BAB III

TINJAUAN KASUS

Pengkajian ini dilakukan pada hari Sabtu, Tanggal 28 maret 2026, jam 14:40 WIB di ruang Anggur Rumah Sakit Panti Rahayu (YAKKUM) Purwodadi dengan auto/allo anamnesa :

A. Identitas

1. Identitas Pasien

Nama	: Ny. S
Umur	: 65 tahun
Alamat	: Jajar Selatan, 2/01 Purwodadi
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Tanggal Masuk	: 26 Maret 2026
No. Register	: 4950xxx

DX. Masuk: Diabetes Mellitus

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Sdr. N
Umur	: 27 Tahun
Alamat	: Jajar Selatan, 2/01 Purwodadi
Pekerjaan	: Wiraswasta
Agama	: Islam
Hub. Dgn Pasien	: Anak Kandung

B. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

   Pasien mengatakan nyeri dikaki kiri merasa sulit bergerak dan pandangan kabur

2. Riwayat kesehatan sekarang

   Pasien mengatakan 1 minggu sebelumnya baru pulang dari Rumah sakit panti rahayu. Opname selama kurang lebih 3 minggu. Pada hari Kamis 26 Maret 2026 pasien mengatakan bangun tidur dirumah merasakan kaki terasa nyeri dan kebas. Namun pasien hanya bed rest di tempat tidur dan belum memeriksakannya karena dinilai masih bisa aktivitas, hingga pada sore hari tak kunjung membaik lalu keluarga langsung membawa pasien ke IGD RSPR (YAKKUM) Purwodadi. di hari yang sama jam 15:20. di IGD pasien mendapatkan therapi RL 20 tpm, TTV IGD: TD: 150/88 mmHg, Nadi: 78x/menit, RR: 21x/menit, Suhu: 36,7ºC, $SpO_{2:}$ 98% GDS: 179 mg/dL, kemudian pada jam 19.00 pasien dipindahkan keruang anggur dengan dx masuk diabetes mellitus mendapatkan therapi RL 20 tpm, Ceftriaxone1 x 2g, Adalat (nifedipine)1x30,

   Bicnat (sodium bikarbonat)3x1, CaCo3 3x1, Sanmeto 3x1 kapsul, Furosemid 1x1, Pengkajian dilakukan pada hari Sabtu, 28 Maret 2026 pasien mengeluh kaki terasa nyeri dan terasa kebas, pandangan kabur, TTV saat pengkajian: 140/90 mmHg, Nadi: 81x/menit, RR: 20x/menit,

Suhu: 36,5ºC, SpO_2: 98%,g GDS: 228mg/dL dilakukan pengkajian nyeri dengan hasil , Pasien mengatakan nyeri berkurang pada kaki kiri

P: Saat berdiam terlalu lama.

Q: Di tusuk-tusuk

R: Kaki bagian kiri

S: Skala 5

T: Hilang-timbul

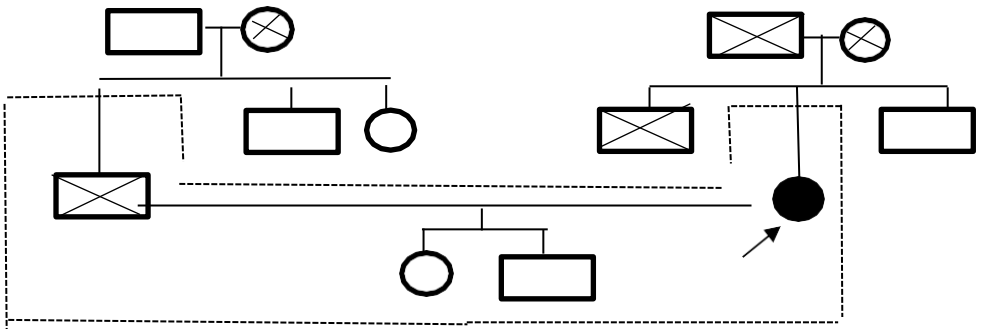
3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan sudah pernah dirawat di RS dengan keluhan yang sama yaitu Diabetes Mellitus, pada bulan Februari selama 4 minggu setelah 1 minggu pasien pulang dari rumah sakit, pasien dirawat kembali di Rumah sakit panti rahayu yakkum.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan keluarga ada yang memiliki penyakit yang sama dengan pasien yaitu bapak dari pasien. keluarga pasien tidak ada yang memiliki penyakit menular seperti HIV/AIDS, TBC.

5. Genogram



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan:

 : Laki-laki meninggal  : Perempuan

 : Perempuan meninggal  : Pasien

 : Laki-laki ---------- : Tinggal serumah

Penjelasan Genogram :

Pasien merupakan anak pertama dari 3 bersaudara. Pasien mempunyai 2 anak. Pasien tinggal bersama kedua anaknya. Hubungan dengan semua anggota keluarga baik dan rukun.

C. Pengkajian Pola Fungsional

Pengkajian pola fungsional menurut virginia handerson yaitu:

1. Kebutuhan Bernafas dengan Normal

   Sebelum sakit : Pasien mengatakan dapat bernapas dengan normal, tidak sesak, dan tidak menggunakan alat bantu pernapasan

   Saat sakit : Pasien mengatakan dapat bernafas dengan normal tidak sesak, dan tidak menggunakan alat bantu pernafasan. SPO_2: 99%, RR:22x/menit

2. Kebutuhan Nutrisi Adekuat

   Sebelum sakit : pasien mengatakan suka makan dan minum yang manis manis serta makanan bersantan,

   pengkajian Nutrisi:

   Antropometri : Tinggi badan : 161 cm,

   Berat badan : 67 kg,

IMT: 20 (normal)

Biochemical : Tidak terkaji.

Clinical : Tidak terkaji.

Diit : Pasien mengatakan makan 3x sehari, pagi, siang, dan sore. Habis satu porsi dengan komposisi lauk, sayur, nasi. Pasien mengatakan suka makan makanan jeroan, gorengan makanan bersantan, dan minuman yang manis. Pasien mengatakan minum air putih sekitar 7-8 gelas/hari.

Saat sakit : Pasien mengatakan makan makanan yang disediakan dari rumah sakit, mengurangi makanan dan minuman manis.mengatakan sering merasakan haus Sehari minum 1 botol besar air mineral. Saat sakit pasien mengatakan 1 bulan mengalami penurunan berat badan sekitar 4 kg. Sering merasa lapar.

