma, Pneumonia. Pasien juga tidak pernah merokok, tidak ada Penggunaan Oksigen, Pernapasan 24x/menit, Bunyi napas vesikuler

L. Keamanan

Kekuatan otot $\frac{555}{4444}$ $\frac{555}{4444}$

m. Interaksi sosial

Klien tinggal bersama anaknya saat ini Peran dan struktur keluarga sebagai nenek dan orang tua, Interaksi klien terhadap keluarga dan lingkungan baik, namun sejak mengalami penurunan dalam penglihatan dan kaki sering kesemutan /basal, Klien jarang berinteraksi dengan lingkungan sekitar nya, dan lebih sering berada di rumah, Klien bicara jelas dan dapat di mengerti oleh lawan bicara.

K. Hasil Pemeriksaan Penunjang

a. $BUN = 355 \text{ mg/dl}$

b. $HbA1c = 8.8 \%$

c. $\text{Haemoglobin} = 8 \text{ g/dl}$

d. $\text{Hematokrit} = 29.7 \%$

e. $\text{Eritrosit} = 3,39 \%$

L. terapi yang didapatkan

1. terapi cairan intravena $\text{NaCl } 0.9 \%$, 20 tts/ment

2. Omeprazol inj $1 \times 20 \text{ mg}$ via intravena

3. Ondansetron inj $1 \times 40 \text{ mg}$ via intravena

ANALISA DATA

NO.	DATA FOKUS	MASALAH
1.	<p>Data subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan memiliki Riwayat Diabetes sejak 10 tahun yang lalu - Klien mengatakan ibunya & adiknya mempunyai Riwayat Penyakit yang sama. - Klien mengatakan buang air kecil 9x Perhari \pm 300 cc - Klien mengatakan mudah merasa lelah - Klien mengatakan Sering Kesemutan Pada ekstremitas atas - Klien mengatakan sering haus, sehari \pm 2 Liter Atau <p>Data obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDS = 355 mg /dl - TD = 130 / 80 mmHg - N = 80x /menit - S = 36°C - RR = 24x /menit - HbA1c = 8.8 % - Klien tampak minum terus \pm sebanyak 600 ml x 2 botol Air mineral Pada saat di RS. 	<p>Ketidakstabilan Kadar glukosa Darah.</p>
2.	<p>Data subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan adanya keluhan mual dan muntah - Klien mengatakan sesaat setelah makan sejak 5 hari yang lalu sebanyak 3x /hari - Klien mengatakan tidak nafsu makan - Klien mengatakan BB turun 7 kg dalam 1 bulan - Klien mengatakan adanya Nyeri Pada ulu hati - Klien mengatakan mempunyai Riwayat gastritis <p>Data obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis menahan sakit - BB sebelum 70 Kg - BB sekarang 63 Kg - TD = 130 /80 mmHg - N = 80x /menit - S = 36 °C - RR = 24x /menit - tampak muntah Pasien berwarna hijau keruh, Konsistensi cair 	<p>Defisit Nutrisi</p>

ANALISA DATA

NO.	DATA FOKUS	MASALAH
2.	- Pemeriksaan Penunjang ↳ HB = 8 g/dl ↳ Hematokrit = 29,7 % ↳ Eritrosit = 3,39 mmol ↳ mukosa bibir Kering - tidak ada riwayat alergi	
3.	Data subyektif : - Klien Mengatakan stress dengan Penyakitnya - Klien mengatakan takut bertambah Parah Penyakitnya - Klien datang di temani anak dan keluarganya - Klien mengatakan tidak napsu makan - Klien mengatakan merasa lelah - Klien mengatakan sering buang air kecil terutama di malam hari sebanyak ± 300 cc dengan Frekwensi 9 kali /hari Data obyektif - Klien tampak gelisah - Klien tampak berisik - Klien tampak lemah - Klien tampak pucat - Buang air kecil 9 kali /hari sebanyak ± 300 cc - TD = 130 /80 mmHg - N = 80 x /menit - S = 36 °C - RR = 24 x /menit - Klien tampak bertanya - Klien tampak selalu di dampingi anaknya	Anxietas

Diagnosa Keperawatan

1. Ketidastabilan Kadar glukosa Darah
2. Defisit Nutrisi
3. Ansietas -

RENCANA KEPERAWATAN

No.	Dx. KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL (NOC)	INTERVENSI
1.	Ketidastabilan Kadar glukosa Darah (Hiperqlikemi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan Kadar glukosa tersaji Penurunan dengan kriteria Hasil: a. Kadar glukosa dalam batas Normal b. Kepatuhan Perilaku : Diet sehat c. TTV dalam batas Normal d. Turgor kulit baik e. Capilary Refill baik \leq 2 detik f. HbA1c dalam batas Normal	Managemen Hiperqlikemi 1. Identifikasi kemungkinan Penyebab Hiperqlikemi 2. Monitor Kadar glukosa Darah 3. Monitor tanda dan gejala Hiperqlikemi (mis: Poliuria, Polifagia, Poli dipsy, Kelenahan, malaise, Pandangan Kabur, sakit kepala) 4. Berikan asupan cairan Oral 5. Anjurkan Monitor Kadar glukosa Darah secara mandiri. 6. Kolaborasi Pemberian cairan Intravena 7. Pemberian terapi Komplementer : terapi akupresur.
2.	Defisit Nutrisi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan Defisit nutrisi tidak terjadi dengan kriteria Hasil : a. mual dan muntah berkurang b. napsu makan bertambah c. BB bertambah d. muka lembab e. Nyeri pada daerah ulu hati dapat berkurang / tidak terjadi f. HB, HT, eritrosit dalam batas Normal	1. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 2. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 3. Monitor asupan makanan 4. Monitor berat badan 5. Monitor hasil Pemeriksaan Laboratorium 6. Kolaborasi Pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda Nyeri, antiemetik) 7. Monitor turgor kulit
3.	Ansietas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan Ansietas dapat berkurang dengan kriteria Hasil : a. TTV dalam batas Normal b. muka tampak tidak pucat / kemerahan c. napsu makan bertambah d. Merasa lebih bersemangat e. Dapat menerima keadaan nya	1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (Verbal & Non Verbal). 4. gunakan Pendekatan yang tenang dan Meyakinkan 5. latih Teknik Relaksasi 6. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama. 7. Monitor tanda-tanda vital

IMPLEMENTASI

NO.	HARI/TGL/JAM	IMPLEMENTASI	RESPON PASIEN	PARAF
1.	Rabu 17/07/19 11 ⁰⁰	1. Memonitor tanda -tanda vital	S = - O = TD = 130/80 MMHg N = 80x/menit S = 36°C RR = 24x/menit	g
	11 ¹⁵	2. Memonitor Kadar glukosa Darah	S = - O = GDS = 355 mg/dl	g
	11 ²⁰	3. Memonitor tanda dan gejala Hiperglisemi	S = - Klien mengatakan sering buang air kecil terutama pada malam hari sebanyak 1100 cc, frekwensi 9 kali/hari - Klien mengatakan sering haus, 21x/hari - Klien mengatakan sering kesemutan pada ekstremitas atas - Klien mengatakan mudah lelah O = - buang air kecil sebanyak ± 100 cc, frekwensi 9x/hari - Klien tampak minum 2 botol x 600 ml air mineral - Klien tampak menggerakkan ekstremitas atas - Klien tampak lemas	g
	11 ²⁵	4. Melakukan terapi anupresur	S = - Klien mengatakan sangat menikmati pijatan nya - Klien mengatakan Wangi Aroma Minyak zaitun membuat lebih rileks - Klien mengatakan ingin mencobanya dirumah D = - Klien tampak lebih rileks - Klien tampak lebih tenang	g
	11 ⁵⁰	5. Memonitor Kembali Kadar glukosa Darah	S = - O = GDS 350 mg/dl.	g
		6. Kolaborasi dalam Pemberian cairan intravena	S = - O = - terpasang cairan infus NaCl 0,9% 20 ttt/menit	g

