



LAMPIRAN

Lampiran 1. Standar Operasional Prosedur (SOP)

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) RELAKSASI AUTOGENIK		
1.	PENGERTIAN	Relaksasi autogenik adalah teknik relaksasi yang berfokus pada pengaturan pernapasan dan relaksasi otot untuk mengurangi stres dan meningkatkan keseimbangan fisiologis tubuh (Gemini & Novitri, 2022).
2.	TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui perbedaan antara kadar gula darah sebelum dan setelah meditasi 2. Mengetahui gambaran perubahan kadar gula darah 3. Mengetahui berapa besar pengaruh meditasi pada penderita diabetes mellitus
3.	INDIKASI	Menurut Abdullah <i>et al.</i> , (2021) indikasi relaksasi autogenik yaitu: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang mengalami diabetes mellitus 2. Pasien yang sering mengalami stress 3. Pasien dengan kecemasan
4.	PERSIAPAN KLIEN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam, perkenalan diri, dan identifikasi klien dengan memeriksa identitas klien dengan cermat 2. Atur posisi klien sehingga merasakan aman dan nyaman 3. Cek gula darah klien
5.	PERSIAPAN ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Glukometer/alat cek gula darah 2. Lembar observasi
CARA KERJA		
	FASE ORIENTASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beritahu klien bahwa tindakan akan segera dimulai 2. Cek alat-alat yang akan digunakan 3. Melakukan kontrak waktu untuk tindakan yang akan dilakukan
	FASE KERJA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan 2. Ciptakan lingkungan yang nyaman 3. Posisikan pasien rileks dan nyaman 4. Latihan diawali dengan memejamkan mata 5. Mensugesti berat atau beban pada kedua kaki kemudian perlahan lahan merasakan ringan 6. Tarik napas dalam dan menghembuskan napas dan mengucapkan kalimat istighfar seperti “astaghfirullahaladzim” diulang sebanyak 3 kali 7. Masih memejamkan mata dan mensugesti kedua lengan terasa berat, kemudian perlahan-lahan merasakan ringan 8. Tarik napas dalam dan menghembuskan napas dan mengucapkan “tubuh saya kuat, tubuh saya sehat” diulang sebanyak 3 kali

		<p>9. Mata masih dalam keadaan terpejam dan merasakan berat di bagian kedua pundak, kemudian perlahan lahan merasa ringan</p> <p>10. Tarik napas dalam dan menghembuskan napas sambil mengucapkan “tubuh saya kuat, tubuh saya sehat” diulang sebanyak 3 kali</p> <p>11. Membuka mata secara perlahan-lahan</p> <p>12. Mengukur tekanan darah setelah dilakukan intrevensi relaksasi autogenic</p> <p>13. Mencuci tangan setelah melakukan tindakan</p> <p>14. Mendokumentasikan hasil gula darah sebelum dan setelah dilakukan intervensi</p>
	FASE TERMINASI	<p>1. Kaji respon klien setelah mengungkapkan perasaannya</p> <p>2. Cek gula darah klien</p> <p>3. Buat kontrak selanjutnya</p> <p>4. Akhiri kegiatan dengan baik dan beri <i>reinforcement</i> positif</p>
	HASIL	Dokumentasikan nama tindakan, tanggal, jam tindakan, hasil yang diperoleh, respon klien selama tindakan, nama dan paraf perawat
	HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN	Kenyamanan dan kekuatan kondisi fisik klien harus selalu dikaji untuk mengetahui keadaan klien selama prosedur

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, V. I., Ikraman, R. A., & Harlina, H. (2021). Pengaruh Penerapan Teknik Relaksasi Autogenik terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Primigravida. *QUALITY: Jurnal Kesehatan*, 15(1).
- Gemini, S., & Novitri, W. (2022). Penerapan Relaksasi Autogenik Mengatasi Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Lansia Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 : Studi Kasus. *Ahmar Metastatis Health Journal (AMHJ)*, 2(3), 113–117.
<https://doi.org/https://doi.org/10.53770/amhj.v2i3.145>

Lampiran 2. Asuhan Keperawatan

**ASUHAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN NY. S DENGAN DIABETES MELLITUS TIPE 2
DI RUANG FLAMBOYAN RSUD PREMBUN**



Disusun Oleh :

Maulina Lulu Issyifa

(41111241050)

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP
TAHUN 2025**

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

I. Identitas

A. Identitas Klien :

1. Nama : Ny. S (P/E)
2. Tempat/tanggal lahir : Kebumen, 1 Juli 1960
3. Golongan darah : B
4. Pendidikan terakhir : SD
5. Agama : Islam
6. Suku : Jawa
7. Status perkawinan : Kawin
8. Pekerjaan : Tidak bekerja
9. Alamat : Prebutan, 01/03, Petukrejo, Bonorowo, Kebumen
10. Diagnosa medik : *Unspecified Diabetes Mellitus without complications*

B. Identitas Penanggung Jawab :

1. Nama : Tn. W
2. Umur : 40 tahun
3. Jenis kelamin : L
4. Agama : Islam
5. Suku : Jawa
6. Hubungan dengan klien : Anak
7. Pendidikan terakhir : SMP
8. Alamat : Prebutan, 01/03, Petukrejo, Bonorowo, Kebumen

II. Status Kesehatan

A. Status kesehatan saat ini

1. Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama :
Keluhan utama : Pasien mengeluh lemas.
Alasan masuk RS : Pasien mengeluh lemas dan nafsu makannya menurun. Pasien juga mengatakan ada luka di kaki bagian ibu jari, sudah 2 minggu belum sembuh sehingga pasien merasa cemas.
2. Faktor pencetus :
Pasien mengatakan tidak menyadari lukanya muncul karena apa. Pasien sudah periksa ke Puskesmas tetapi tidak kunjung membaik.
3. Lamanya keluhan :
Pasien mengatakan sudah menderita DM sejak 3 tahun terakhir, luka di kakinya sejak 2 minggu terakhir.
4. Timbulnya keluhan : () bertahap (v) mendadak
5. Faktor yang memperberat :
Pasien mengatakan masih sering mengonsumsi makanan dan minuman yang manis-manis

B. Status kesehatan masa lalu :

1. Penyakit yang pernah dialami (kaitkan dengan penyakit sekarang) :
Pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengan dirinya, pasien mengatakan punya riwayat hipertensi
2. Kecelakaan :
Pasien menyangkal pernah mengalami kecelakaan

C. Pernah dirawat :

1. Penyakit : tidak ada
2. Waktu : tidak ada
3. Riwayat operasi : tidak ada

III. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik**A. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan**