Pengkajian Nutrisi:

Antropometri: Tinggi badan : 161 cm,

Berat badan : 65kg

IMT : 20 (normal)

Biochemical : Hemoglobin : 12,4 g/dl

Leukosit: 8710

Trombosit : 237000/uL

Eritrosit: 4,67 10^6/uL

Clinical : Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik. Rambut beruban, bersih, lurus, tebal. Kulit : CRT= 4 detik, turgor melambat : 4 detik

Diit : Nasi, lauk ayam, sayur bayam, habis 1 porsi dan minum air putih 4-6 gelas/hari. Rendah gula dan rendah garam

3. Kebutuhan Eliminasi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan BAB 1x sehari. BAK sehari 5-6x sehari. Tidak ada konstipasi/ bebelan. Tidak ada gangguan dalam kebutuhan eliminasi.

Saat sakit : Pasien mengatakan BAB 1x sehari. BAK sehari sampai 8x dan dimalam hari BAK 3x.

4. Kebutuhan Keseimbangan dan Gerak

Sebelum sakit : Pasien mengatakan dapat bergerak dengan normal tidak ada gangguan dalam kekuatan.

Saat sakit : Pasien mengatakan kaki terasa kebas. Terasa nyeri. Dan sering terasa lelah.

5	5
5	4

Tabel 3.1 Pengkajian ADL Selama Sakit

Aktivitas	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Makan		√			
Minum		√			
Mandi			√		
Berpakaian		√			
Berpindah			√		
Eliminasi		√			
Mobilisasi		√			

Keterangan :

0= mandiri

1= dibantu Sebagian

2= dibantu orang lain/keluarga

3= dibantu orang dan peralatan

4= ketergantungan/ tidak mampu

5. Kebutuhan Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidur dengan normal dalam istirahat tidur. Tidur malam 8-9 jam dengan nyaman tidak ada gangguan. Tidur siang selama 1 jam

Saat sakit : Pasien mengatakan tidur dengan normal tidak ada gangguan dalam istirahat tidur. Tidur malam selama 7-8 jam dan tidur siang 1 jam

6. Kebutuhan Mempertahankan Temperatur Tubuh

Sebelum sakit : Pasien mengatakan sering berpakaian baju dan celana pendek, mengenakan pakaian tipis saat merasa gerah.

Saat sakit : Pasien mengatakan menggunakan daster dalam

keseharian. Dan menggunakan selimut saat terasa dingin.

7. Kebutuhan Personal Hygiene

   Sebelum sakit : Pasien mengatakan mandi sehari 2x dan gosok gigi 2x sehari. Mandi sendiri tidak ada bantuan.

   Saat sakit : Pasien mengatakan mandi 1x sehari dan gosok gigi 1x sehari dengan sedikit bantuan, karena pasien takut bila terpeleset.

8. Kebutuhan Berkomunikasi

   Sebelum sakit : Pasien mengatakan berkomunukasi dengan normal. Tidak ada gangguan dalam berkomunikasi dengan keluarga maupun dengan warga sekitar.

   Saat sakit : Pasien mengatakan komunikasi terganggu dengan keluhan merasa terlambat dalam penyusunan kata. Mengatakan lemas dan kurang minat berkomunikasi.

9. Kebutuhan Spiritual

   Sebelum sakit : Pasien mengatakan beribadah dengan normal tidak ada gangguan. Meski terkadang masih ada yang tertinggal.

   Saat sakit : Pasien mengatakan sholat sedikit terganggu karena merasakan lemas dan kaki terkadang terasa kebas.

10. Kebutuhan Berpakaian dan Memilih Pakaian

    Sebelum sakit : Pasien mengatakan berpaikan dengan mudah tidak

ada bantuan dalam mengenakan pakaian. Suka memilih baju sendiri dan pakaian berkancing.

Saat sakit : Pasien mengatakan mampu menggunakan baju sendiri namun pakaian diambilkan oleh anak dan sering mengenakan daster.

11. Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman

Sebelum sakit : Pasien mengatakan dalam keseharian tidak merasa ada nyeri atau gangguan. Beraktifitas dengan lancar.

Saat sakit : Pasien mengatakan saat ini merasa nyeri pada kaki kiri seperti ditusuk tusuk, nyeri hilang timbul, skala nyeri 5. Nyeri muncul ketika kaki berdiam lama. Pengkajian dapat dilakukan dengan cara PQRST, yaitu sebagai berikut:

a) P (Pemacu), ketika berdiam terlalu lama.
b) Q (Quality) seperti ditusuk tusuk.
c) R (Region), nyeri di kaki kiri
d) S (Severity), skala nyeri 5.
e) T (Time) , nyeri terasa hilang timbul.

12. Kebutuhan Bekerja

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak bekerja hanya sebagai ibu rumah tangga. Namun sering berkumpul dengan teman dan mengikuti acara arisan.

Saat sakit : Pasien mengatakan hanya dirumah dan tidak

berpergian. Istirahat total untuk menunjang kondisi tubuh lebih baik.

13. Kebutruhan Rekreasi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan sering berpergian dengan banyak orang, dengan teman. untuk mengurangi kejenuhan sebagai ibu rumah tangga

Saat sakit : Pasien mengatakan tidak mampu berpergian dan berkumpul dengan teman teman, untuk mengurangi kejenuhan hanya dengan menonton TV dan melihat video di HP.

14. Kebutuhan Belajar

i. Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak tau mengenai beberapa penyakit yang dapat muncul dengan kebiasaan pola makan dan minum yang dijalani selama ini.

ii. Saat sakit : Pasien mengatakan sedikit tahu dan paham akan penyakit yang kini muncul dalam dirinya.

D. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

Kesadaran : Composmentis E: 4 V: 5 M:6 GCS= 15

Penampilan : Tampak lemas

2. Tanda-tanda vital

a. Tekanan darah : 140/90 mmHg

b. RR : 22 x/menit

c. Nadi : 81x/menit

d. Suhu : 36,5 ^{0}C

3. Tinggi Badan : 161 cm Berat Badan : 65 kg IMT: 20 (normal)

4. Kepala

a. Bentuk kepala : Mesochepal, tidak ada lesi pada kepala

b. Finger Print : Tidak ada

c. Rambut : Tipis, tekstur halus, bergelombang , panjang, warna hitam terdapat uban, tidak ada lesi di kulit kepala, rambut bersih.

d. Mulut : Kondisi mulut tampak kering, simetris, tidak terdapat stomatitis, dan tidak ada pelebaran tonsil, tampak pucat.

e. Mata : Kondisi mata simetris, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, penglihatan kabur, pasien tidak dapat membaca tulisan jika terlalu dekat. Mata terlihat sayu dan terdapat kehitaman disekeliling kelopak mata.

f. Hidung : Kondisi hidung simetris, tidak ada gerakan cuping hidung, tidak ada penumpukan sekret, fungsi penciuman baik; pasien dapat mencium wangi buah jeruk, tidak ada polip dan/tidak ada sinusitis.

g. Telinga : Simetris, tidak ada penumpukan serumen serta tidak ada gangguan pendengaran/ pendengaran normal; pasien dapat mendengar suara di jarak beberapa meter.

h. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, getah bening dan

tidak ada peningkatan vena juguralis

5. Dada

   a. Paru-paru

      Inspeksi : Bentuk simentris, tidak terlihat retraksi inter costa pada saat inspirasi dan ekspirasi

      Palpasi : Tidak adanya nyeri di ruas iga, vocal fremitus merata dan pengembangan paru kanan dan kiri sama.