IMPLEMENTASI

NO.	HARI/TGL/JAM	IMPLEMENTASI	RESPON PASIEN	PARAF
2.	Rabu 17/07/19 12 ⁰⁰	1. Mengkaji adanya alergi makanan	S = - Klien mengatakan tidak mempunyai alergi	B
	12 ¹⁰	2. Monitor Asupan Makanan	S = - Klien mengatakan akan mencoba Makan dalam keadaan Hangat dengan porsi sesuai yang diarturkan O = - Klien terlihat Mengerti - Klien terlihat mau mencoba Makanan diberikan anasinya.	B
	12 ¹⁵	3. Monitor adanya Penurunan Berat Badan	S = - Klien mengatakan Berat Badan nya turun 3 kg dalam satu Bulan O = BB sebelum 70 kg BB sekarang 63 kg	B
	12 ²⁰	4. Monitor turgor kulit	S = - O = - Turgor kulit kurang elastis - Mukosa bibir kering	B
	12 ³⁰	5. Monitor mual dan muntah	S = - Klien mengatakan Masih Merasa Mual - Klien mengatakan Masih muntah sebanyak 2 kali O = - Klien tampak Masih Merasa mual - Klien tampak muntah, sebanyak 2 kali, sebanyak ± setengah Kantong Plastik ± 100 ml. - Warna muntah Hbaw kekuningan - Konsistensi cair	B
	12 ⁴⁰	6. Pemberian terapi antiemetik	S = - O = - Ondansetron inj 1x20 mg Via Intravena - Ondansetron inj 1x40 mg Via Intravena	B
3.	Rabu 17/07/19	1. Mengidentifikasi saat tingkat ke cemas / ansietas berubah	S = - Klien mengatakan takut Penyakitnya tambah Parah - Klien mengatakan stress memikirkan Penyakitnya - Klien mengatakan takut jika makan banyak gulanya akan naik. O = - Klien terlihat gelisah - Klien tampak tidak tenang	B

EVALUASI

NO.	HARI/TGL/JAM	EVALUASI	PARAF
1.	Rabu 13/07/19 14 ⁰⁰	<p>S = - Klien mengatakan Masih merasa haus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih sering buang air kecil - Klien mengatakan Rawa Kebab dan kesemutan sudah berkurang - Klien mengatakan Masih terasa lemas <p>O = - Klien tampak minum terus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sudah lebih Riaks - TD = 120 / 90 mmHg, N = 98x/menit, S = 37°C RR = 22x/menit - GDS = 350 mg/dl - Klien tampak menikmati terapi yang di berikan - terpasang infus NaCl 0,9 %, 20 tts /menit <p>A : Ketidakstabilan glukosa darah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi Keperawatan di lanjutkan dengan memonitor Kadar gula darah secara rutin, menerapkan terapi aku Preskir selama di rumah, Menganjurkan Pasien untuk Patuh minum obat.</p>	B
2.	Rabu 17/07/19 19 ⁰⁰	<p>S = - Klien mengatakan mual dan muntah nya sudah mulai berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan akan memonitor BB - Klien mengatakan akan makan tepat waktu dan makan sesuai Diet yang dianjurkan <p>O = - Klien tampak mengerti dengan apa yang di jelaskan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak makan walaupun hanya sedikit - Rawa mual berkurang -BB sebelum 70 kg -BB sesudah 73 kg <p>A: Defisit Nutrisi teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi Keperawatan di lanjutkan dengan melakukan memonitor for BB, Menganjurkan Makan tepat waktu, Mematuhi terapi yang di berikan</p>	B
3.	Rabu 17/07/19 19 ⁰⁰	<p>S = - Klien mengatakan sudah jauh lebih tenang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ikhlas dalam menerima keadaan nya - Klien mengatakan akan lebih menderatkan diri kepada Allah SWT. <p>O = - Klien tampak lebih tenang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tertawa dengan anaknya & keluarga - Klien tampak dapat mengatasi Ansietas nya <p>A : Masalah Ansietas teratasi</p> <p>P : Intervensi di hentikan</p>	B

SISTEMATIKA PENULISAN ASKEP GADAR

A. PENCATATAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT (Di Ruang IGD)

Nama Klien : M.S. No Register : 941320
 Usia : 52 th Tanggal Masuk : 17/07/2019
 Jenis Kelamin : Laki - laki Diagnosa Medik : Diabetes Mellitus Tipe II
 Riwayat Kesehatan: Klien mempunyai Riwayat "Diabetes sejak 4 tahun yang lalu, Klien mempunyai kebiasaan merokok, Klien datang dengan keluhan lemas dan kedinginan pada ekstremitas atas, Klien juga mengatakan seperti gula darahnya sedang naik. Klien mengatakan sudah 2 hari tidak minum obat karena obatnya habis, Klien mengatakan BB turun 3kg dalam 1 bulan, BB sebelum 73 BB sekarang 68kg, Klien mengatakan buang air kecil terus sebanyak 12 kali selama satu hari. Klien mengatakan takut meninggal tiba-tiba.

PENGAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
AIRWAYS (jalan nafas) Sumbatan : <input type="checkbox"/> benda asing <input type="checkbox"/> darah <input type="checkbox"/> bronkospasme <input type="checkbox"/> sputum <input type="checkbox"/> lender	<input type="checkbox"/> actual <input type="checkbox"/> resiko Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d.....			
BREATHING (pernafasan) Sesak, dengan : <input type="checkbox"/> aktivitas <input type="checkbox"/> tanpa aktivitas <input type="checkbox"/> menggunakan	<input type="checkbox"/> actual <input type="checkbox"/> resiko Pola nafas tidak efektif b/d.....			

PENGAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
otot tambahan frekuensi:.....2b x /menit Irama: <input checked="" type="checkbox"/> teratur <input type="checkbox"/> tidak teratur Kedalaman: <input type="checkbox"/> dalam <input type="checkbox"/> dangkal Batuk: <input type="checkbox"/> produktif <input type="checkbox"/> non produktif Sputum: - Warna: - Konsistensi: Bunyi nafas: <input type="checkbox"/> ronchi <input type="checkbox"/> wheezing <input type="checkbox"/> creakles <input type="checkbox"/> snoring	Gangguan pertukaran gas b/d.....			
CIRCULATION (sirkulasi) sirkulasi perifer:	<input type="checkbox"/> actual <input type="checkbox"/> resiko Penurunan curah jantung			

PENGKAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
<p>() muka</p> <p>() tangan atas</p> <p>() tungkai</p> <p>() anasarka</p> <p>Eliminasi dan cairan</p> <p>BAK: <u>2</u> x/hari</p> <p>Jumlah:</p> <p>(<input checked="" type="checkbox"/>) sedikit</p> <p>() banyak</p> <p>() sedang</p> <p>Warna:</p> <p>() kuning jernih</p> <p>() kuning kental</p> <p>() putih</p> <p>Rasa sakit:</p> <p>() ya (<input checked="" type="checkbox"/>) tidak</p> <p>Keluhan sakit pinggang:</p> <p>() ya (<input checked="" type="checkbox"/>) tidak</p> <p>BAB: <u>1</u> x/hari</p> <p>Diare</p> <p>() ya (<input checked="" type="checkbox"/>) tidak</p>	<p>() actual</p>			

PENGKAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
Pencernaan: Kidah kotor: <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak Nyeri: <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> ulu hati <input type="checkbox"/> kuadran kanan <input type="checkbox"/> menyebar <input checked="" type="checkbox"/> tidak Integumen (kulit) terdapat luka <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak Dalam: <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak Pendarahan: <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak				
DISSABILITY Tingkat kesadaran <input checked="" type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> apatis	<input type="checkbox"/> actual <input type="checkbox"/> resiko Gg perfusi jaringan			

PENGKAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
<input type="checkbox"/> somnolen <input type="checkbox"/> stupor <input type="checkbox"/> soporocoma <input type="checkbox"/> koma Pupil <input checked="" type="checkbox"/> isokor <input type="checkbox"/> unisokor <input type="checkbox"/> moosis <input type="checkbox"/> midriasis Reaksi terhadap cahaya Ka: <input checked="" type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> negatif Ki: <input checked="" type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> negatif GCS: E M V = 4/6/5 = 15 Terjadi <input type="checkbox"/> kejang <input type="checkbox"/> pelo <input type="checkbox"/> kelumpuhan/ kelemahan	cerebral b/d.....			

PENGAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
() mulut mencong () afasia () disathria Nilai kekuatan otot: $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$ Reflex Babinsky: Patella: Bisep/trisep: Brudynsky:				

B. RIWAYAT PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL

1. Psikososial

- Komunitas yang diikuti : _____
- Koping : Menerima Menolak Kehilangan Mandiri
- Afek : Gelisah Insomnia Tegang Depresi
- Apatis
- HDR : Emosional Tidak berdaya Rasa bersalah
- Persepsi penyakit : Menerima Menolak
- Hubungan keluarga harmonis : Tidak Ya, orang terdekat :

a. Spiritual

- Kebiasaan keluarga / pasien untuk mengatasi stress dari sisi spiritual :
Menyebutkan Kristiani dan jika datang masalah klien berdoa.

2. KEBUTUHAN EDUKASI

a. Terdapat hambatan dalam pembelajaran :

- Tidak Ya, Jika Ya : Pendengaran Penglihatan Kognitif Fisik
- Budaya Emosi Bahasa Lainnya

Dibutuhkan penerjemah : Tidak Ya,
 Sebutkan.....

Kebutuhan edukasi (pilih topik edukasi pada kotak yang tersedia) : Diagnosa dan manajemen penyakit Obat-obatan / Terapi Diet dan nutrisi Tindakan keperawatan Rehabilitasi Manajemen nyeri Lain-lain, sebutkan

b. Bersedia untuk dikunjungi : Tidak Ya, :
 Keluarga Kerabat Rohaniawan

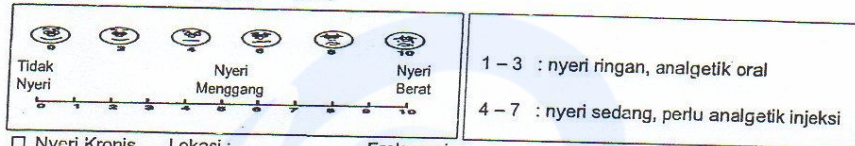
3. RISIKO CEDERA / JATUH (Isi formulir monitoring pencegahan jatuh)
 Tidak Ya, Jika Ya, gelang risiko jatuh warna kuning harus dipasang

4. STATUS FUNGSIONAL (Isi formulir Barthel Index)
 Aktivitas dan Mobilisasi : Mandiri Perlu bantuan, sebutkan

Alat Bantu jalan, sebutkan

Bila terdapat gangguan fungsional, pasien dikonsultasikan ke Rehabilitasi Medis melalui DPJP

5. SKALA NYERI
 Nyeri : Tidak Ya



Nyeri Kronis, Lokasi : Frekuensi : Durasi

Nyeri Akut Lokasi : Frekuensi : Durasi

Score Nyeri (0-10) :

Nyeri Hilang

Minum Obat Istirahat Mendengar Musik Berubah Posisi

Lain-Lain sebutkan

<input type="checkbox"/> Numeric Usia >7 th	<input type="checkbox"/> Wong Baker Face Usia >3 th	<input type="checkbox"/> CRIES Usia 0-6 bln	<input type="checkbox"/> LACC Usia 2 bln - 7 th	<input type="checkbox"/> COMFORT Pasien tidak sadar	Keterangan
A/I: _____	A/I: _____	A/I: _____	A/I: _____	A/I: _____	0 : Tidak Nyeri 1-3 : Nyeri Ringan 4-7 : Nyeri Sedang 8-10 : Nyeri Berat <i>Comfort Pain Scale:</i> 9-18 : Nyeri Terkontrol 19-26 : Nyeri Ringan 27-35 : Nyeri Sedang >35 : Nyeri Berat

Nyeri mempengaruhi:

Tidur Aktivitas Fisik Emosi Nafsu Makan Konstrasi

Lainnya

2. Pengkajian sekunder

Anamnesis

a. Keluhan utama

Dari hasil Pengkajian didapatkan data klien datang dengan keluhan lemas dan kebas pada ekstremitas atas, klien mengatakan tidak nafsu makan sejak 1 minggu sebelum masuk rumah sakit, klien mengatakan seperti gula darahnya naik karena sudah 2 hari tidak minum obat, karena obatnya habis, klien mengatakan adanya mual sejak 1 minggu sebelum masuk RS.

b. Riwayat kesehatan masa lalu

Klien mengatakan menderita DM sejak 4 tahun yang lalu, obat DM yang digunakan Metformin 2x500 mg, klien merupakan perokok aktif pada saat sebelum sakit DM dan peminum kopi akan tetapi sekarang sudah tidak lagi, klien tidak ada riwayat hipertensi dan tuberkulosis.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Dalam keluarga pasien tidak ada yang mempunyai riwayat diabetes,

d. aktivitas / istirahat

Klien merupakan kepala keluarga dalam sehari-harinya klien bekerja pada perusahaan swasta, klien mengatakan pandangan nya sudah mulai kabur dan suka berair terkadang, klien dalam melakukan aktivitas untuk kebutuhan dirinya sendiri seperti makan, hygiene dan eliminasi, klien mengatakan rambut nya sudah mulai rontok akan tetapi tidak banyak, klien dalam satu minggu istirahat nya kurang karena sedang banyak pekerjaan di kantor sehingga pulang nya agak larut, saat pengtangan tekanan darah 120/96 mmHg, Nadi 110x/menit, RR = 20x/menit, S = 37°C klien sangat kooperatif, klien dapat mobisasi ke kamar mandi karena klien tampak lemah.