1. Persepsi tentang kesehatan diri
Pasien mengatakan jika sehat itu penting
2. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya
–Pasien mengatakan pemahamannya terkait penyakitnya tidak terlalu banyak
–Pasien mengatakan biasanya jika tubuhnya sakit hanya diobati dengan istirahat atau mengonsumsi obat yang ada di rumah
3. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
 - a. Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat?
Pasien mengatakan masih sering mengonsumsi makanan dan minuman yang manis
 - b. Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi
Pasien mengatakan dirinya berobat/memeriksakan diri jika ada keluhan saja
 - c. Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
 - 1) Yang dilakukan bila sakit
Pasien berobat ke puskesmas terdekat atau membeli obat di Apotek
 - 2) Kemana pasien biasa berobat bila sakit
Pasien mengatakan dirinya sudah jarang kontrol ke Puskesmas
 - 3) Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/rokok/alkohol/kopi/kebiasaan olahraga)
Merokok : (-) pak/hari lama : (-) tahun
Alkohol : (-) lama : (-) tahun
Kebiasaan olah raga, jenis : (-), frekuensi : (-)

No	Obat/jamu yang biasa dikonsumsi	Dosis	Keterangan
-	-	-	-

- d. Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan
- 1) Penghasilan : Pasien mengatakan biasanya dapat rezeki dari anak-anaknya ± 500.000 /bulan
 - 2) Asuransi/jaminan kesehatan : BPJS PBI
 - 3) Keadaan lingkungan tempat tinggal : pasien mengatakan kondisi rumahnya bersih

2. Nutrisi, cairan dan metabolisme

- a. Gejala (subyektif)
- 1). Diet biasa (tipe) : RGDM jumlah makan/hari : 3x sehari (selama dirawat di RS)
 - 2). Pola diet : saat di rumah pasien mengatakan biasanya makan 2x sehari makan terakhir : pagi hari
 - 3). Nafsu/selera makan : menurun Mual : Ya/Tidak, waktu : (-)
 - 4). Muntah : (v) tidak ada () ada, jumlah :
Karakteristik :
 - 5). Nyeri ulu hati : (v) tidak ada () ada,
Karakter/penyebab :
 - 6). Alergi makanan : (v) tidak ada () ada
 - 7). Masalah mengunyah/menelan : (v) tidak ada
() ada, jelaskan
 - 8). Keluhan demam : (v) tidak ada () ada,
Jelaskan
 - 9). Pola minum/cairan : jumlah minum ± 1000 ml/hari
Cairan yang biasa diminum : air putih
 - 10). Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir : (v) tidak ada () ada,
Jelaskan
- b. Tanda (obyektif)
- 1). Suhu tubuh : 36.8°C
Diaphoresis : (v) tidak ada () ada,
Jelaskan
 - 2). Berat badan : 66 kg Tinggi badan : 160 cm
Turgor kulit : baik Tonus otot : baik
 - 3). Edema : (v) tidak ada () ada, lokasi dan karakteristik : (-)
 - 4). Ascites : (v) tidak ada () ada,
Jelaskan : tidak ada ascites
 - 5). Integritas kulit perut baik Lingkar abdomen : (-) cm
 - 6). Distensi vena jugularis : (v) tidak ada () ada,
Jelaskan : tidak ada distensi vena jugularis
 - 7). Hernia/masa : (v) tidak ada () ada, lokasi dan karakteristik
 - 8). Bau mulut/halitosis : (v) tidak ada () ada
 - 9). Kondisi mulut/gigi/gusi/mukosa mulut dan lidah : mulut nampak bersih,
tidak ada sariawan, mukosa bibir kering

3. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernafasan

- a. Gejala subyektif :
- 1). Dispneu : (v) tidak ada () ada, jelaskan
 - 2). Yang meningkatkan/mengurangi sesak

- 3). Pemajanan terhadap udara berbahaya.....
- 4). Penggunaan alat bantu : (v) tidak ada () ada,.....

b. Tanda obyektif :

- 1). Pernafasan : frekuensi 21x/menit Kedalaman.....
Simetris (v)
- 2). Penggunaan alat bantu nafas : tidak ada
Nafas cuping hidung : tidak ada
- 3). Batuk : tidak ada Sputum (karakteristik) : tidak ada
- 4). Fremitus : tidak ada Bunyi nafas : vesikuler
- 5). Egofoni : tidak ada Sianosis : tidak ada

4. Aktivitas (termasuk kebersihan diri dan latihan)

a. Gejala subyektif :

- 1). Kegiatan dalam pekerjaan
Pasien mengatakan aktivitasnya cukup terganggu akibat kondisi sakitnya
- 2). Kesulitan/keluhan dalam beraktivitas
 - a). Pergerakan tubuh : kurang maksimal
 - b). Kemampuan merubah posisi : (v) mandiri () perlu bantuan,
Jelaskan : pasien masih mampu bergerak secara mandiri namun secara perlahan
 - c). Perawatan diri (mandi, berpakaian, bersolek, makan, dll)
() mandiri (v) perlu bantuan
Jelaskan : selama di RS pasien dibantu oleh keluarga dan perawat untuk beberapa aktivitas hariannya seperti berjalan ke kamar mandi
- 3). Toileting (BAB/BAK) : () mandiri (v) perlu bantuan,
Jelaskan : selama di RS pasien dibantu ke kamar mandi
- 4). Keluhan sesak nafas setelah beraktivitas : (v) tidak ada () ada,
Jelaskan : pasien tidak ada keluhan sesak napas
- 5). Mudah merasa kelelahan : () tidak ada (v) ada
Jelaskan : pasien mengatakan kadang mudah merasa lelah jika melakukan aktivitas yang berat
- 6). Toleransi terhadap aktivitas : (v) baik () kurang
Jelaskan : toleransi terhadap aktivitas baik

b. Tanda obyektif :

- 1). Respon terhadap aktivitas yang teramati : pasien tampak lemah
- 2). Status mental (misalnya menarik diri, letargi) : tidak ada
- 3). Penampilan umum :
 - a). Tampak lemah : () tidak (v) ya, jelaskan : pasien tirah baring dan lesu
 - b). Kerapian berpakaian : cukup rapi
- 4). Pengkajian neuromuskuler :
 - Masa/tonus : baik
 - Kekuatan otot : baik
 - Rentang gerak : baik

- Deformitas : tidak ada
- 5) Bau badan : tidak ada Bau mulut : tidak ada
- 6) Kondisi kulit kepala : rambut beruban, tidak ada lesi, mesocephal
- 7) Kebersihan kuku : cukup bersih