      Perkusi : Bunyi sonor di seluruh lapang dada

      Auskultasi: Bunyi paru vesikuler, tidak ada bunyi nafas tambahan seperti ronchi atau wheezing.

   b. Jantung

      Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak

      Palpasi : Ictus cordis teraba pada intercostal ke V linea midclavicularis diameter 2 cm

      Perkusi : Bunyi jantung pekak pada dada kiri intercostal 2 lateral sinistra sternum ICS 3 di line midklavikula sampai sternum ICS 4 di line midklavikula sampai sternum, ICS 5 di 2 cm lateral sinistra line midklavikula sampai sternum.

      Ausklutasi : Bunyi regular S1 dan S2 (lup dup) tidak ada bunyi jantung tambahan seperti mur-mur di apeks vertikel kiri.

6. Abdomen

   Inspeksi : Bentuk buncit , tidak ada benjolan umbilicus.

   Auskultasi : Peristaltik usus 15x/menit

Perkusi : Timpani diseluruh kuadran 1,2,3,dan 4

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

7. Genetalia : Bersih,tidak terdapat lesi,tidak terpasang DC kateter
8. Anus : Bersih, tidak ada hemoroid
9. Ekstremitas

Superior : Tidak ada kelainan bawaan, tangan sebelah kiri terpasang infus RL 20 tpm, , tidak terdapat odema, tidak ada varises, akral dingin.

Inferior : Tidak ada kelainan bawaan, tidak ada cacat, tidak terdapat lesi, tidak ada odema dan tidak ada varises, kaki kiri lemah sulit digerakkan dan terasa nyeri, akral dingin. Kaki terasa kebas.

Kekuatan otot:

5	5
5	4

Kategori : Pergerakan aktif hanya dapat melawan gravitasi di ekstremitas kaki kiri.

10. Kuku dan Kulit : Warna kulit sawo matang,Tampak pucat turgor kulit menurun, CRT 4 detik, akral dingin, kulit bersih, kuku terpotong rapi.

11. Pengkajian Nyeri

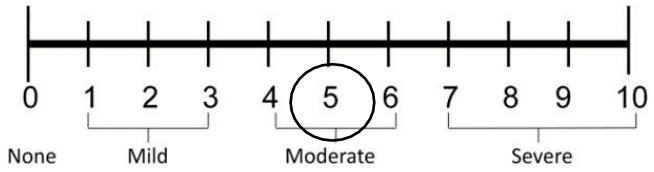
a. Tanggal pengkajian nyeri: Sabtu, 28 maret 2026, jam 14:50

P (Provoking): Ketika berdiam terlalu lama.

Q (Quality) : Di tusuk-tusuk

R (Regio) : Kaki kiri

S (Skala) :



T (Time) : Hilang-timbul

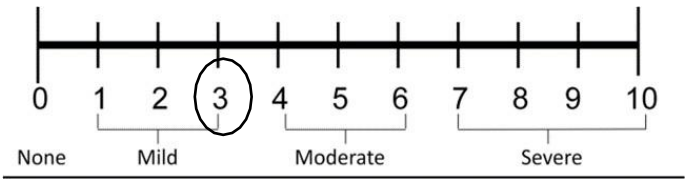
b. Tanggal pengkajian nyeri: Minggu, 29 maret 2026, Jam 16.05

P (Provoking) : Ketika berdiam terlalu lama.

Q (Quality) : Di tusuk-tusuk

R (Regio) : Kaki kiri

S (Skala) :



T (Time) : Hilang-timbul

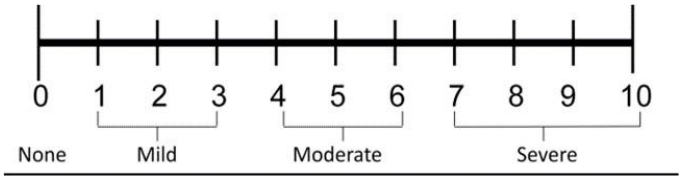
c. Tanggal pengkajian nyeri: Senin. 30 maret 2026, Jam 16.05

P (Provoking) : Ketika berdiam terlalu lama .

Q (Quality) : Di tusuk-tusuk

R (Regio) : Kaki kiri

S (Skala :



T (Time) : Hilang-timbul

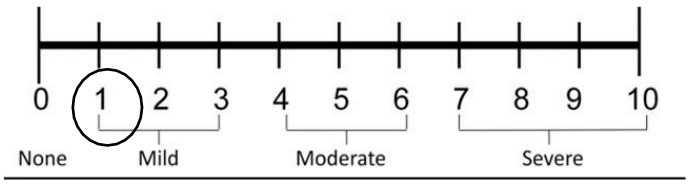
d. Tanggal pengkajian nyeri: Selasa, 31 Maret 2026, Jam 16.00

P (Provoking): -

Q (Quality) : -

R (Regio) : -

S (Skala) :



T (Time): -

E. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium

a. Tanggal Pemeriksaan: 26 Maret 2026 Jam 18:30 WIB

Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Metode	Hasil	Flag	Satuan	N. Rujukan
HEMATOLOGI					
Hemoglobin	Analyzer	12.4		g/dl	13,2-17
Trombosit	Analyzer	237000		/uL	150000-400000
Eritrosit	Analyzer	4,67		10^6/uL	4,4-5,9
Leukosit	Analyzer	8710		/uL	3800-10600
HEMOSTATIS					
PT	Magnetik	13.0		Detik	11-15
APTT	Magnetik	32.3		Detik	25-35
KIMIA					
Gula Darah Sewaktu		179	H	mg/dl	< 140
HbsAg	Rapid	negatif			negatif

b. Pemeriksaan Laboratorium GDS

Tabel 3.3 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

No	Tanggal Pemeriksaan	Hasil	Flag	Satuan	N. Rujukan
1.	Kamis, 26 Maret 2026	179	H	mg/dl	< 140
2.	Jumat, 27 Maret 2026	200	H	mg/dl	< 140
3.	Sabtu, 28 Maret 2026	228	H	mg/dl	< 140

4.	Minggu, 29 Maret 2026	247	H	mg/dl	< 140
5.	Senin, 30 Maret 2026	210	H	mg/dl	< 140
6.	Selasa, 31 Maret 2026	180	H	mg/dl	< 140

2. Pemeriksaan Radiologis

Tanggal Pemeriksaan: 27 Maret 2026 Jam 19:30 WIB

Hasil:

Cor : Besar kesan normal, dilatasi aorta(+), klasifikasi aortic knob(+)

Pulmo : Penebalan hilus disertai infiltrat di parahiler kanan kiri, corakan Bronkovaskuler meningkat.

