

BAB 3

ASUHAN KEPERAWATAN

3.1 Pengkajian

Uke

 **STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA**
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

Nama Mahasiswa : Viv Lulita Wula P
NIM : 202211037
Tempat Praktik : RS Panti Rapih
Waktu Praktik : 06.30 - 14.00

PENGKAJIAN KEPERAWATAN

A. Identitas Diri Klien

Nama	: <u>Tn. J</u>	Suku	: <u>Jawa</u>
Umur	: <u>59 th</u>	Pendidikan	: <u>SMP</u>
Jenis Kelamin	: <u>Laki-laki</u>	Pekerjaan	: <u>Pensiun</u>
Alamat	: <u>Sorosi, Ngrom, Sleman, Yogyakarta</u>	Diagnosis Medik saat masuk RS	: <u>Hipertensi, DM</u>
RM	: <u>2612000</u>	Diagnosis Medik saat ini	: <u>Hipertensi, DM</u>
Status Perkawinan	: <u>Menikah</u>	Tanggal Masuk RS	: <u>3 Jan 2025 Jam 17.00 WIB</u>
Agama	: <u>Islam</u>	Tanggal Pengkajian	: <u>5 Jan 2025</u>
		Sumber Informasi	: <u>Pasien, keluarga, pasien, ERM</u>

B. Data Fokus Biologis

1. Anamnesis

a. Riwayat Penyakit dahulu

Pasien mengatakan pernah memiliki riwayat hipertensi sejak tahun 2010 sampai saat ini. DM dikontrol. Pada tahun 2021 pasien memiliki riwayat penyakit DM dikontrol dengan hasil HbA1c.

b. Riwayat penyakit sekarang

1) Perjalanan Penyakit

Pasien mengatakan pada tanggal 3 Jan 2025 hari Selasa pasien kontrol rutin DM di poliklinik. Lalu di periksa Gula Darah Acilaipat tinggi yaitu 644 mg/dl lalu disarankan oleh dokter untuk mengatur makan, minum, dan obat. Pasien merasa kehausan, sering mengantuk, berat badan turun, dan sering merasa lelah.

CS

Dipindai dengan CamScanner



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

2) Keluhan Utama saat ini:

Pasien mengatakan sering haus
.....
.....
.....
.....

3) Keluhan Penyerta lainnya

Pasien mengatakan sering lapar, sering BAK
.....
.....

c. Riwayat Penyakit keluarga

Pasien mengatakan keluarga (ayah dan ibu) pasien sama-sama pernah dan tidak pernah tidak
mengalami riwayat penyakit yang sama. Saat ini tidak ada anggota keluarga yang sedang
mendapat sakit penyakit.
.....
.....
.....

2. DATA PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR PASIEN (nutrisi, eliminasi, hygiene

perseorangan, istirahat tidur, aktivitas, oksigenasi, cairan dan elektrolit, keamanan dan keselamatan)

➤ Nutrisi: Selama sakit pasien mengatakan sering makan baik, makan 3x / hari, 1 porsi lebih, merasa
sangat nyaman tidak ada keluhan dalam makan seperti mual dan muntah.

Saat sakit pasien mengatakan sering makan baik, makan 3x / hari, 1 porsi lebih, tidak
ada penurunan nafsu makan. Pasien mengatakan tidak mengalami penurunan berat badan dan bantalan
pada perut. Pasien merasa haus dan sering minum. Minum 8x / hari, tidak dapat menahan haus / sering
minum.

➤ Eliminasi: Selama sakit pasien mengatakan BAK lancar 2x sehari dengan konsistensi
lembek, BAK 4-5x sehari konsistensi cair berwarna kuning.
Saat sakit pasien mengatakan lebih sering BAK, berkeringat lebih 8-9x / hari
atau lebih, tidak ada keluhan BAK, tidak mengantuk karena

Lampiran di sampingnya =>

Lanjutan No 2.

➤ Hygiene Perawatan

- Sebelum sakit pasien mengatakan mandi 2x sehari pagi dan sore menggunakan sabun 3x sehari.
- Saat sakit pasien mengatakan mandi dengan di lap-lap di area tubuh tempat tidur.

➤ Diet dan Tidur

- Pasien mengatakan tidur malam selama 8 jam dan tidur siang 1 jam sebelum sakit.
- Saat sakit pasien mengatakan tidur cukup siang dan malam dengan lamanya 1 jam tidur siang dan 8 jam tidur malam, tidak mengalami kesulitan tidur.

➤ Aktivitas

- Sebelum sakit pasien mengatakan pasien dapat melakukan semua aktivitas sendiri tanpa bantuan alat dan orang lain.
- Saat sakit pasien mengatakan dapat beraktivitas seperti biasa, pasien tetap bisa melakukan mobilitas di sekitar dan di area tempat tidur.

➤ Oksigenasi

- Sebelum sakit pasien mengatakan pasien tidak menggunakan alat bantu pernapasan.
- Saat sakit pasien tidak menggunakan alat bantu pernapasan. Pasien bernafas spontan.

➤ Cairan dan Elektrolit

- Sebelum sakit pasien mengatakan minum sebanyak 5-6 gelas sehari.
- Saat sakit pasien minum sebanyak 6-7 gelas sehari, pasien mengonsumsi infus NaCl 0,9% selama 20 jam.

➤ Keimunan dan Kelelahan

- Sebelum sakit pasien mengatakan pasien tidak mengalami keimunan khusus.
- Saat sakit pasien mengatakan pada saat ini, pasien selalu didampingi oleh keluarga yaitu ibunya.