5. Istirahat

- a. Gejala subyektif :
- 1). Kebiasaan tidur : pasien mengatakan sebelum dirawat biasanya sulit tidur, tidur hanya ± 5 jam dan selama dirawat bisa tidur malam lebih lama
Lama tidur : ± 8 jam di malam hari
 - 2). Masalah berhubungan dengan tidur
 - a). Insomnia : (v) tidak ada () ada
 - b). Kurang puas/segar setelah bangun tidur : (v) tidak ada () ada,
Jelaskan : (—)
 - c). Lain-lain, sebutkan : tidak ada
- b. Tanda obyektif :
- 1). Tampak mengantuk/mata sayu : (v) tidak ada () ada, jelaskan.....
 - 2). Mata merah : (v) tidak ada () ada
 - 3). Sering menguap : (v) tidak ada () ada
 - 4). Kurang konsentrasi : (v) tidak ada () ada

6. Sirkulasi

- a. Gejala subyektif :
- 1). Riwayat hipertensi dan masalah jantung : () tidak ada (v) ada,
Jelaskan : pasien menderita hipertensi namun tidak terkontrol
 - 2). Riwayat edema kaki : (v) tidak ada () ada, jelaskan
 - 3). Flebitis : (-) Penyembuhan lambat
 - 4). Rasa kesemutan : pasien mengatakan terkadang merasa kesemutan di kedua kaki
 - 5). Palpitasi : (-)
- b. Tanda obyektif :
- 1). Tekanan darah : 142/98 mmHg
 - 2). *Mean Arteri Pressure* (MAP) : 160
 - 3). Nadi : 96x/menit
 - a). Karotis : teraba
 - b). Femoralis : teraba
 - c). Popliteal : teraba
 - d). Jugularis : teraba
 - e). Radialis : teraba
 - f). Dorsal pedis : teraba
 - g). Bunyi jantung : lup dup Frekuensi : nadi 96x/mnt
Irama : teratur Kualitas : baik
 - h). Murmur : tidak ada Gallop : tidak ada
 - i). Pengisian kapiler : <3 detik Phlebitis : tidak ada
Varises : tidak ada
 - j). Warna membrane mukosa : putih pucat Bibir : pucat
Konjungtiva : ananemis Sklera : anikterik
Punggung kuku : normal

7. Eliminasi

a. Gejala subyektif :

- 1). Pola BAB : frekuensi : 1xsehari konsistensi : lunak
- 2). Perubahan dalam kebiasaan BAB (penggunaan alat tertentu, misal : terpasang kolostomi/ileostomy) : BAB lancar
- 3). Kesulitan BAB : konstipasi : tidak ada
Diare : tidak ada
- 4). Penggunaan laksatif : (v) tidak ada () ada, jelaskan :
- 5). Waktu BAB terakhir : 1 hari yang lalu
- 6). Riwayat perdarahan : tidak ada
Hemorroid : tidak ada
- 7). Riwayat inkontinensia alvi : tidak ada
- 8). Riwayat penggunaan alat-alat (misalnya kateter) : tidak ada
- 9). Riwayat penggunaan diuretik : tidak ada
- 10). Rasa nyeri/terbakar saat BAK : tidak ada
- 11). Kesulitan BAK : tidak ada

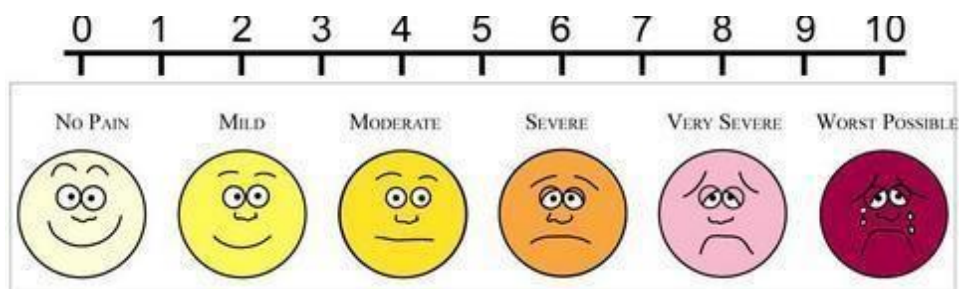
b. Tanda obyektif :

1). Abdomen :

- a). Inspeksi : abdomen membuncit ada/tidak, jelaskan : (-)
- b). Auskultasi : bising usus 12x/mnt Bunyi abnormal : (v) tidak ada () ada, jelaskan : (-)
- c). Perkusi
- | | | |
|----------------|----------------|----------|
| Bunyi timpani | () tidak ada | (v) ada |
| Kembung | (v) tidak ada | () ada |
| Bunyi abnormal | (v) tidak ada | () ada |
- Jelaskan : perkusi normal
- d). Palpasi :
- Nyeri tekan : tidak ada
- Nyeri lepas : tidak ada
- Konsistensi : lunak/keras
- Massa : (v) tidak ada () ada, jelaskan.....
- Pola BAB : konsistensi : lunak warna : kecoklatan
- Abnormal : (v) tidak ada () ada, jelaskan.....
- Pola BAK : dorongan kuat Frekuensi : 4-5x sehari
- Retensi : tidak ada
- Distensi kandung kemih : (v) tidak ada () ada, jelaskan
- e). Karakteristik urin : berwarna jernih kekuningan
- Jumlah : ± 400 cc Bau : khas
- f). Bila terpasang kolostomi/ileostomi : keadaan : tidak ada

8. Neurosensori dan kognitif

a. Gejala subyektif :



- 1). Adanya nyeri : tidak ada
P = (-)
Q = (-)
R = (-)
S = (-)
T = (-)
- 2). Rasa ingin pingsan/pusing : (v) tidak ada () ada, jelaskan
- 3). Sakit kepala : lokasi nyeri (-)
Frekuensi :
- 4). Kesemutan/kebas/kelemahan : lokasi : di kedua kaki
- 5). Kejang : (v) tidak ada () ada
Jelaskan
- 6). Mata : penurunan penglihatan () tidak ada (v) ada,
Jelaskan : penurunan penglihatan pasien disebabkan karena faktor usia
- 7). Pendengaran : penurunan pendengaran (v) tidak ada () ada
Jelaskan :
- 8). Epistaksis : (v) tidak ada () ada
Jelaskan
- b. Tanda obyektif :
 - 1). Status mental :
Kesadaran : (v) komposmentis () apatis () somnolen () sopor () koma
 - 2). Skala coma Glasgow (GCS) : 15
respon membuka mata (E) 4 Respon motorik (M) 5 respon verbal (V) 6
 - 3). Terorientasi/disorientasi : waktu : baik
Tempat : baik Orang : baik
 - 4). Persepsi sensori : ilusi : tidak ada halusinasi : tidak ada
Delusi : tidak ada Afek : normal
Jelaskan.....
 - 5). Memori :
Saat ini : baik
Masa lalu : mengalami penurunan daya ingat
 - 6). Alat bantu penglihatan/pendengaran : (v) tidak ada () ada, sebutkan
 - 7). Reaksi pupil terhadap cahaya : ka/ki normal
Ukuran pupil : 3 mm
 - 8). Fascial drop : tidak ada Postur : baik
 - 9). Reflek : baik
 - 10). Penampilan umum tampak kesakitan : (v) tidak ada () ada
Respon emosional : nampak cemas penyempitan fokus : tidak ada