Sinus phrenicocostalis kanan kiri tampak tenting

Trachea relatif ditengah

Scholiosis thoracalis dengan konveksitas ke kanan

Kesimpulan :

Elongatio aorta disertai aortoscleresis tubruksumatra

Bronchopneumonia

3. Terapi

Tanggal: 26 Maret 2026 Jam 18:30 WIB

Tabel 3.4 Terapi Obat Tanggal 26 Maret 2026

Nama Obat	Rute	Dosis	Indikasi
RL	IV	20 tpm	Rute pemberian obat IV dan rehidrasi cairan dan elektrolit.
Metformin	Oral	1x500 mg	Mengatasi kadar gula darah tinggi

Candesartan	Oral	1x 32 mg	Melemaskan pembuluh darah
ceftriaxon	IV	1 x 2 mg	Untuk Antibiotik, mencegah bakteri
Ranitidin	IV	3 x 50 mg	Mengurangi produksi asam lambung
Adalat (nifedipine)	oral	1x30 mg	Menurunkan tekanan darah tinggi
Ketorolac	IV	3 x30 mg	Mengurangi nyeri

Tanggal : 27-28 Maret 2026

Tabel 3.5 terapi obat tanggal 27 – 28 Maret 2026

Nama Obat	Rute	Dosis	Indikasi
RL	IV	20 tpm	Rute pemberian obat IV dan rehidrasi cairan dan elektrolit.
Metformin	Oral	1x500 mg	Mengatasi kadar gula darah tinggi
Candesartan	Oral	1x 32 mg	Melemaskan pembuluh darah
ceftriaxon	IV	1 x 2 g	Untuk Antibiotik
Ranitidin	IV	3 x 50 mg	Mengurangi produksi asam lambung
Adalat (nifedipine)	oral	1 x 30mg	Menurunkan tekanan darah
Ketorolac	IV	3 x 30 mg	Mengurangi nyeri

Tanggal : 29-31 Maret 2026

Table 3.6 Terapi Obat Tanggal 29 – 31 Maret 2026

Nama Obat	Rute	Dosis	Indikasi
RL	IV	20 tpm	Rute pemberian obat IV dan rehidrasi cairan dan elektrolit.
Sansulin Rapid	SC	3x6 unit	Mengatasi kadar gula darah tinggi
Candesartan	Oral	1x 32 mg	Melemaskan pembuluh darah
ceftriaxon	IV	1 x 2 g	Untuk Antibiotik
Ranitidin	IV	2 x 50 mg	Mengurangi produksi asam lambung
Adalat (nifedipine)	oral	1x30	Menurunkan tekanan darah
Aspar-K	IV	2 x 1	menjaga kadar kalium dalam tubuh.

F. Analisa Data

Tabel 3.7 Analisa Data

No	Hari/Tgl/Jam	Data Fokus	Masalah	TTD
1.	Sabtu, 28 maret 2026, jam 15.05 WIB	Ds : Pasien mengatakan sering lelah. Mengatakan pandangan kabur, kaki kesemutan Do : Hasil pemeriksaan GDS 228 mg/dl, pasien tampak lemas	Ketidakstabilan kadar gula darah b.d (hiperglikemi) (D.0027)	
2.	Sabtu, 28 maret 2026, jam 15.10 WIB	Ds :Pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri. P: saat berdiri lama Q: Di tusuk-tusuk R: kaki kiri S: Skala 5 T: Hilang-timbul	Nyeri akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)	

		Do:Tampak meringis kesakitan, gelisah dan selalu melindungi kaki kiri		
3.	Sabtu, 28 maret 2026 Jam 15.17	Ds: Pasien mengatakan kaki terasa nyeri, sering kebas, mengatakan warna kulit kaki berubah, terkadang hilang sensasi. Kaki terasa dingin Do: CRT 4 detik, akral dingin, kulit tampak pucat, hilang sensasi saat di pijat,	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d hiperglikemi (D.0009).	
4.	Sabtu, 28 maret 2026 Jam 15.17	Ds: Pasien mengatakan kaki terasa nyeri, sering kebas, pergerakan terbatas. Do: pasien tampak sulit mengerakkan kaki kiri, pergerakan terbatas. Kekuatan oto 4.		

G. Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.8 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tgl Teratasi	TTD
1.	Ketidakstabilan kadar gula darah b.d (hiperglikemi) d.d : pasien mengatakan sering lelah. Mengatakan pandangan kabur, kaki kesemutan, hasil pemeriksaan GDS 260 mg/dl, pasien tampak lemas, (D.0027)	31/03/2026	
2.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia) d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah (D.0077)	31/03/2026	

3.	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d hiperglikemi d.d Pasien mengatakan kaki terasa nyeri, sering kebas, mengatakan warna kulit kaki berubah, terkadang hilang sensasi. Kaki terasa dingin CRT 4 detik, akral dingi, kulit tampak pucat, hilang sensasi saat di pijat (D.0009).	31/03/2026	
4.	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskuler d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun 4 (D. 0054).	31/03/2026	

H. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.9 Intervensi Keperawatan

No.	Hari/ Tanggal /Jam	SLKI	SIKI	TTD
1.	Sabtu, 28 Maret 2026 Jam 15.25	**kestabilan kadar glukosa darah (L.05022)** Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 4x 24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat, dengan kriteria hasil: a) Mengantuk menurun. b) Kadar glukosa dalam darah membaik. c) Lelah / lesu menurun. d) Keluhan lapar menurun. e) Mulut kering menurun f) Rasa haus menurun.	**Manajemen hiperglikemi (I.03115)** **Observasi** a. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia. b. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. penyakit kambuhan) c. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu. d. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise,pandangan kabur, sakit kepala). e. Monitor intake dan output cairan. **Terapeutik** a. Berikan asupan cairan oral. b. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk. **Edukasi** a. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL.	