e. sirkulasi

Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat hipertensi; tanda-tanda vital menunjukkan TD = 120/96 mmHg, Nadi 110x/menit, RR = 20x/menit, S = 37°C

f. integritas ego

Klien mengatakan takut meninggal tiba-tiba, klien tampak gelisah, klien tampak pucat, klien tampak tidak fokus ketika berbicara, klien terlihat tegang, dalam masalah finansial terutama biaya perawatan, klien tidak ada masalah karena biaya perawatan memakai jaminan BPJS, klien datang di temani istrinya saja, klien mengatakan pada saat ini tidak dapat memutar otak keputusan sendiri klien harus berdiskusi dengan keluarganya hal ini yang membuat merasa kuat.

g. Eliminasi

Klien mengatakan BAB 1x setiap hari, karakter feces lunak, BAB terakumulasi

Pada saat dirumah tadi pagi sebelum masuk RS, tidak ada riwayat perdarahan, Haemorrhoid, Konstipasi, Klien mengatakan sering buang air kecil 10-12 kali dalam sehari sebanyak ± 200cc, saat ini Klien di bantu istri dengan menggunakan Pispot. Klien mengatakan Warna Urinya Kuning Jernih

h. Makanan / Cairan

Klien mengatakan Makan seperti biasa makan nasi biasa, serta lauk dan sayur. Makan terakhir 2 hari yang lalu Hupun sangat sedikit sekali cuma 2 sendok makan, biasanya Klien ^{mengatakan} mudah lapar makanya beliau suba ngemil akan tetapi dalam 1 minggu terakhir napsu makan menurun disertai mual, Klien mengatakan mempunyai alergi yaitu Jamur Kuping. Kemampuan mengunyah dan menelan masih baik, BB sebelum 73 Kg sekarang 66 Kg, TB 166 cm, terjadi Penurunan 7/3 Kg selama 1 bulan terakhir, bentuk tubuh tegak, turgor kulit baik, tidak ada edema dan distensi vena jugularis, Kondisi gigi ada yang sudah berlubang, mukosa bibir Kering

i. Neuro sensor

Klien mengatakan kebas pada daerah ekstremitas atas dan bawah, Klien tampak tidak tenang, tidak ada riwayat stroke dan kejang, Penglihatan buram sejak 2 tahun terakhir, Pendengaran normal, status mental terorientasi, kesadaran compos mentis, kooperatif, Klien mengatakan sangat mudah lelah dan lemas, memori saat ini dan yang lalu baik, Reflek menelan baik.

j. Nyeri / Kenyamanan

Klien mengatakan tidak ada Nyeri, Klien tidak mempunyai riwayat gas tritis,

k. Pernapasan

Klien mengatakan tidak ada keluhan batuk dan sesak napas, tidak ada riwayat TB Paru, asma, Pneumonia, Klien tidak menggunakan Oksigen, Pernapasan 20x/menit

l. Keamanan

Kekuatan otot

5/5	5/5
5/5	5/5

m. Interaksi sosial

Klien tinggal bersama anak dan istrinya, saat ini Peran dan struktur keluarga sebagai Kakek dan Orang tua, Interaksi Klien terhadap keluarga dan lingkungan baik, namun sejak mengalami Penurunan dan Rasa lemas serta mudah lelah Klien jarang berinteraksi dengan lingkungan sekitar sehingga pada saat libur bekerja menggunakan waktu untuk bersikap santai, Klien bicara jelas, mudah di mengerti, oleh lawan bicara.

n. Pemeriksaan Penunjang

1. BGS = 260 mg/dl 3. Hgembolbin = 8,1 g/dl Eritrosit = 40,1 mmbl
2. HbA1c = 7% 4. Hematokrit = 30,1 %

D. terapi yang di dapatkan

1. terapi cairan intravena NaCl 0,9 %, 20.tts/menit

2. Mt B 12.

ANALISA DATA

NO.	DATA FOKUS	MASALAH
1.	<p>Data subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan memiliki riwayat diabetes sejak 4 tahun yang lalu - Klien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang mempunyai Penyakit DM - Klien mengatakan bbang air kecil-2 kali Perhari ± 200 cc - Klien mengatakan mudah merasa lelah dan lemas sejak 1 minggu sebelum masuk RS - Klien mengatakan Sering Meau pada daerah ekstremitas - Klien mengatakan mudah merasa lapar sehingga suka ngemil <p>Data obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BS = 260 mg /dl - TD = 120 /90 mmHg - N = 110 x /m - RR = 20x /ment - S = 37°C - HBA1C = 7% - Klien tampak lemas - Klien tampak miris istri mengambil Aspot karena ingi. BAK 	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>
2.	<p>Data subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan adanya mual sejak 2 hari sebelum masuk RS - Klien mengatakan Rambatnya Rontok - Klien mengatakan tidak napsu makan sejak 1 minggu sebelum masuk RS - Klien mengatakan makan terakhir 2 hari - Hb pun hanya 2 sendok makan - Klien mengatakan BB turun 73 kg dalam 1 bulan <p>Data obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mual - BB sebelum 73 kg BB sesudah 66 kg - TD = 120 /90 x /ment S = 37°C - N = 110 x /ment RR = 20x /ment 	<p>Defisit nutrisi</p>

Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakstabilan Kadar glikosa darah
2. Defisit Nutrisi
3. Ansietas

RENCANA KEPERAWATAN

NO.	Dx. KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL (NOC)	INTERVENSI
1.	Ketidakstabilan Kadar glukosa Darah	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam, diharapkan Kadar glukosa terjadi Penurunan dengan Kriteria Hasil : a. Kadar glukosa dalam batas Normal b. Kepatuhan Perilaku : Diet Sehat c. TV dalam batas Normal d. turgor kulit baik e. capillary Refill \leq 2 detik f. HBAC dalam batas Normal.	Managemen Hiperглиkemi 1. Identifikasi kemungkinan Penyebab Hiperглиkemi 2. Monitor Kadar glukosa darah 3. Monitor tanda dan gejala Hiperглиkemi (mis: Poliuria, Polifagia, Polidipsi, kelelahan, mual, Pandangan kabur, sakit Kepala). 4. Berikan asupan cairan oral 5. Anjurkan Monitor Kadar glukosa Darah Secara mandiri 6. Kolaborasi Pemberian Cairan Intravena 7. Pemberian terapi komplementer terapi akupresur.
2.	Defisit Nutrisi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam, diharapkan Kadar glukosa terjadi Penurunan dengan Kriteria Hasil : a. mual dan muntah berkurang b. Napsu makan bertambah c. BB bertambah d. mukosa lembab e. Nyeri Pada daerah ulu hati dapat berkurang tidak terjadi f. HB, Ht, eritrosit dalam batas Normal.	1. Identifikasi alergi dan intoleransi Makanan 2. Identifikasi kebutuhan Kalori dan jenis nutrisi 3. Monitor asupan makanan 4. Monitor Berat Badan 5. Monitor Hasil pemeriksaan Hasil laboratorium. 6. Kolaborasi Pemberian Medikasi Sebelum makan (mis. Pereda Nyeri, anti emetik). 7. Monitor turgor kulit.
3.	Ansietas	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam, diharapkan ansietas dapat berkurang dengan Kriteria Hasil : a. TV dalam batas Normal b. muka tampak tidak pucat kemerahan c. Napsu makan bertambah d. Merasa lebih bersemangat e. Dapat menerima keadaannya	1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: Kondisi, Waktu, stressor) 2. Identifikasi masalah keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (Verbal & Non Verbal) 4. gunakan Pendekatan yg tenang dan meyakinkan 5. yakinkan klien teknik Relaksasi 6. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama 7. monitor tanda-tanda vital