9. Keamanan

- a. Gejala subyektif :
 - 1). Alergi (catatan agen dan reaksi spesifik) :
Obat-obatan : tidak ada
Makanan : tidak ada
 - 2). Riwayat penyakit hubungan seksual : (v) tidak ada () ada, jelaskan
 - 3). Riwayat tranfusi darah : tidak ada
Riwayat adanya reaksi tranfusi : tidak ada

- 4). Riwayat cedera : (v) tidak ada () ada, sebutkan
- 5). Riwayat kejang : (v) tidak ada () ada, sebutkan

b. Tanda Obyektif :

- 1). Suhu tubuh : 36,8°C Diaforesis : tidak ada
- 2). Integritas jaringan : (-)
- 3). Jaringan parut : (v) tidak ada () ada, jelaskan
- 4). Kemerahan/pucat : () tidak ada (v) ada, jelaskan pasien nampak pucat
- 5). Adanya luka : ada luka di ibu jari kaki kanan
Panjang : ± 2.5 cm
Kedalaman : ± 0.5 cm
Drainase purulen : tidak ada
Peningkatan nyeri pada luka : saat digerakkan atau tergesek sesuatu
- 6). Ekimosis/tanda perdarahan lain : tidak ada
- 7). Faktor resiko terpasang alat invasive : (v) tidak ada () ada, jelaskan
- 8). Gangguan keseimbangan : (v) tidak ada () ada, jelaskan
- 9). Kekuatan umum : baik tonus otot : baik
- 10). Parese/paralisa : tidak ada

10. Seksual dan reproduksi

a. Gejala subyektif :

- 1). Pemahaman terhadap fungsi seksual : cukup memahami
- 2). Gangguan hubungan seksual karena berbagai kondisi (fertilitas, libido, ereksi, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi atau kondisi sakit) : tidak ada
- 3). Permasalahan selama aktivitas seksual : (v) tidak ada () ada, jelaskan
- 4). Pengkajian pada laki-laki :
raba pada penis : (-) Gangguan prostat : (-)
- 5). Pengkajian pada perempuan
 - a). Gangguan menstruasi (keturunan/keluhan)
Tidak ada
 - b). Riwayat kehamilan
Pasien pernah hamil dan melahirkan 4x
 - c). Riwayat pemeriksaan ginekologi (pap smear)
Tidak ada

b. Tanda obyektif :

- 1). Pemeriksaan payudara/penis/testis
Tidak ada gangguan/kelainan
- 2). Kutil genital, lesi
Tidak ada lesi

11. Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme koping

a. Gejala subyektif :

- 1). Faktor stress
Pasien mengatakan merasa khawatir dengan kondisinya saat ini karena luka tidak sembuh-sembuh dan takut jika harus sampai dioperasi
- 2). Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu)
Pasien dibantu keluarga dalam mengambil keputusan untuk berobat ke RS

- 3). Yang dilakukan jika menghadapi suatu masalah (misalnya memecahkan masalah, mencari pertolongan/berbicara dengan orang lain, makan, tidur, minum obat- obatan, marah, diam, dll)
Pasien minta bantuan kepada keluarganya
- 4). Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang
Pasien berobat ke RS
- 5). Perasaan cemas/takut : () tidak ada (v) ada
Pasien merasa cemas karena lukanya tidak kunjung sembuh dan takut jika harus sampai dioperasi
- 6). Perasaan ketidakberdayaan : (v) tidak ada () ada
- 7). Perasaan keputusasaan : (v) tidak ada () ada
- 8). Konsep diri :
 - a) Citra diri :
Pasien mengatakan bahwa ia berusaha untuk sembuh dari penyakitnya dan tidak membandingkan hidupnya dengan orang lain.
 - b) Ideal diri :
Pasien mengatakan dapat menerima kondisinya saat ini dan berharap bisa lekas pulang
 - c) Harga diri :
Pasien mengatakan harga dirinya tidak terganggu meskipun sedang sakit
 - d) Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas :
Tidak ada
 - e) Konflik dalam peran :
Tidak ada
- b. Tanda obyektif :
 - 1). Status emosional : () tenang, (v) gelisah, () marah, () takut, () mudah tersinggung
 - 2). Respon fisiologi yang terobservasi : perubahan tanda vital : ekspresi wajah : cemas

12. Interaksi sosial

- a. Gejala subyektif :
 - 1). Orang terdekat & lebih berpengaruh
Suami dan anak anaknya
 - 2). Kepada siapa pasien meminta bantuan jika menghadapi masalah
Suami dan anak kandungnya
 - 3). Adakah kesulitan dalam keluarga (hubungan dengan orang tua, saudara, pasangan) : (v) tidak ada () ada, sebutkan
.....
 - 4). Kesulitan berhubungan dengan tenaga kesehatan, klien lain : (v) tidak ada
() ada, sebutkan
- b. Tanda obyektif :
 - 1). Kemampuan berbicara : (v) jelas () tidak jelas
Tidak dapat dimengerti (-) Afasia (-)
 - 2). Pola bicara tidak biasa/kerusakan
Tidak ada
 - 3). Penggunaan alat bantu bicara
Tidak ada

- 4). Adanya trakeostomi
Tidak ada
- 5). Komunikasi verbal/non verbal dengan keluarga/orang lain
Baik
- 6). Perilaku menarik diri : (v) tidak ada () ada,
Sebutkan

13. Pola nilai kepercayaan dan spiritual

- a. Gejala subyektif :
 - 1). Sumber kekuatan bagi klien : Allah SWT dan keluarganya
 - 2). Perasaan menyalahkan Tuhan : (v) tidak ada () ada,
Jelaskan
 - 3). Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya :
macam : sholat frekuensi 5x sehari
 - 4). Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat
Terganggu
 - 5). Pemecahan oleh klien
Pasien tetap berdoa dan bersholawat
 - 6). Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut klien yang bertentangan
dengan kesehatan : (v) tidak ada () ada, jelaskan
 - 7). Pertentangan nilai/kebudayaan/keyakinan terhadap pengobatan yang dijalani
: (v) tidak ada () ada, jelaskan
- b. Tanda obyektif :
 - 1). Perubahan perilaku : tidak ada
 - 2). Menolak pengobatan : (v) tidak ada () ada, jelaskan
.....
 - 3). Berhenti menjalankan aktivitas agama : (v) tidak ada () ada, jelaskan
.....
 - 4). Menunjukkan sikap permusuhan dengan tenaga kesehatan : (v) tidak ada
() ada, jelaskan