			b. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri c. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga (terapi senam kaki diabetes) d. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis penggunaan Insulin, obat oral, monitor asupan cairan penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan). **Kolaborasi** a. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu.	
2.	Sabtu 28 maret 2026 Jam 15.25	**Tingkat Nyeri (L. 08066)** Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 4x24 jam diharapkan tingkat nyeri yang dirasakan menurun, dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun skala 0 b. Tidak meringis kesakitan c. Tidak sulit tidur d. Tidak gelisah e. Tidak bersikap protektif	**Manajemen Nyeri (I.080238)** **Observasi** a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Monitor efek samping penggunaan analgesik **Terapeutik** a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	

			c. Fasilitasi istirahat dan tidur d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri **Edukasi** a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, b. Jelaskan strategi meredakan nyeri, c. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri **Kolaborasi** a. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.	
3	Sabtu, 28 Maret 2026 Jam 15.30	**Perfusi Perifer (L.02011)** Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 4x24 jam diharapkan Perfusi Perifer (L.02011) meningkat , dengan kriteria hasil: a. Sensasi meningkat. b. Warna kulit pucat menurun. c. Nyeri ekstremitas menurun (1). d. Pengisian kapiler membaik. e. Akral membaik. f. Turgor kulit membaik.	**Perawatan Sirkulasi (I.02079)** **Observasi** a. Periksa sirkulasi perifer (mis, nadi perifer, edema, pengisian kapiller, warna, suhu, ankle-brachial index). b. identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis clabetes, perokok orang tua, hipertanai dan kadar kolesterol tinggi). c. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. **Terapeutik** a. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi. b. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi. c. Hindari penekanan dan pemasangan toumiquet pada area yang cedera.	

			d. Lakukan pencegahan infeksi. e. Lakukan perawatan kaki dan kuku f. Lakukan hidrasi. **Edukasi** a. Anjurkan berolahraga rutin. b. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu. c. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur. d. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis, melembabkan kulit kering pada kaki. e. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikar omega 3). f. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis, rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, hilangnya rasa)	
4.	Sabtu, 28 Maret 2026 Jam 15.35	**Mobilitas Fisik (L.08066)** Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 4x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan Kriteria hasil : a) Kekuatan otot meningkat b) Rentang gerak (ROM) meningkat	**Dukungan Ambulasi (I.06171)** **Observasi** 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi **Terapeutik** 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk)	

		2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi **Edukasi** 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini 3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

I. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.10 Implementasi Keperawatan

Hari/tgl Jam	No DX	Implementasi	Respon Hasil	TTD
Sabtu,28 Maret 2026 15.50 WIB	DX 1	Memonitor kadar gula darah , tanda dan gejala hiperglikemi	DS : Pasien mengatakan pagi hari sudah dilakukan pengecekan gula, sering kencing pada malam hari, terasa lemas, kaki sering kesemutan hasil GDS: 228 mg/dl DO : pasien tampak lemas.	
15.55 WIB	DX 1	Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia.	DS : Pasien dan keluarga mengatakan sering mengkonsumsi makanan dan minuman manis, makanan berlemak, dan bersantan DO : pasien tampak menjawab dengan serius	

15. 57 WIB	DX 2,4	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	DS :Pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri, skala nyeri 5, saat terlalu lama berdiam ,hilang timbul, seperti ditusuk tusuk, DO : pasien tampak meringis, proteksi nyeri saat dipegang	
16.00 WIB	DX 4	menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi	DS :Pasien dan keluarga mengatakan paham. DO : pasien tampak mendengarkan dengan baik.	
16. 05 WIB	DX 1,2	Memberikan obat sesuai advice Ranitidine 50mg Ketorolac 30 mg	DS : Pasien mengatakan tidak merasakan gatal-gatal, sesak napas, ataupun tanda alergi lainnya DO : Obat telah masuk tidak ada reaksi alergi maupun hipersensitivitas	
16.10 WIB	DX3	Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi	DS :Pasien mengatakan suka makanan bersantan, pernah cek asam urat hasil 8 mg/Dl DO :Pasien tampak menjelaskan kebiasaan pola makan	

16.15 WIB	DX. 1	Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga dan mengajarkan teknik (terapi senam kaki diabetes)	DS :Pasien mengatakan bersedia untuk dilatih DO : Pasien tampak bersiap untuk dilatih 
16.15 WIB	DX 1	Mengukur kadar glukosa darah	DS: Pasien bersedia dilakukan pengecekan gula darah DO: pasien tampak mendekatkan tangan GDS: 240 mg/dL 
16.20 WIB	DX 1	Melakukan senam Kaki diabetes	DS: Pasien bersedia untuk melakukan terapi senam kaki DO: Pasien tampak melakukan dengan baik dan paham akan gerakan 
17.10 WIB	DX 1	Memonitor kadar gula darah dan evaluasi	DS: Pasien mengatakan kaki terasa lebih ringan. DO: pasien tampak lelah GDS: 220 mg/dL 
18.45 WIB	DX 4	Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi	DS: pasien mengatakan bersedia DO: pasien tampak paham dan rileks

18.50 WIB	DX 4	Menganjurkan dan mengajarkan ambulasi sederhana (berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi).	DS: pasien mengatakan bersedia DO: pasien tampak paham akan anjuran yang disampaikan dan mampu mengikuti dengan baik
19.45 WIB	DX3	Menganjurkan berolahraga rutin. Dan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur.	DS: pasien mengatakan bersedia DO: pasien tampak paham akan anjuran yang disampaikan
19.50 WIB	DX 2	Mengajarkan tehnik nafas dalam untuk mengurangi nyeri	DS :Pasien mengatakan bersedia untuk dilatih DO : Pasien tampak mengikuti dengan baik
Minggu,29 Maret 2026 23.50 WIB	DX 1,2	Memberikan obat sesuai advice Ranitidine 50mg Sansulin rapid 6 u Ketorolac 30 mg	DS : Pasien tidak merasakan gatal-gatal, sesak napas, ataupun tanda alergi lainnya DO : Obat telah masuk tidak ada reaksi alergi maupun hipersensitivitas
05.30	DX 1	Mengukur tanda vital dan memonitor kadar gula darah	DS : Pasien mengatakan bersedia DO: TD : 148/80 mmHg RR : 21 x/menit Nadi : 73x/menit Suhu : 36,5 ºC

			GDS:247 mg/dL	RIMA
08.00 WIB	DX 1,2	Memberikan obat sesuai advice Ranitidine 50mg IV Ketorolak 30 mg IV Sansulin rapid 6 u SC Adalat (nifedipine)30 mg Ceftriaxon 2 gr	DS : Pasien mengatakan tidak merasakan gatal-gatal, sesak napas, ataupun tanda alergi lainnya DO: Obat telah masuk tidak ada reaksi alergi maupun hipersensitivitas	
08.20 WIB	DX 4	mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	DS : Pasien mengatakan nyeri dikaki kiri DO: pasien tampak meringis	
09.30 WIB	DX. 3	Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas.	DS : pasien mengatakan nyeri skala 2 , tidak ada bengkak, tidak ada kemerahan DO : tidak ada kemerahan ataupun bengkak	