IMPLEMENTASI

NO.	HARI/TGL	IMPLEMENTASI	RESPON PASIEN	PARAF
1.	Rabu /17/07/19	1. memonitor tanda -tanda vital	S = - O = - TD = 120 /90 mmHg - N = 110 X /menit - S = 37 °C - RR = 20 x /menit	B
	14 ¹⁵	2. Memonitor kadar glukosa darah	S = - O = 260 mg /dl	B
	14 ²⁰	3. memonitor tanda dan gejala Ia Hiperglukemi	S = - Klien mengatakan sering buang air kecil, sebanyak ± 200 cc, frekwensi 10 - 12 kali /hari - Klien mengatakan mudah merasa lapar - Klien merasa sering kebay pada daerah ekstremitas atas dan bawah - Klien mengatakan mudah merasa lelah O = - buang air kecil sebanyak ± 200 cc, frekwensi 10 - 12 kali /hari - Klien tampak menggerakkan kaki dan tangan - Klien tampak lemah dan lemas	B
	14 ²⁵	4. melakukan terapi akupresur	S = - Klien mengatakan sangat menikmati pijatan nya - Klien mengatakan minyak zaitun nya membuat lebih tenang - Klien mengatakan akan mencoba di rumah O = - Klien tampak lebih rileks - Klien tampak lebih tenang	B
	14 ⁵⁰	5. memonitor kembali kadar glukosa darah	S = - O = 250 mg /dl	B
		6. Kolaborasi dalam pemberian cairan intravena	S = - O = - terpasang cairan infus NaCl 0,9 % 20 tts /menit	B

IMPLEMENTASI

NO.	HARI / TGL	IMPLEMENTASI	RESPON PASIEN	PARAF
2.	Rabu / 17/07/19	1. Mengkaji adanya alergi makanan	S = Klien mengatakan mempunyai alergi O = - alergi jamur kuping	g
		15 ⁰⁰		
	15 ¹⁰	2. Monitor asupan makanan	S = Klien akan mencoba makan sedikit agar tidak lemas O = - Klien terlihat mau mencoba Makan Walaupun sedikit. - Klien tampak disuapi oleh istrinya	g
	15 ¹⁵	3. Monitor adanya Penurunan BB	S = -Klien mengatakan berat badannya turun sebanyak 7/3 kg dalam satu bulan O = BB sebelum 73 kg BB sekarang 66 kg	g
15 ²⁰	4. Monitor turgor Kulit	S = - O = -turgor Kulit baik - Mukosa bibir Kering - Klien tampak Pucat	g	
15 ³⁰	5. Monitor mual dan muntah	S = -Klien mengatakan Masih merasa mual - Klien mengatakan masih tidak nafsu makan O = -Klien tampak terlihat masih mual - Klien terlihat lemas	g	
15 ⁴⁰	6. Pemberian terapi	S = - O = Vit B 12	g	
3.	Rabu / 17/07/19	1. mengidentifikasi saat tingkat kecemasan /anxiety berubah	S = -Klien mengatakan takut meinggal tiba-tiba -Klien mengatakan stres dengan pe nyakit nya. O = -Klien terlihat gelisah - Klien tampak tidak Fokus ketika bicara - Klien tampak tidak tenang	g
		15 ⁰⁵		
	15 ⁰⁵	2. Mengidentifikasi Kemampuan mengambil keputusan	S = - -Klien mengatakan dalam mengambil keputusan saat ini diskusi terlebih dahulu dg anak dan istrinya.	g

EVALUASI

NO.	HARI / TGL	EVALUASI	PARAF
1.	Rabu 17/07/19 15 ⁰⁰	<p>S = -Klien mengatakan masih merasa mual akan tetapi sudah sedikit berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengatakan masih sering buang air kecil -Klien mengatakan masih terasa kebas pada daerah epiorbita atas dan bawah -Klien mengatakan Rasa lemas nya mulai berkurang <p>O = - Klien tampak lebih Riak</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD = 120 x 180 mmHg N = 100 x /menit S = 37°C RR = 22 x /menit - Klien tampak menikmati terapi yang di berikan - terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tts /menit <p>A : Ketidastabilan glukosa darah teratasi sebagian</p> <p>P = Intervensi Keperawatan di lanjutkan dengan memonitor kadar gula darah secara rutin, menerapkan terapi akupresur selama di rumah, menganjurkan Pasien Patuh minum obat.</p>	S
2.	Rabu 17/07/19 15 ⁰⁰	<p>S = -Klien mengatakan mual nya sudah berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengatakan nafsu makan sudah mulai membaik -Klien mengatakan akan memonitor BB -Klien mengatakan akan makan tepat waktu sesuai dengan Diet yang di anjurkan <p>O = - Klien tampak mengerti dengan apa yang di jelaskan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak makan walaupun hanya sedikit - Klien terlihat lebih segar <p>A = Defisit Nutrisi teratasi sebagian</p> <p>P = Intervensi Keperawatan di lanjutkan dengan memonitor BB, Menganjurkan makan tepat waktu, mematuhi terapi yg diberikan</p>	S
3.	Rabu 17/07/19 15	<p>S = - Klien mengatakan sudah jauh lebih tenang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan akan lebih sabar dengan kondisinya - Klien akan lebih rutin ke gereja <p>O = - Klien tampak lebih tenang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sudah mau berbicara banyak - Klien tampak dapat mengatasi ansietas nya <p>A = masalah ansietas teratasi</p> <p>P = intervensi di hentikan</p>	S

SISTEMATIKA PENULISAN ASKEP GADAR

A. PENCATATAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT (Di Ruang IGD)

Nama Klien : Ny.S No Register : 897193
 Usia : 54 th Tanggal Masuk : 17/07 2019
 Jenis Kelamin : Pemewan Diagnosa Medik : Diabetes Mellitus Tipe II

Riwayat Kesehatan: Klien mempunyai Riwayat Diabetes sejak 7 tahun yang lalu, dalam keluarga ibunya mempunyai Penyakit yang sama, Klien datang dengan keluhan muntah 2 kali sebanyak setengah gayung, muntah, Klien mengatakan badan nya terasa lemas setelah muntah, Klien mengatakan tidak nafsu makan, Klien mengatakan suka pipis sebanyak 10 kali dalam sehari, Klien mengatakan BB turun sebanyak 10 kg dalam 2 bulan, Klien mengatakan rajah gelisah karena meropatkan keluarganya, Klien mengatakan sudah lelah minum obat terus, Klien tampak terd

PENGAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
AIRWAYS (jalan nafas) Sumbatan : <input type="checkbox"/> benda asing <input type="checkbox"/> darah <input type="checkbox"/> bronkospasme <input type="checkbox"/> sputum <input type="checkbox"/> lender	<input type="checkbox"/> actual <input type="checkbox"/> resiko Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d.....			
BREATHING (pernafasan) Sesak, dengan : <input type="checkbox"/> aktivitas <input type="checkbox"/> tanpa aktivitas <input type="checkbox"/> menggunakan	<input type="checkbox"/> actual <input type="checkbox"/> resiko Pola nafas tidak efektif b/d.....			

PENGAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
otot tambahan frekuensi: 100x/menit ²² Irama: <input checked="" type="checkbox"/> teratur <input type="checkbox"/> tidak teratur Kedalaman: <input type="checkbox"/> dalam <input type="checkbox"/> dangkal Batuk: <input type="checkbox"/> produktif <input type="checkbox"/> non produktif Sputum: - Warna: - Konsistensi: Bunyi nafas: <input type="checkbox"/> ronchi <input type="checkbox"/> wheezing <input type="checkbox"/> creakles <input type="checkbox"/> snoring	Gangguan pertukaran gas b/d.....			
CIRCULATION (sirkulasi) sirkulasi perifer:	<input type="checkbox"/> actual <input type="checkbox"/> resiko Penurunan curah jantung			

PENGKAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
<input type="checkbox"/> muka <input type="checkbox"/> tangan atas <input type="checkbox"/> tungkai <input type="checkbox"/> anasarka Eliminasi dan cairan BAK: ...x/hari Jumlah: <input checked="" type="checkbox"/> sedikit <input type="checkbox"/> banyak <input type="checkbox"/> sedang Warna: <input checked="" type="checkbox"/> kuning jernih <input type="checkbox"/> kuning kental <input type="checkbox"/> putih Rasa sakit: <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak Keluhan sakit pinggang: <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak BAB: ...x/hari Diare <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak	<input type="checkbox"/> actual			

PENGKAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
Pencernaan: Kidah kotor: <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak Nyeri: <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> ulu hati <input type="checkbox"/> kuadran kanan <input type="checkbox"/> menyebar <input checked="" type="checkbox"/> tidak Integumen (kulit) terdapat luka <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak Dalam: <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak Pendarahan: <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak				
DISSABILITY Tingkat kesadaran <input checked="" type="checkbox"/> Lem <input type="checkbox"/> apatis	<input type="checkbox"/> actual <input type="checkbox"/> resiko Gg perfusi jaringan			

PENGKAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
<input type="checkbox"/> somnolen <input type="checkbox"/> stupor <input type="checkbox"/> soporocoma <input type="checkbox"/> koma Pupil: <input checked="" type="checkbox"/> isokor <input type="checkbox"/> unisokor <input type="checkbox"/> moosis <input type="checkbox"/> midriasis Reaksi terhadap cahaya Ka: <input checked="" type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> negatif Ki: <input checked="" type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> negatif GCS: E M V = 4/6,5 = 15 Terjadi <input type="checkbox"/> kejang <input type="checkbox"/> pelo <input type="checkbox"/> kelumpuhan/ kelemahan	cerebral b/d.....			

PENGAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF				
() mulut mencong () afasia () disathria Nilai kekuatan otot: <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> Reflex Babinsky: Patella: Bisep/trisep: Brudynsky:	5	5	5	5				
5	5							
5	5							

B. RIWAYAT PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL

1. Psikososial

- Komunitas yang diikuti : Klien mengatakan suka mengikuti pengajaran
- Koping : Menerima Menolak Kehilangan Mandiri
- Afek : Gelisah Insomnia Tega Depresi
- Apatis
- HDR : Emosional Tidak berdaya Rasa bersalah
- Persepsi penyakit : Menerima Menolak
- Hubungan keluarga harmonis : Tidak Ya, orang terdekat :

a. Spiritual

- Kebiasaan keluarga / pasien untuk mengatasi stress dari sisi spiritual :
Klien seorang muslim, klien taat dalam beribadah

2. KEBUTUHAN EDUKASI

a. Terdapat hambatan dalam pembelajaran :

- Tidak Ya, Jika Ya : Pendengaran Penglihatan Kognitif Fisik
- Budaya Emosi Bahasa Lainnya

Dibutuhkan penerjemah : Tidak Ya,
Sebutkan.....

Kebutuhan edukasi (pilih topik edukasi pada kotak yang tersedia) : Diagnosa dan manajemen penyakit Obat-obatan / Terapi Diet dan nutrisi Tindakan keperawatan..... Rehabilitasi Manajemen nyeri
 Lain-lain, sebutkan

b. Bersedia untuk dikunjungi : Tidak Ya, :
 Keluarga Kerabat Rohaniawan

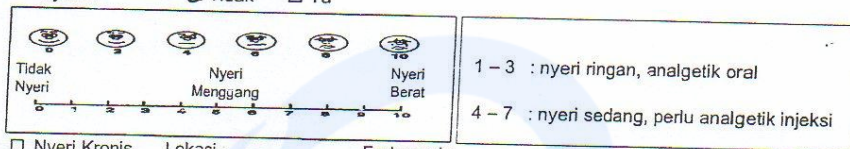
3. RISIKO CEDERA / JATUH (Isi formulir monitoring pencegahan jatuh)
 Tidak Ya, Jika Ya, gelang risiko jatuh warna kuning harus dipasang

4. STATUS FUNGSIONAL (Isi formulir Barthel Index)
 Aktivitas dan Mobilisasi : Mandiri Perlu bantuan, sebutkan

Alat Bantu jalan, sebutkan

Bila terdapat gangguan fungsional, pasien dikonsultasikan ke Rehabilitasi Medis melalui DPJP

5. SKALA NYERI
 Nyeri : Tidak Ya



Nyeri Kronis, Lokasi : Frekuensi : Durasi

Nyeri Akut Lokasi : Frekuensi : Durasi

Score Nyeri (0-10) :
 Nyeri Hilang
 Minum Obat Istirahat Mendengar Musik Berubah Posisi
 Lain-Lain sebutkan.....

<input type="checkbox"/> Numeric Usia >7 th	<input type="checkbox"/> Wong Baker Face Usia >3 th	<input type="checkbox"/> CRIES Usia 0-6 bln	<input type="checkbox"/> FLACC Usia 2 bln - 7 th	<input type="checkbox"/> COMFORT Pasien tidak sadar	Keterangan
A/I: _____	A/I: _____	A/I: _____	A/I: _____	A/I: _____	0 : Tidak Nyeri 1-3 : Nyeri Ringan 4-7 : Nyeri Sedang 8-10 : Nyeri Berat <i>Comfort Pain Scale:</i> 9-18 : Nyeri Terkontrol 19-26 : Nyeri Ringan 27-35 : Nyeri Sedang >35 : Nyeri Berat

Nyeri mempengaruhi:
 Tidur Aktivitas Fisik Emosi Nafsu Makan Konstrasi
 Lainnya.....

2. Pengkajian sekunder

Anamnesis

a. Keluhan utama

Dari hasil Pengkajian di dapatkan data klien datang dengan keluhan muntah 2 kali sebanyak setengah gayung mandi t. 250 cc sesai tadi pagi sebelum masuk RS, klien mengatakan kepalanya pusing dan badan terasa lemas setelah muntah di kamar mandi klien mengatakan tidak nafsu makan sejak 2 hari yang lalu

b. Riwayat Kesehatan Madya lalu

Klien mengatakan menderita DM sesai 7 tahun yang lalu, obat yang di minum metformin 2x 500 mg, klien mengatakan tidak mempunyai riwayat hipertensi, klien hanya mempunyai ayam urut satu.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Dalam keluarga pasien ada yang mempunyai riwayat Diabetes Mellitus