Data Penunjang

1. Hasil Laboratorium

Pemeriksaan tanggal 10/12/2024

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL		SATUAN	NILAI RUJUKAN
HEMATOLOGI				
Hematologi Rutin				
- Hemoglobin	10.5	L	g/dL	10.9 - 14.9
- Leukosit	19.5	H	ribu/uL	4.8 - 11.3
- Trombosit	758	H	ribu/uL	150 - 450
- Eritrosit	3.64	L	juta/uL	3.8 - 5.2
- Hematocrit	29.8	L	%	34 - 45
Hitung Jenis Lekosit				
- Eosinophil	0.0	L	%	1 - 5
- Basophil	0.0		%	0 - 1
- Neutrophil	88.7	H	%	43 - 71
- Limfosit	4.3	L	%	20 - 45
- Monosit	7.0		%	4 - 10
Index Eritrosit				
- MCV	81.9		fL	71.8 - 92
- MCH	28.8		pg	22.6 - 31
- MCHC	35.2		g/dL	30.8 - 35.2
KIMIA KLINIK				
Gula Darah				
- Gula Darah Sewaktu	313	H	mg/dL	74 - 140
Elektrolit				
- Natrium (Na)				
- Kalium (K)	127	L	mmol/L	135 - 147
- Klorida (Cl)	5.4	H	mmol/L	3.5 - 5
	107	H	mmol/L	95 - 105
Imunoserologi				
- HbsAg	Non Reaktif			Non Reaktif

Pemeriksaan tanggal 11/12/2024

PEMERIKSAAN	HASIL		SATUAN	NILAI RUJUKAN
GDS STIK				
- Glukosa Sewaktu Stik	287	H	mg/dL	74 - 140

Pemeriksaan tanggal 12/12/2024

PEMERIKSAAN	HASIL		SATUAN	NILAI RUJUKAN
GDS STIK				
- Glukosa Sewaktu Stik	244	H	mg/dL	74 - 140

Pemeriksaan tanggal 13/12/2024

PEMERIKSAAN	HASIL		SATUAN	NILAI RUJUKAN
GDS STIK				
- Glukosa Sewaktu Stik	211	H	mg/dL	74 - 140

2. Pemeriksaan EKG

Tanggal Pemeriksaan : 10/12/2024

Hasil : *sinus rhythm normal*

3. Obat-obatan

Hari / Tanggal	Nama Obat	Cara Pemberian	Dosis	Fungsi
Rabu, 11 / 12 / 2024	- Paracetamol 500 mg	PO	3x1	- Meredakan nyeri
	- NaCl caps	PO	3x1	- Mengatasi kekurangan NaCl
	- Amlodipin 10 mg	PO	0-0-1	- Menurunkan TD
	- Asam Folat	PO	1x1	- Mengobati defisiensi asam folat
	- CaCO ₃	PO	1x1	- Meningkatkan kadar kalsium
	- Gliquidone	PO	2x1	- Mengontrol kadar gula darah
	- Bicnat	PO	2x1	- Mengurangi asam lambung
	- Ceftriaxone 1 gr	IV	2x1	- Antibiotic
	- Levofloxacin	IV	1x1	- Antibiotic
	- Mecobalamin	IV	2x1	- Mengobati neuropati perifer
	- Gentamicin salep		2xoles	- Mengobati infeksi
	- SS/8 jam	SC	3x1	- Mengontrol gula darah
Kamis, 12 / 12 / 2024	- Paracetamol 500 mg	PO	3x1	- Meredakan nyeri
	- NaCl caps	PO	3x1	- Mengatasi kekurangan NaCl
	- Amlodipin 10 mg	PO	0-0-1	- Menurunkan TD
	- Asam Folat	PO	1x1	- Mengobati defisiensi asam folat
	- CaCO ₃	PO	1x1	- Meningkatkan kadar kalsium
	- Gliquidone	PO	2x1	- Mengontrol kadar gula darah
	- Bicnat	PO	2x1	- Mengurangi asam lambung
	- Ceftriaxone 1 gr	IV	2x1	- Antibiotik
	- Levofloxacin	IV	1x1	- Antibiotik
	- Mecobalamin	IV	2x1	- Mengobati neuropati perifer
	- Gentamicin salep		2xoles	- Mengobati infeksi
Jumat, 13 / 12 / 2024	- Paracetamol 500 mg	PO	3x1	- Meredakan nyeri
	- NaCl caps	PO	3x1	- Mengatasi kekurangan NaCl
	- Amlodipin 10 mg	PO	0-0-1	- Menurunkan TD
	- Asam Folat	PO	1x1	- Mengobati defisiensi asam folat
	- CaCO ₃	PO	1x1	- Meningkatkan kadar

	- Gliquidone	PO	2x1	- kalsium
	- Bicnat	PO	2x1	- Mengontrol kadar gula darah
	- Ceftriaxone 1 gr	IV	2x1	- Mengurangi asam lambung
	- Levofloxacin	IV	1x1	- Antibiotic
	- Mecobalamin	IV	2x1	- Antibiotic
				- Mengobati neuropati perifer
	- Gentamicin salep		2xoles	- Mengobati infeksi



ANALISIS DATA

No	Tgl/Jam	Data Fokus	Etiologi	Problem
1	11/12/2024 (08.00)	DS : <ul style="list-style-type: none"> – Pasien mengatakan badannya terasa lemas – Pasien mengatakan nafsu makannya menurun – Pasien mengatakan sudah menderita DM sejak 3 tahun yang lalu – Pasien mengatakan jarang kontrol ke faskes – Pasien mengatakan kakinya terkadang terasa kesemutan – Pasien mengatakan masih sering mengonsumsi makanan & minuman manis DO : <ul style="list-style-type: none"> – GDS : 287 mg/dL – IMT : 25,78 (obesitas) – Mukosa bibir terlihat kering – Pasien terlihat lemas – Vital sign : TD = 142/98 mmHg N = 96x/menit S = 36,8°C SpO2 = 97% RR = 21x/menit 	Resistensi insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027)
2	11/12/2024 (08.00)	DS : <ul style="list-style-type: none"> – Pasien mengatakan kakinya terkadang terasa kesemutan – Pasien mengatakan terdapat luka di ibu jari kaki kanannya yang belum sembuh sejak 2 minggu yang lalu – Pasien mengatakan lukanya terasa nyeri saat dibersihkan atau bergesekan dengan sesuatu DO : <ul style="list-style-type: none"> – Terdapat luka (ulkus DM) di ibu jari kaki 	Perubahan sirkulasi	Gangguan Integritas Kulit / Jaringan (D.0129)

		kanan dengan panjang ± 2.5 cm dan kedalaman $\pm 0,5$ cm – Tidak terlihat jaringan nekrotik di area luka – Terdapat pus dan darah di area luka		
3	11/12/2024 (08.00)	DS : – Pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya saat ini karena belum pernah punya luka yang tidak kunjung sembuh – Pasien takut jika harus sampai dioperasi – Pasien mengatakan pemahamannya terkait penyakitnya tidak terlalu banyak DO : – Pasien terlihat pucat & lemas – Vital sign : TD = 142/98 mmHg N = 96x/menit S = 36,8°C SpO2 = 97% RR = 21x/menit	Krisis situasional	Ansietas (D.0080)