11.20 WIB	DX . 2	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	DS : Pasien mengatakan masih merasakan nyeri kepala P: saat berdiam terlalu lama Q: Di tusuk-tusuk R: Kaki kiri S: Skala 4 T: Hilang-timbul DO : tampak meringis	
11.30 WIB	DX 1	Pengukuran tanda Vital dan Monitor tanda dan gejala hiperglikemia.	DS : Pasien mengatakan bersedia, mengatakan lemas, masih BAK dimalam hari. DO: Tekanan darah : 140/80 mmHg RR : 20x/menit Nadi : 85x/menit Suhu : 36,5 ºC	
Minggu,29 Maret 2026 15.00 WIB	DX 1,3	Monitor tanda dan gejala hiperglikemia serta menganjurkan Olah Raga rutin.	DS : Pasien mengatakan badan terasa lemas, mengantuk dan semalam masih 3x BAK DO: pasien tampak lesu kurang bersemangat	

15.20 WIB	DX. 2	Mengidentifikasi skala nyeri dan respons nyeri non verbal	DS : Pasien mengatakan saat berdiam terlalu lama nyeri terasa, nyeri berkurang skala nyeri 4 DO : pasien tampak meringis, tampak melindungi kaki	
15.30 WIB	DX 2,	Melakukan teknik nonfarmakologis nafas dalam	DS : Pasien mengatakan bersedia DO :pasien tampak melakukan relaksasi nafas dalam dengan baik	
16.00 WIB	DX 1,2	Memberikan obat sesuai advice Ranitidine 50mg IV Ketorolak 30 mg IV Sansulin rapid 6 u SC	DS : Pasien mengatakan tidak merasakan gatal-gatal, sesak napas, ataupun tanda alergi lainnya DO: Obat telah masuk tidak ada reaksi alergi maupun hipersensitivitas	
16.05 WIB	DX. 3	Memeriksa sirkulasi perifer	DS : Pasien mengatakan bersedia DO : pasien tampak mendekatkan tangan CRT 4 detik, kulit tampak pucat, akral dingin	
16.20 WIB	DX 1	Memonitor dan mengukur kadar glukosa darah	DS: Pasien mengatakan tadi pagi gula darah 247 mg/dL DO:Pasien tampak mendekatkan tangan kanan GDS: 260 mg/dL	

16. 25 WIB	DX 1,3	Melakukan terapi senam kaki diabetes	DS : Pasien mengatakan bisa meskipun pelan-pelan DO : Pasien tampak melakukan dengan baik	
17.05 WIB	DX 1	Mengukur kadar gula darah	DS : Pasien mengatakan bersedia DO: Pasien tampak mendekatkan tangan kiri GDS: 235 mg/dL	
18.15 WIB	DX 4	memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu	DS : Pasien mengatakan bersedia DO: Pasien tampak paham dan mengerti	
18.20 WIB	DX 4	melibatkan keluarga untuk meningkatkan ambulasi	DS : keluarga Pasien mengatakan bersedia DO: keluarga dan Pasien tampak saling berusaha	
18.22 WIB	DX 4	Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi	DS : keluarga Pasien mengatakan pasien mengeluh nyeri DO: Pasien tampak meringis.	

19.25 WIB	DX. 2	Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan relaksasi distraksi	DS : Pasien mengatakan paham akan tehnik yang diajrkan DO :Pasien tampak melakukan terapi secara mandiri	
19.40 WIB	DX. 3	Mengajarkan program diit rendah lemak dan mengidentifikasi tanda gejala darurat	DS : Pasien dan keluarga mengatakan paham akan penyampaian perawat DO: Pasien tampak paham dan mampu mengulangi	
20.05 WIB	DX . 2	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	DS : Pasien mengatakan masih merasakan nyeri kepala P: saat berdiam terlalu lama Q: Di tusuk-tusuk R: Kaki kiri S: Skala 3 T: Hilang-timbul DO : tampak meringis	
20.20 WIB	DX . 2	Mengidentifikasi respons nyeri non verbal	DS: - DO:Tampak masih gelisah, , meringis kesakitan	

20.30 WIB	DX. 3	Menganjurkan untuk berolahraga rutin	DS : Pasien mengatakan bersedia bila sudah membaik akan banyak bergerak DO:Pasien tampak menyampaikan dengan serius	
Senin, 30 Maret 2026 24.00 WIB	DX 1,2	Memberikan obat sesuai advice Ranitidine 50mg Ketorolac 30 mg Sansulin rapid 6 u SC	DS : Pasien mengatakan tidak merasakan gatal-gatal, sesak napas, ataupun tanda alergi lainnya DO : Obat telah masuk tidak ada reaksi alergi maupun hipersensitivitas	
06.00	DX 1	Mengukur tanda vital dan memonitor kadar gula darah	DS : Pasien mengatakan bersedia DO: TD : 148/80 mmHg RR : 21 x/menit Nadi: 73x/menit Suhu: 36,5 ºC GDS: 230 mg/dL	RIMA

08.00 WIB	DX 1,2	Memberikan obat sesuai advice Ranitidine 50mg IV Ketorolak 30 mg IV Sansulin rapid 6 u SC Adalat (nifedipine)30 mg Ceftriaxon 2 gr	DS : Pasien mengatakan tidak merasakan gatal, sesak napas, ataupun tanda alergi lainnya DO: Obat telah masuk tidak ada reaksi alergi maupun hipersensitivitas	
09. 20 WIB	DX. 2	Memberikan kompres hangat untuk mengurangi nyeri	DS:Pasien mengatakan nyeri berkurang DO: Pasien tampak nyaman saat di kompres di area kepala	
10.20 WIB	DX . 2,4	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	DS : Pasien mengatakan masih merasakan nyeri kepala P: saat berdiam terlalu lama Q: Di tusuk-tusuk R: Kaki kiri S: Skala 4 T: Hilang-timbul DO : tampak meringis	
10.50 WIB	DX 4	Menganjurkan dan mengajarkan ambulasi sederhana (berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi).	DS: pasien mengatakan bersedia DO: pasien tampak paham akan anjuran yang disampaikan dan mampu mengikuti dengan baik	

11.05 WIB	DX 4	melibatkan keluarga untuk meningkatkan ambulasi	DS : keluarga Pasien mengatakan bersedia DO: keluarga dan Pasien tampak saling berusaha	
11.10 WIB	DX 4	Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi	DS : keluarga Pasien mengatakan keluhan nyeri berkurang. DO: Pasien tampak meringis.	
11.30 WIB	DX 1	Pengukuran tanda Vital dan Monitor tanda dan gejala hiperglikemia.	DS : Pasien mengatakan bersedia, mengatakan lemas, masih BAK dimalam hari. DO: TD : 138/80 mmHg RR : 20x/menit Nadi : 85x/menit Suhu : 36,5 ºC	
14.30 WIB	DX. 3	Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. -	DS : pasien mengatakan nyeri skala 4 , tidak ada bengkak, tidak ada kemerahan DO : tidak ada kemerahan ataupun bengkak	