d. aktivitas / istirahat

Klien merupakan seorang ibu dan dalam keseharian klien bekerja di kementerian, klien mengatakan Pandangannya sudah mulai rabur sejak 3 tahun terakhir, klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti makan, hygiene dan eliminasi klien melakukan sendiri, klien mengatakan sudah mulai berotak-otakan tetapi tidak banyak, klien mengatakan sudah satu bulan ini sangat sulit konsentrasi dalam pekerjaan saat Pengkajian tekanan 150 / 90 mmHg, N = 100x / menit, S = 36,5 RR = 22x / menit Klien sangat kooperatif, klien tidak dapat mobilisasi ke kamar mandi karena klien tampak lemah

e. Sirkulasi

Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat hipertensi, Tanda - Tanda vital menunjukkan TD : 150 / 90 mmHg, N = 100x / menit, S = 36,5°C RR = 22x / menit

f. Integritas / ego

Klien mengatakan sudah sangat lelah minum obat terus, klien mengatakan stres jika memikirkan penyakitnya, klien tampak pucat, klien tampak lemas, klien tampak gelisah, klien tampak tidak fokus ketika di ajak bicara, dalam masalah finansial terutama biaya perawatan memakai jaminan BPJS, klien datang dengan di temani anaknya, klien mengatakan pada saat ini sulit memutuskan keputusan sendiri, klien harus berdiskusi dengan anak dari keluarga nya Hal ini yang membuat merasa kuat.

g. eliminasi

Klien mengatakan BAB 1x / hari, konsistensi lunak, BAB terakhir pada pagi tadi

Pada saat di rumah sebelum masuk RS, tidak ada riwayat Perdarahan, Haemorroid, Konstipasi, Klien mengatakan sering buang air kecil sebanyak 10 kali, sebanyak ± 150 cc /hari, saat ini klien di bantu oleh anak nya dengan menggunakan Pspot Klien mengatakan Warna Urin nya kuning jernih

h. Makanan / cairan

Klien mengatakan makan seperti biasa, makan nasi biasa serta lauk dan sayur. Makan terakhir 1 hari yang lalu Hupn hanya sedikit sekitar cuma 2 sendok makan, Klien mengatakan biasanya makan seperti biasa akan tetapi sudah 1 minggu ini napsu makan berkurang, Klien mengatakan tidak mempunyai alergi, Kemampuan mengunyah dan menelan masih baik, Klien mengalami Penurunan BB sebanyak 10 Kg dalam 2 bulan terakhir BB sebelum 85 kg BB sekarang 72 kg, bentuk tubuh tegak, tunggor kulit baik, tidak ada edema tidak ada distensi dutensi, Vena Jugularis, tidak ada edema, Kondisi gigi ada yang sudah berlubang, Mukosa bibir kering

i. Neurosensori

Klien mengatakan sering Kelematan Pada Jajaran ekstremitas atas, Klien tampak tidak tenang, tidak ada riwayat Stroke dan kejang, Pandangan kubur sejak 3 tahun terakhir, Pendengaran normal, status mental terorientasi, kesadaran Compu mentis, Kooperatif, Klien mengatakan sangat mudah lelah dan lemas, memori saat ini dan lalu baik, Reflek menelan baik.

j. Nyeri / Kenyamanan

Klien mengatakan tidak ada Nyeri, Klien hanya mengeluh Pusing setelah muntah

k. Pernapasan

Klien mengatakan tidak ada Kelelahan batuis dan sesak napas, tidak ada riwayat TB Paru, asma dan Pneumonia, Klien tidak menggunakan oksigen, Pernapasan 22x/mnt

l. Keamanan

Kepuasan otor $\frac{555}{4444} | \frac{555}{4444}$

m. Interaksi sosial

Klien tinggal bersama anak dan suaminya, Saat ini Peran dan struktur Keluarga nenek dan orang tua, Interaksi Klien terhadap Keluarga dan lingkungan baik, Namun sejak Klien sering merasa lemas dan gampang capek, Klien enggan untuk keluar rumah waktu libur benar-benar di pakai Istirahat kecuali ada acara keluarga atau kegiatan di lingkungan rumah, Klien bicara jelas, mudah di mengerti oleh lawan bicara

n. Pemeriksaan Penunjang

1. G₆ = 350 mg 3. HB = 7,9 g/dl 5. eritrosit = 42/1 mmol
2. HBAC = 6,5% 4. H_T = 28,9%

0. terapi yang diberikan

a. terapi intravena NaCl 0/9 % 20 tts /menit.

b. Omeprazol inj 1x 20 mg via intravena

c. Ondansetron inj 1x 40 mg via intravena

ANALISA DATA

NO.	DATA FOKUS	MASALAH
1.	<p>Data subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan memiliki riwayat Diabetes sejak 7 tahun yang lalu - Klien mengatakan ibunya mempunyai riwayat Diabetes Mellitus - Klien mengatakan muntah ± 250cc sebanyak 3 kali - Klien mengatakan buang air air kecil 10x Hari ± 150 cc - Klien mengatakan sering ketas pada ekstremitas atas - Klien mengatakan kepala nya Pusing setelah muntah tadi - Klien mengatakan merasa lemas - Klien mengatakan merasa tidak berdaya <p>Data obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - SPS = 350 mg/dl S = 36,5% - TD = 150/90 mmHg - N = 100 x/menit - RR = 22x/menit - HbA1c = 6,5 % - Klien tampak lemas - Klien tampak memegang kepalanya - Klien tampak meminum airnya mengambil Pispor untuk BAK 	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
2.	<p>Data subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan adanya muntah ± 250cc sebanyak 2x sejak tadi pagi sebelum masuk RJ. - Klien mengatakan napsu makan berkurang sejak 2 hari yang lalu - Klien mengatakan BB turun 10 kg dalam 2 bulan terakhir <p>Klien</p> <p>Data obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mual - BB sebelum 82 kg sekarang 72 kg - TD = 150/90 mmHg - N = 100 x/menit 	Defisit Nutrisi

ANALISA DATA

No.	DATA FOKUS	MASALAH
2.	<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tidak mau makan - mukosa bibir kering - Klien tampak pucat - Pemeriksaan Perunjang g HB : 7,9 g/d g eritrosit = 42,1 g HT : 28,9 g 	
3.	<p>Data subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah sangat lelah minum obat terus - Klien mengatakan stress jika memi Kirlian Penyakitnya - Klien mengatakan merasa tidak berdaya - Klien mengatakan kepalaanya pusing - Klien mengatakan Kuning, benson traji kurang - Klien mengatakan sering buang air kecil sebanyak 150cc dg frek wensi 10x / Hari - Klien mengatakan tidak napsu makan <p>Data obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak gelisah - Klien tampak berisikngan - Klien tampak pucat - Klien tampak lemah - mukosa bibir kering - Buang air kecil 10x / Hari ± 150cc - Klien tampak bingung - TD = 150 / 90 mmHg - N = 100x / menit - RR = 22x / menit - S = 36,5°C 	<p>Ansietas</p>