PRIORITAS DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027) berhubungan dengan (b.d) resistensi insulin
2. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129) berhubungan dengan (b.d) perubahan sirkulasi
3. Ansietas (D.0080) berhubungan dengan (b.d) krisis situasional








RENCANA KEPERAWATAN








No	Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI												
1	11/12/2024 (08.30)	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027)	Kestabilan Kadar Glukosa Darah (L.05022) Ekspetasi : Meningkatkan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah dapat meningkat dengan kriteria hasil: <table><tr><td>Indikator</td><td>SA</td><td>ST</td></tr><tr><td>Lelah / lesu</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Mulut kering</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Kadar glukosa dalam darah</td><td>2</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	SA	ST	Lelah / lesu	2	5	Mulut kering	2	5	Kadar glukosa dalam darah	2	5	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) <i>Observasi</i> <ul style="list-style-type: none">– Monitor kadar glukosa darah– Monitor tanda dan gejala hiperglikemia <i>Terapeutik</i> <ul style="list-style-type: none">– Berikan asupan cairan oral <i>Edukasi</i> <ul style="list-style-type: none">– Ajarkan pengelolaan diabetes <i>Kolaborasi</i> <ul style="list-style-type: none">– Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu– Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu
Indikator	SA	ST														
Lelah / lesu	2	5														
Mulut kering	2	5														
Kadar glukosa dalam darah	2	5														
2	11/12/2024 (08.35)	Gangguan Integritas Kulit / Jaringan (D.0129)	Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) Ekspetasi : Meningkatkan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: <table><tr><td>Indikator</td><td>SA</td><td>ST</td></tr><tr><td>Kerusakan jaringan</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Kerusakan lapisan kulit</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Nyeri</td><td>2</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	SA	ST	Kerusakan jaringan	2	5	Kerusakan lapisan kulit	2	5	Nyeri	2	5	Perawatan Luka (I.14564) <i>Observasi</i> <ul style="list-style-type: none">– Monitor karakteristik luka– Monitor tanda-tanda infeksi <i>Terapeutik</i> <ul style="list-style-type: none">– Lepaskan balutan dan plester secara perlahan– Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik, sesuai kebutuhan– Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu– Pasang balutan sesuai jenis luka <i>Edukasi</i> <ul style="list-style-type: none">– Jelaskan tanda dan gejala infeksi– Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <i>Kolaborasi</i> <ul style="list-style-type: none">– Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
Indikator	SA	ST														
Kerusakan jaringan	2	5														
Kerusakan lapisan kulit	2	5														
Nyeri	2	5														
3	11/12/2024 (08.40)	Ansietas (D.0080)	Tingkat Ansietas (L.09093) Ekspetasi : Menurun Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :	Reduksi Ansietas (I.09314) <i>Observasi</i> <ul style="list-style-type: none">– Monitor tanda-tanda ansietas <i>Terapeutik</i> <ul style="list-style-type: none">– Ciptakan suasana terapeutik <i>Edukasi</i> <ul style="list-style-type: none">– Informasikan secara faktual												








			Indikator	SA	ST		mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
			Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi Pucat	2	5		– Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
				2	5		








IMPLEMENTASI DAN EVALUASI



No DX	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	Paraf
HARI 1				
1	11/12/2024 (09.00)	– Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia	S : Pasien mengatakan dirinya masih makan makanan yang manis O : – GDS pukul 6 pagi = 287 mg/dL – Mukosa bibir terlihat kering – Pasien terlihat lemas	
	(09.10)	– Memberikan asupan cairan oral	S : Pasien mengatakan mau untuk minum O : Pasien terlihat minum air putih setengah gelas	
	(09.15)	– Mengajarkan pengelolaan diabetes dengan relaksasi autogenik	S : Pasien mengatakan tidak tahu apa itu relaksasi autogenik O : Pasien nampak memperhatikan saat diberikan informasi	
	(09.30)	– mempraktikkan relaksasi autogenik	S : Pasien mengatakan bersedia O : – Pasien terlihat fokus – GDS pre terapi = 270 mg/dL	
	(09.50)	– Mengevaluasi relaksasi autogenik yang sudah dilakukan	S : Pasien mengatakan relaksasi autogenik mudah untuk dilakukan O : – Pasien terlihat rileks – GDS post terapi = 268 mg/dL	
2	(10.00)	– Memonitor karakteristik luka	S : – Pasien mengatakan terdapat luka di ibu jari kaki kanannya yang belum sembuh sejak 2 minggu yang lalu – Pasien mengatakan lukanya terasa nyeri saat dibersihkan atau bergesekan dengan sesuatu O : – Terdapat luka (ulkus DM) di ibu jari kaki kanan dengan panjang ± 2.5 cm dan kedalaman $\pm 0,5$ cm	
	(10.05)	– Melakukan ganti balut pasien dengan : – Melepaskan balutan & plester secara	S : Pasien mengatakan lukanya terasa nyeri O :	



1	12/12/2024 (08.30)	– Memonitor kadar glukosa darah	S : Pasien mengatakan sudah dicek gulanya pukul 6 pagi O : GDS pukul 6 pagi = 244 mg/dL	
	(08.45)	– Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia	S : Pasien mengatakan masih merasa agak lesu O : Mukosa bibir pasien cukup membaik	
	(09.30)	– Mempraktikkan relaksasi autogenik	S : Pasien mengatakan bersedia melakukan relaksasi autogenik kembali O : – Pasien terlihat kooperatif – GDS pre terapi = 240 mg/dL	
	(09.50)	– Mengevaluasi relaksasi autogenik yang sudah dilakukan	S : Pasien mengatakan sekarang badannya terasa lebih segar O : GDS post terapi = 236 mg/dL	
	(10.00)	– Memeriksa TTV	S : - O : Vital sign : TD = 149/97 mmHg N = 92x/menit S = 36,6°C SpO2 = 98% RR = 20x/menit	
2	(10.15)	– Memonitor karakteristik luka	S : Pasien mengatakan perbannya belum diganti O : Nampak adanya rembesan di balutan luka pasien	
	(10.20)	– Melakukan ganti balut pasien dengan : – Melepaskan balutan & plester secara perlahan – Membersihkan luka dengan NaCl – Mengeringkan luka dengan kassa steril – Memberikan salep Gentamicin di area luka	S : Pasien mengatakan agak nyeri saat dibersihkan lukanya O : Luka pasien nampak bersih namun masih terdapat sedikit rembesan darah dan pus yang menempel di perban	