15.15 WIB	DX. 2	Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi distraksi)	DS : Pasien mengatakan nyeri berkurang DO : sudah tidak meringis kesakitan, tidak gelisah, pproteksi nyeri menurun	
15.20 WIB	DX. 3	memeriksa sirkulasi perifer	DS : Pasien mengatakan bersedia DO : pasien tampak mendekatkan tangan CRT 4 detik, kulit tampak pucat, akral dingin	
16.00 WIB	DX 1,2	Memberikan obat sesuai advice Ranitidine 50mg IV Ketorolak 30 mg IV Sansulin rapid 6 u SC	DS : Pasien mengatakan tidak merasakan gatal-gatal, sesak napas, ataupun tanda alergi lainnya DO: Obat telah masuk tidak ada reaksi alergi maupun hipersensitivitas	
16.10 WIB	DX. 1	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, Mengukur kadar glukosa darah	DS: Pasien mengatakan masih terasa lemas, terasa haus DO: Pasien tampak mendekatkan tangan kanan, mulut tampak kering GDS: 220 mg/dL	

16.15 WIB	DX. 1	Melakukan terapi senam kaki diabetes	DS : Pasien mengatakan bisa meskipun pelan-pelan DO : Pasien tampak melakukan dengan baik 
17.55 WIB	DX. 1	Mengukur kadar gula darah	DS : Pasien mengatakan bersedia DO: Pasien tampak mendekatkan tangan kiri GDS: 210 mg/dL 
18.50 WIB	DX . 2	Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga (terapi senam kaki diabetes)	DS : Pasien dan keluarga mengatakann siap untuk melakukan secara mandiri dirumah DO : tampak menjawab dengan sungguh sungguh 
19.50 WIB	DX . 4	Menganjurkan ambulasi sederhana (berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi).	DS: pasien mengatakan bersedia DO: pasien tampak paham akan anjuran yang disampaikan dan mampu mengikuti dengan baik 
20.25 WIB	DX . 2	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	DS : Pasien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 2 DO : meringis tidak ada, gelisah tidak ada,tidak bersikap protektif terhadap nyerinya 

20.30 WIB	DX. 3	Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas.	DS : pasien mengatakan nyeri skala 3 , tidak ada bengkak, tidak ada kemerahan DO : tidak ada kemerahan ataupun bengkak 
Selasa, 31 Maret 2026 23.40 WIB	DX 1,2	Memberikan obat sesuai advice Ranitidine 50mg Sansulin rapid 3x6 u Ketorolac 30 mg	DS : Pasien mengatakan tidak merasakan gatal-gatal, sesaknapas, ataupun tanda alergilainnya DO : Obat telah masuk tidak ada reaksi alergi maupun hipersensitivitas 
05.30	DX 1	Mengukur tanda vital dan memonitor kadar gula darah	DS : Pasien mengatakan bersedia DO: TD : 148/80 mmHg RR : 21 x/menit Nadi : 73x/menit Suhu : 36,5 ºC GDS :240 mg/dL
08.00 WIB	DX 1,2	Memberikan obat sesuai advice Ranitidine 50mg IV Ketorolak 30 mg IV Sansulin rapid 6 u IC Adalat (nifedipine)30 mg Ceftriaxon 2gr	DS : Pasien mengatakan tidak merasakan gatal, sesak napas, ataupun tanda alergi lainnya DO: Obat telah masuk tidak ada reaksi alergi maupun hipersensitivitas 

09.30 WIB	DX. 3	Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas.	DS : pasien mengatakan nyeri skala 2 , tidak ada bengkak, tidak ada kemerahan DO : tidak ada kemerahan ataupun bengkak	
09.35 WIB	DX . 2,4	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	DS : Pasien mengatakan masih merasakan nyeri kepala P: saat berdiam terlalu lama Q: Di tusuk-tusuk R: Kaki kiri S: Skala 2 T: Hilang-timbul DO : tampak meringis	
10.50 WIB	DX 4	Mengajarkan tehnik nafas dalam untuk mengurangi nyeri	DS : Pasien mengatakan bersedia untuk dilatih DO : Pasien tampak mengikuti dengan baik	
11.20 WIB	DX 2	Mengajarkan tehnik nafas dalam untuk mengurangi nyeri	DS : Pasien mengatakan bersedia untuk dilatih DO : Pasien tampak mengikuti dengan baik	

Selasa, 31 Maret 2026 14.10	DX 1	Mengukur tanda tanda vital	DS : Pasien mengatakan bersedia DO: Tekanan darah : 128/80 mmHg RR : 18x/menit Nadi : 73x/menit Suhu : 36,5 ºC	
14.10 WIB	DX 1,3	Memonitor kadar gula darah , tanda dan gejala hiperglikemi, serta memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak	DS : Pasien mengatakan pagi hari sudah dilakukan pengecekan gula, BAK pada malam hari, terasa lemas, kaki sering kesemutan hasil GDS: 240 mg/dl DO :Pasien tampak lemas.tidak tampak bengkak maupun kemerahan.	
15.20 WIB	DX 2	mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	DS :Pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri berkurang , skala nyeri 1, saat terlalu lama berdiam ,hilang timbul, seperti ditusuk tusuk, DO : Pasien tidak tampak meringis, proteksi nyeri saat dipegang menurun	

16. 05 WIB	DX 1,2	Memberikan obat sesuai advice Ranitidine 50mg Sansulin rapid 3x6 u Ketorolac 30 mg	DS : Pasien mengatakan tidak merasakan gatal-gatal, sesak napas, ataupun tanda alergi lainnya DO : Obat telah masuk tidak ada reaksi alergi maupun hipersensitivitas	
16.10 WIB	DX3	Menganjurkan untuk berolahraga rutin	DS : Pasien mengatakan bersedia bila sudah membaik akan banyak bergerak DO : Pasien tampak menyampaikan dengan serius	
18.20 WIB	DX 2	Mengajarkan tehnik nafas dalam untuk mengurangi nyeri	DS : Pasien mengatakan bersedia untuk dilatih DO : Pasien tampak mengikuti dengan baik	
16.10 WIB	DX 1	Mengukur kadar glukosa darah	DS: Pasien bersedia dilakukan pengecekan gula darah DO: pasien tampak mendekatkan tangan GDS: 220 mg/dL	