Diagnosa Keperawatan

1. Ketidastabilan kadar glukosa darah
2. Defisit Nutrisi
3. Ansietas

Rencana Keperawatan

NO	Dx. KEPERAWATAN	Tujuan & KRITERIA HASIL (NOC)	INTERVENSI
1.	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan kadar glukosa terjadi penurunan dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Kadar glukosa dalam batas normal b. Kepatuhan perilaku : Diet sehat c. TTU dalam batas normal d. Turgor kulit baik e. Capillary Refill \leq 2 detik f. HbA1c dalam batas normal</p>	<p>Managemen Hiperalkemi</p> <p>1. Identifikasi kemungkinan Penyebab Hiperalkemi 2. Monitor Kadar Glukosa darah 3. Monitor tanda dan gejala Hiperalkemi (mis : Polifagia, Polidipsi, kelelahan, Malaise, Pandangan Kabur Sakit Kepala) 4. Berikan Asupan Cairan oral 5. Anjurkan Monitor Kadar Glukosa Darah secara Mandiri 6. Kolaborasi Pemberian cairan Intraven. 7. Pemberian terapi komplementer terapi akupresur.</p>
2.	Defisit Nutrisi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan Kadar glukosa terjadi Penurunan dengan Kriteria Hasil:</p> <p>a. Mual dan Muntah berkurang b. Napsu makan bertambah c. BB bertambah d. Mukosa lembab e. Nyeri pada daerah uluhati dapat berkurang / tidak terjadi f. Hb, Ht, eritrosit dalam batas normal.</p>	<p>1. Identifikasi alergi dan Intoleransi makanan 2. Identifikasi kelebihan kalori dan jenis nutrien 3. Monitor asupan makanan 4. Monitor berat badan 5. Monitor hasil Pemeriksaan Hasil laboratorium 6. Kolaborasi Pemberian Medikasi sebelum makan (Mis : Pereda nyeri, anti emetik). 7. Monitor turgor Kulit</p>
3.	Ansietas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan ansietas dapat berkurang dengan : kriteria hasil:</p> <p>a. Iw dalam batas normal b. Muka tampak tidak pucat ^{keperawatan} c. Napsu makan bertambah d. Merasa lebih bersemangat e. Dapat menerima Keadaannya</p>	<p>1. Identifikasi Saat tingkat ansietas berubah (Mis : Kondisi, waktu, Stress 2. Identifikasi penyebab Kepuasan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal & non Verbal) 4. Gunakan Pendekatan yg terang dan ^{melakiri}kan 5. latih teknik Relaksasi 6. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama 7. Monitor tanda-tanda vital</p>

IMPLEMENTASI

NO	HARI / TGL	IMPLEMENTASI	RESPON PASIEN	PARAF
1.	Rabu 17/07/19 15 ⁰⁰	1. Memonitor tanda-tanda vital	S = - O = TD = 150 / 90 mmHg -N = 160x / menit -RR = 22x / menit -S = 36,5 °C	g
	15 ¹⁵	2. memonitor kadar glukosa darah	S = - O = BDs 350 mg / dl	g
	15 ²⁰	3. memonitor tanda dan gejala hiperglikemi	S = - Klien mengatakan sering buang air kecil sebanyak ± 150 cc dalam Frek wensi 10 kali - Klien mengatakan sering kebas pada ekstremitas atas - Klien mengatakan merasa lemas - Klien mengatakan kepalanya pusing setelah muntah tadi O = buang air kecil sebanyak 150cc dg frekwensi 10x / hari - Klien tampak lemas - Klien tampak menggerakkan ekstremitas	g
	15 ²⁵	4. melakukan terapi asupre sur.	S = - Klien mengatakan lebih Riaks dg Pjatan nya - Klien mengatakan akan mencoba dirumah O = - Klien tampak lebih Riaks - Klien tampak lebih tenang	g
	15 ⁵⁰	5. memonitor kembali kadar glukosa darah	S = - O = - BDs = 340 mg / dl	g
		6. Kolaborasi dalam Pemberian cairan Intra Vena	S = - O = terpasang infus NaCl 0,9% 20 ttr / menit	g

IMPLEMENTASI

NO.	HARI/TEL	IMPLEMENTASI	RESPON PASIEN	PARAF
2.	Rabu 16 ⁰⁰	1. Mengkaji adanya alergi	S = -Klien mengatakan tidak mempunyai alergi O = -	
		2. Monitor asupan makanan	S = -Klien akan mencoba Makan walaupun sedikit O = - Klien terlihat mencoba makan makanan yang diberikan walaupun hanya 1 sendok makan - Klien tampak masih lemas	
		3. Monitor adanya penurunan BB	S = -Klien mengatakan BB turun 10 Kg dalam 2 bulan terakhir O = BB sebelum 85 kg, BB sekarang 72kg	
		4. Monitor turgor kulit	S = - O = - turgor kulit baik - Mukosa bibir Kering - Klien tampak pucat	
		5. Monitor mual & muntah	S = -Klien mengatakan masyuk makan nyuk makan masih belum bertambah - Klien mengatakan muntahnya masih ada O = - Klien tampak masih merasa mual - Klien tampak muntah sebanyak 2 kali + 150 ml dalam kantong plastik - Warna muntah hijau kekuningan - Konsistensi cair	
		6. Pemberian terapi antiemetik	S = - O = - Ondansetron inj 1x20 mg Via Intravena - Ondansetron inj 1x40 mg Via Intravena	
3.	Rabu 17/07/19 15	1. Mengidentifikasi saat tingkat kecemasan /ansietas berubah	S = Klien mengatakan sangat lelah minum obat terus Klien mengatakan stress jika memiliki pikiran nya. O = - Klien tampak gelisah - Klien tampak tidak fokus ketika diajak bicara - Klien tampak lemas	

EVALUASI

NO.	HARI / TGL	EVALUASI	PARAF
1.	Rabu 17/09/19 16 ⁰⁰	<p>S = -Klien mengatakan masih sering buang air kecil</p> <p>-Klien mengatakan Rayu Rebas masih terasa di daerah ekstremitas</p> <p>-Klien mengatakan masih terasa lemas</p> <p>-Klien mengatakan masih merasa pusing</p> <p>O = -Klien tampak sudah lebih segar / Riaks</p> <p>-Klien tampak ke - buang air kecil mengu- halkan pipot</p> <p>- TD = 130 / 80 mmHg</p> <p>- S = 36°C</p> <p>N = 90x /menit</p> <p>RR = 20x /menit</p> <p>-Klien tampak menismati terapi yang diberikan</p> <p>-DDJ = 350 mg /di</p> <p>-terpasang infus NaCl 0,9 % 20 ml/menit</p> <p>A : ketidakstabilan glukosa Darah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi keperawatan di lanjutkan dengan memonitor kadar gula darah secara rutin, menerapkan terapi asupres selama di rumah, menganjurkan pasien y patuh minum obat</p>	S
2.	Rabu 17/09/19 16 ⁰⁰	<p>S = -Klien mengatakan muntah nya sudah tidak ada</p> <p>-Klien mengatakan akan memonitor BB</p> <p>-Klien mengatakan napsu makan sudah bertambah</p> <p>O = - mukosa bibir lembab</p> <p>-Klien tampak makan walaupun hanya sedikit</p> <p>-Klien tampak mengerti dengan apa yang di jelaskan</p> <p>A = -Defisit nutrisi teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi di lanjutkan dengan melaksanakan memonitor BB, menganjurkan makan tepat waktu mematuhi terapi yang diberikan</p>	S
3.	Rabu 17/09/19 16 ⁰⁰	<p>S : -Klien mengatakan sudah jauh lebih tenang</p> <p>-Klien mengatakan sudah merasa lebih dg Penyakit nya</p> <p>O = -Klien tampak lebih tenang</p> <p>-Klien tampak tertawa dengan - analisisnya</p> <p>-Klien tampak gupat mengatasi masalah nya</p> <p>A = Masalah teratasi</p> <p>P = intervensi di hentikan</p>	S