		– Menutup area luka dengan perban dan plester baru		
3	(13.00)	– Memonitor tanda-tanda ansietas	S : Pasien menanyakan kapan dirinya sembuh O : Pasien nampak agak gelisah	
	(13.30)	– Menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis	S : Pasien mengatakan jadi lebih tau terkait kondisinya saat ini dan berharap bisa segera membaik O : Pucat pasien nampak berkurang	
HARI 3				
1	13/12/2024 (15.00)	– Memonitor kadar glukosa darah	S : Pasien mengatakan hari ini lemasnya berkurang O : GDS pukul 6 pagi = 211 mg/dL	
	(16.00)	– Mempraktikkan relaksasi autogenik	S : – Pasien mengatakan tadi pagi tidak melakukan relaksasi autogenik secara mandiri – Pasien mengatakan bersedia untuk melakukan relaksasi autogenik sekarang O : GDS pre terapi = 212 mg/dL	
	(16.20)	– Mengevaluasi relaksasi autogenik yang sudah dilakukan	S : Pasien mengatakan tubuhnya terasa lebih rileks O : GDS post terapi = 209 mg/dL	
	(16.30)	– Memeriksa TTV	S : - O : Vital sign : TD = 139/90 mmHg N = 95x/menit S = 36,6°C SpO2 = 98% RR = 20x/menit	
	(17.00)	– Menganjurkan kepatuhan terhadap diet	S : Pasien mengatakan akan mencoba mengurangi konsumsi yang manis-manis O : Pasien nampak kooperatif	


	(20.00)	– Memberikan obat Gliquidone 30 mg 2x1	S : Pasien mengatakan mau minum obat O : Pasien nampak meminum obatnya	
2	(20.00)	– Memberikan antibiotik Ceftriaxone 1 gr 2x1, Gentamicin salep	S : Pasien mengatakan mau diberikan antibiotik O : Pasien nampak kooperatif	
	(20.10)	– Mengecek kondisi luka – Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri	S : Pasien mengatakan akan rutin mengecek kondisi lukanya O : – Luka pasien nampak mulai mengering – Tidak terlihat adanya rembesan darah di perban	
3	(20.30)	– Memonitor tanda-tanda ansietas	S : Pasien mengatakan saat ini tidak terlalu memikirkan banyak hal O : – Pasien nampak rileks – Pasien tidak terlihat pucat	
	(20.35)	– Melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan	S : Pasien mengatakan biasanya mengalihkan pikiran dengan mendengarkan lantunan Al-Qur'an atau Sholawat O : Pasien terlihat tenang	



CATATAN PERKEMBANGAN

No	Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf																
1	11/12/2024 (14.00)	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">– Pasien mengatakan dirinya masih makan makanan yang manis– Pasien mengatakan mau untuk minum– Pasien mengatakan tidak tahu apa itu relaksasi autogenik– Pasien mengatakan relaksasi autogenik mudah untuk dilakukan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">– GDS pukul 6 pagi = 287 mg/dL– Mukosa bibir terlihat kering– Pasien terlihat minum air putih setengah gelas– Pasien nampak memperhatikan saat diberikan informasi– Pasien terlihat fokus– GDS pre terapi = 270 mg/dL– Pasien terlihat rileks– GDS post terapi = 268 mg/dL– Vital sign : TD = 142/98 mmHg N = 96x/menit S = 36,8°C SpO2 = 97% RR = 21x/menit <p>A :</p> <p>Masalah keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah belum teratasi</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr><tr><td>Lelah / lesu</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>Mulut kering</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>Kadar glukosa dalam darah</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr></table> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	Indikator	SA	ST	SS	Lelah / lesu	2	5	3	Mulut kering	2	5	2	Kadar glukosa dalam darah	2	5	3	
Indikator	SA	ST	SS																	
Lelah / lesu	2	5	3																	
Mulut kering	2	5	2																	
Kadar glukosa dalam darah	2	5	3																	
2		Gangguan Integritas Kulit / Jaringan (D.0129)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">– Pasien mengatakan terdapat luka di ibu jari kaki kanannya yang belum sembuh sejak 2 minggu yang lalu– Pasien mengatakan lukanya terasa nyeri saat dibersihkan atau bergesekan dengan sesuatu– Pasien mengatakan lukanya terasa nyeri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">– Terdapat luka (ulkus DM) di ibu jari kaki kanan dengan panjang ±2.5 cm dan kedalaman ± 0,5 cm– Tidak terlihat jaringan nekrotik di area luka– Terdapat pus dan darah di area luka– Luka nampak sedikit kemerahan– Vital sign :																	

			<div>TD = 142/98 mmHg N = 96x/menit S = 36,8°C SpO2 = 97% RR = 21x/menit</div> <div>A : Masalah keperawatan Gangguan Integritas Kulit / Jaringan belum teratasi</div> <table><tr><td>Indikator</td><td>SA</td><td>ST</td><td>SS</td></tr><tr><td>Kerusakan jaringan</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>Kerusakan lapisan kulit</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>Nyeri</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr></table> <div>P : Lanjutkan intervensi</div>	Indikator	SA	ST	SS	Kerusakan jaringan	2	5	2	Kerusakan lapisan kulit	2	5	2	Nyeri	2	5	2	
Indikator	SA	ST	SS																	
Kerusakan jaringan	2	5	2																	
Kerusakan lapisan kulit	2	5	2																	
Nyeri	2	5	2																	
3		<div>Ansietas (D.0080)</div> <div>S :<ul style="list-style-type: none">– Pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya saat ini karena belum pernah punya luka yang tidak kunjung sembuh– Pasien mengatakan pemahamannya terkait penyakitnya tidak terlalu banyak– Pasien mengatakan merasa nyaman dengan pendekatan perawat kepadanya– Pasien mengatakan posisi tidur terlentang membuatnya cukup nyaman</div> <div>O :<ul style="list-style-type: none">– Pasien terlihat pucat & lemas– Vital sign :<div>TD = 142/98 mmHg N = 96x/menit S = 36,8°C SpO2 = 97% RR = 21x/menit</div>– Pasien terlihat kooperatif– Pasien nampak berbaring sambil mengatur napas</div> <div>A : Masalah keperawatan ansietas belum teratasi</div> <table><tr><td>Indikator</td><td>SA</td><td>ST</td><td>SS</td></tr><tr><td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>Pucat</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr></table> <div>P : Lanjutkan intervensi</div>	Indikator	SA	ST	SS	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	2	5	3	Pucat	2	5	3						
Indikator	SA	ST	SS																	
Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	2	5	3																	
Pucat	2	5	3																	
4	12/12/2024 (14.00)	<div>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027)</div> <div>S :<ul style="list-style-type: none">– Pasien mengatakan sudah dicek gulanya pukul 6 pagi– Pasien mengatakan masih merasa agak lesu– Pasien mengatakan bersedia melakukan relaksasi autogenik kembali</div>																		