16.13	DX 1	Melakukan senam Kaki diabetes	DS: Pasien bersedia untuk melakukan terapi senam kaki DO: Pasien tampak melakukan dengan baik dan paham akan gerakan 
17.00 WIB	DX 1	Memonitor kadar gula darah dan evaluasi	DS: Pasien mengatakan kaki terasa lebih ringan. DO: pasien tampak lelah GDS: 180 mg/dL 
19.45 WIB	DX3	Anjurkan berolahraga rutin. Dan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur.	DS: pasien mengatakan bersedia DO: pasien tampak paham akan anjuran yang disampaikan 
20.40 WIB	DX. 1	Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga dan mengajarkan teknik (terapi senam kaki diabetes) -	DS :Pasien mengatakan bersedia untuk berolahraga dan mengatur pila makan DO : Pasien tampak mendengarkan anjuran yang disampaikan 

J. Evaluasi Keperawatan

Table 3.11 Evaluasi Keperawatan

Hari/ Tgl/Jam	DX	Evaluasi (SOAP)	TTD
Sabtu, 28 Maret 2026 19.40WIB	DX. 1	**S :** Pasien mengatakan badan terasa lemas, kaki kesemutan, pandangan kabur. **O** : Pasien tampak masih lemah, GDS: 245 mg/dL **A :** Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi **P :** Lanjutkan intervensi - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise,pandangan kabur, sakit kepala). - Monitor kadar glukosa darah - Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga (terapi senam kaki diabetes) - Monitor efektivitas latihan terapi senam kaki diabetes	

19.50 WIB	DX. 2	**S :** Pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada kaki kiri P: saat berdiam terlalu lama. Q: Di tusuk-tusuk R: kaki bagian kiri S: Skala 5 T: Hilang-timbul **O :** Tampak Gelisah, proteksi nyeri pada kaki kiri, tampak meringis kesakitan **A :** Masalah nyeri akut belum teratasi **P :** Lanjutkan intervensi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Kolaborasi pemberian analgetik (Ketorolac 2x 30 mg) - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (nafas dalam)
19.55 WIB	DX. 3	**S** : Pasien mengatakan nyeri dikaki, tangan dan kaki terasa dingin terasa kebas , **O** : Pasien tampak lemas, CRT> 3 detik, kulit tampak pucat **A :** Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi **P :** Lanjutkan intervensi - Periksa sirkulasi perifer (mis, nadi perifer, edema, pengisian kapiller, warna). - identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi.

		- Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. - Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi - Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis, rasa sakit yang tidak hilang, hilangnya rasa)	
Minggu, 29 Maret 2026 19.20 WIB	DX. 1	**S :** Pasien mengatakan badan terasa lemas, kaki kesemutan, pandangan blur. **O** : Pasien tampak masih lemah, GDS: 235 mg/dL **A :** Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi **P** : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise,pandangan kabur, - Monitor kadar glukosa darah - Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga (terapi senam kaki diabetes)	
20.20 WIB	DX. 2	**S :** Pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada kaki kiri P: saat berdiam terlalu lama. Q: Di tusuk-tusuk R: kaki bagian kiri S: Skala 4 T: Hilang-timbul **O :** Tampak Gelisah, proteksi nyeri pada kaki kiri, tampak meringis kesakitan **A :** Masalah nyeri akut belum teratasi **P :** Lanjutkan intervensi	

		- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Kolaborasi pemberian analgetik (Ketorolac 2x 30 mg) - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (nafas dalam)	
20.40 WIB	DX 3	**S** : pasien mengatakan nyeri dikaki, tangan dan kaki terasa dingin terasa kebas , **O**: Pasien tampak lemas, CRT> 3 detik, kulit tampak pucat **A :** Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi **P :** Lanjutkan intervensi - Periksa sirkulasi perifer (mis, nadi perifer, edema, pengisian kapiller, warna). - identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi. - Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. - Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi - Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis, rasa sakit yang tidak hilang, hilangnya rasa)	

Senin, 30 Maret 2026 19.30 WIB	DX 1	**S :** Pasien mengatakan badan terasa lebih segar, kaki kesemutan menurun, pandangan kabur. **O** : Pasien tampak masih lemah, GDS: 210 mg/dL **A :** Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi **P :** Lanjutkan intervensi - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, ,pandangan kabur) - Monitor kadar glukosa darah - Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga (terapi senam kaki diabetes) - Monitor efektivitas latihan terapi senam kaki diabetes
20.30 WIB	DX. 2	**S :** Pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada kaki, namun sudah berkurang P: saat berdiam terlalu lama. Q: Di tusuk-tusuk R: kaki bagian kiri S: Skala 2 T: Hilang-timbul **O :** Tidak tampak Gelisah, proteksi nyeri pada kaki kiri menurun, tampak meringis **A :** Masalah nyeri akut belum teratasi **P :** Lanjutkan intervensi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

		- Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Kolaborasi pemberian analgetik (Ketorolac 2x 30 mg) - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri relaksasi distraksi	
20.40 WIB	DX 3	**S** : pasien mengatakan nyeri dikaki, tangan dan kaki terasa dingin terasa kebas , **O**: Pasien tampak lemas, CRT> 3 detik, kulit tampak pucat **A :** Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi **P :** Lanjutkan intervensi - Periksa sirkulasi perifer (mis, nadi perifer, edema, pengisian kapiller, warna). - identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi. - Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. - Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis, rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, hilangnya rasa)	
Selasa, 31 Maret 2026 19.20 WIB	DX. 1	**S :** Pasien mengatakan badan terasa lebih segar, kaki kesemutan menurun, pandangan kabur. **O** : Pasien tampak masih lemah, GDS: 180 mg/dL **A :** Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi **P :** Lanjutkan intervensi - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, ,pandangan kabur,	

	- Monitor kadar glukosa darah - Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga (terapi senam kaki diabetes) - Monitor efektivitas latihan terapi senam kaki diabetes	
16.10	**S :** Pasien mengatakan nyeri berkurang pada kaki kiri P: saat berdiam terlalu lama. Q: Di tusuk-tusuk R: kaki bagian kiri S: Skala 1 T: Hilang-timbul **O :** Tidak tampak Gelisah, proteksi nyeri pada kaki kiri menurun, tidak tampak meringis **A :** Masalah nyeri teratasi **P :** hentikan intervensi.	

20.40 WIB	DX 3	**S** : pasien mengatakan nyeri dikaki, tangan dan kaki terasa dingin terasa kebas , **O**: Pasien tampak lemas, CRT> 3 detik, kulit tidak tampak pucat **A :** Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi **P :** Lanjutkan intervensi - Periksa sirkulasi perifer (mis, nadi perifer, CRT, warna). - Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. - Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis, rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, hilangnya rasa)