		<p>– Pasien mengatakan sekarang badannya terasa lebih segar</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> – GDS pukul 6 pagi = 244 mg/dL – Mukosa bibir pasien cukup membaik – Pasien terlihat kooperatif – GDS pre terapi = 240 mg/dL – GDS post terapi = 236 mg/dL – Vital sign : TD = 149/97 mmHg N = 92x/menit S = 36,6°C SpO2 = 98% RR = 20x/menit <p>A : Masalah keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lelah / lesu</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Mulut kering</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Kadar glukosa dalam darah</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Indikator	SA	ST	SS	Lelah / lesu	3	5	4	Mulut kering	2	5	3	Kadar glukosa dalam darah	3	5	4	
Indikator	SA	ST	SS																
Lelah / lesu	3	5	4																
Mulut kering	2	5	3																
Kadar glukosa dalam darah	3	5	4																
5	<p>Gangguan Integritas Kulit / Jaringan (D.0129)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pasien mengatakan perbannya belum diganti – Pasien mengatakan agak nyeri saat dibersihkan lukanya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nampak adanya rembesan di balutan luka pasien – Luka pasien nampak bersih namun masih terdapat sedikit rembesan darah dan pus yang menempel di perban – Vital sign : TD = 149/97 mmHg N = 92x/menit S = 36,6°C SpO2 = 98% RR = 20x/menit <p>A : Masalah keperawatan Gangguan Integritas Kulit / Jaringan belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Nyeri</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Indikator	SA	ST	SS	Kerusakan jaringan	2	5	3	Kerusakan lapisan kulit	2	5	3	Nyeri	2	5	3	
Indikator	SA	ST	SS																
Kerusakan jaringan	2	5	3																
Kerusakan lapisan kulit	2	5	3																
Nyeri	2	5	3																
6	<p>Ansietas (D.0080)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pasien menanyakan kapan dirinya sembuh 																	

			<ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan jadi lebih tau terkait kondisinya saat ini dan berharap bisa segera membaik O : <ul style="list-style-type: none">- Pasien nampak agak gelisah- Pucat pasien nampak berkurang- Vital sign : TD = 149/97 mmHg N = 92x/menit S = 36,6°C SpO2 = 98% RR = 20x/menit A : <p>Masalah keperawatan ansietas belum teratasi</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr><tr><td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>Pucat</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr></table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Indikator	SA	ST	SS	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	3	5	4	Pucat	3	5	4					
Indikator	SA	ST	SS																	
Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	3	5	4																	
Pucat	3	5	4																	
7	13/12/2024 (21.00)	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan hari ini lemasnya berkurang- Pasien mengatakan tadi pagi tidak melakukan relaksasi autogenik secara mandiri- Pasien mengatakan bersedia untuk melakukan relaksasi autogenik sekarang- Pasien mengatakan tubuhnya terasa lebih rileks- Pasien mengatakan akan mencoba mengurangi konsumsi yang manis-manis- Pasien mengatakan mau minum obat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- GDS pukul 6 pagi = 211 mg/dL- GDS pre terapi = 212 mg/dL- GDS post terapi = 209 mg/dL- Vital sign : TD = 139/90 mmHg N = 95x/menit S = 36,6°C SpO2 = 98% RR = 20x/menit- Pasien nampak kooperatif- Pasien nampak meminum obatnya <p>A : Masalah keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah belum teratasi</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr><tr><td>Lelah / lesu</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Mulut kering</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>Kadar glukosa dalam darah</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td></tr></table> <p>P :</p>	Indikator	SA	ST	SS	Lelah / lesu	4	5	5	Mulut kering	2	5	4	Kadar glukosa dalam darah	4	5	5	
Indikator	SA	ST	SS																	
Lelah / lesu	4	5	5																	
Mulut kering	2	5	4																	
Kadar glukosa dalam darah	4	5	5																	

8	Gangguan Integritas Kulit / Jaringan (D.0129)	<p>Lanjutkan intervensi</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">– Pasien mengatakan mau diberikan antibiotik– Pasien mengatakan akan rutin mengecek kondisi lukanya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">– Pasien nampak kooperatif– Luka pasien nampak mulai mengering– Tidak terlihat adanya rembesan darah di perban– Vital sign : TD = 139/90 mmHg N = 95x/menit S = 36,6°C SpO2 = 98% RR = 20x/menit <p>A :</p> <p>Masalah keperawatan Gangguan Integritas Kulit / Jaringan belum teratasi</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr><tr><td>Kerusakan jaringan</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>Kerusakan lapisan kulit</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>Nyeri</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr></table> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	Indikator	SA	ST	SS	Kerusakan jaringan	3	5	4	Kerusakan lapisan kulit	3	5	4	Nyeri	3	5	5	
Indikator	SA	ST	SS																
Kerusakan jaringan	3	5	4																
Kerusakan lapisan kulit	3	5	4																
Nyeri	3	5	5																
9	Ansietas (D.0080)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">– Pasien mengatakan saat ini tidak terlalu memikirkan banyak hal– Pasien mengatakan biasanya mengalihkan pikiran dengan mendengarkan lantunan Al-Qur'an atau Sholawat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">– Pasien nampak rileks– Pasien tidak terlihat pucat– Pasien terlihat tenang– Vital sign : TD = 139/90 mmHg N = 95x/menit S = 36,6°C SpO2 = 98% RR = 20x/menit <p>A :</p> <p>Masalah keperawatan ansietas belum teratasi</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr><tr><td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Pucat</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td></tr></table> <p>P :</p> <p>Hentikan intervensi</p>	Indikator	SA	ST	SS	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	4	5	5	Pucat	4	5	5					
Indikator	SA	ST	SS																
Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	4	5	5																
Pucat	4	5	5																

REKAPITULASI KONSULTASI KIAN

[illegible]

**Ketua Program Studi
Profesi Ners**




At
Koduku

LEMBAR KONSULTASI


Nama Mahasiswa : Maulina Lulu Izzifa

NIM : 4111241050

Judul KIAN : Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 dengan Masalah Keperawatan Ketidakmampuan Kadar Glukosa Darah dan Penerapan Relaksasi Antigenik di Ruang Flamboyant
KIDP Prembu

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
1	7/7/2025	Perbaiki Latar belakang dan tujuan penelitian	
2	8/7/2025	Perbaiki BAB 2 & fokus pokok Dan hpe 2. - Perbaiki BAB 3 - Next konsul lengkap dengan abstrak	
3	10/7/2025	Perbaiki lengkap narasumber - Asas uraian kian	

Pembimbing,


(_____)