3. PEMERIKSAAN FISIK (Data Fokus)

Kesadaran : GCS : E:4 V:5 M:6 Defisit kesadaran : Coma ringan total GCS: 15

Tanda-tanda vital : TD : 120/90 mmHg RR = 21x/menit

N: 93x/menit SPO₂ = 98%

S: 36,3°C

Sistemik : > Kepala dan kepala : kepala lunak, rapuh, suhu... normal

> Jantung : S1, S2, tidak terdengar secara normal, tidak terdengar secara normal, tidak terdengar secara normal

> Paru-paru : Suara paru dan kiri, tidak terdengar, tidak terdengar secara normal, tidak terdengar secara normal

> Hepar : Hepar lunak, tidak terdengar, tidak terdengar secara normal, tidak terdengar secara normal

> Mulut : Mulut tidak ada, tidak terdengar, tidak terdengar secara normal, tidak terdengar secara normal

> Kulit : Kulit tidak ada, tidak terdengar, tidak terdengar secara normal, tidak terdengar secara normal

> Dada dan paru-paru : Dada dan paru-paru, tidak terdengar, tidak terdengar secara normal, tidak terdengar secara normal

Langkah di selanjutnya =>

C. DATA PSIKOLOGIS (Anamnesis dan Observasi)

Selama pemeriksaan, pasien mengatakan selalu mengalami gangguan tidur dan ingatan. Dia mengatakan, pasien

selalu merasa ada yang tidak beres, dan merasa mengalami gangguan ingatan. Saat ini, pasien mengatakan

kegiatan sehari-hari selalu mengalami gangguan ingatan. Dia mengatakan, pasien mengalami gangguan ingatan

dengan cara tidur dan merasa ingatan. Pasien mengatakan, pasien mengalami gangguan ingatan

pasien dengan mengalami gangguan ingatan yang baik

D. DATA SOSIOLOGIS (Anamnesis dan Observasi)

Pasien mengatakan bahwa selama pemeriksaan, pasien merasa mengalami gangguan ingatan. Dia mengatakan, pasien

selalu merasa ada yang tidak beres, dan merasa mengalami gangguan ingatan. Saat ini, pasien mengatakan

kegiatan sehari-hari selalu mengalami gangguan ingatan. Dia mengatakan, pasien mengalami gangguan ingatan

logit no. 3

→ Konduktivitäten: festes Iktus cordis, leiseres 2tes Jenting bei normal, 1CS I, hartes Jenting
Knochen 1CS 6, hartes Jenting 1CS 3. BJ 1: 1st, BJ 11: 2nd, BJ 111: 4th oder
mehrere = 4th oder 5th. Galltop: 4th oder

→ Ablesen: Kerne mit Mikroskop ablesen normal, 10µm 425 Nucleus, 1µm oder 1µm, 1µm oder 1µm
den Nucleus - 10µm 10µm - 1µm oder 1µm - 1µm oder 1µm
1µm oder 1µm 1µm oder 1µm - 1µm oder 1µm

→ Ingeriert, gesenkt, das eine: Aids, Leptospirose, Karies, Bist, Aids als Beispiel nach einer Injektion, gesenkt, das eine.

↳ Perilaku : bersih tidak ada kotoran, tidak ada bau, tidak nyeri, tidak ada nyeri tekan

↳ Matriks ketidak: tidak ada konflik, determinasi, dan penalaran; tidak mengkonfirmasi; disetujui
 Uji kuantitatif atau $\frac{5}{5} \frac{5}{5}$ seragam benar

By Integrees : Able girl likes, built heavy, able person, able to speak French

→ Endokrin:

~~ABY~~

Definisilah kata: kata karena dan kata dapat merestikan tugas dan waktu, hasil dan kuantitas, banyak dan sedikit.

AB1: tanga kum : 125/80
kri : 130/90

$$k_{\text{gel}} = 140/25$$

$$k_{\text{am}} = 120/90$$

AD1 = sekam sirtak pengalir kehi
sekam sirtak lora

$$\text{ABI Korn} = \frac{140}{130} = 1.08$$

$$AB1 \text{ kN} = \frac{125}{120} = 1.04$$

Kesimpulan : ABL kanan = 1.08 normal
 ABL kiri = 1.04 normal

lesi tidak ada gangguan arteri perifer



E. DATA KULTURAL (Anamnesa dan Observasi)

Pasien mengatakan sehari-hari berkomunikasi menggunakan bahasa Jawa dan berasal dari suku Jawa. Saat ini Pasien mengatakan tidak ada nilai, keyakinan, dan kebiasaan yang bertentangan dengan kesehatan dan penyakit yang sedang dialami.

F. DATA SPIRITUAL (Anamnesa dan Observasi)

Pasien mengatakan sehari-hari mampu menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinan agama dan beribadah. Tidak ada pertentangan keyakinan dalam menjalankan ibadah. Saat ini pasien mengatakan pada saat-saat dalam menjalankan ibadah merasa ada hambatan dalam menjalankan ibadah seperti tidak ada nilai, keyakinan, dan kebiasaan yang bertentangan dengan kesehatan dan penyakit yang sedang dialami.

DATA LINGKUNGAN (Anamnesa dan Observasi)

Pasien mengatakan tidak ada orang tinggal di lingkungan yang aktif berorganisasi. Pasien tinggal bersama istri dan anaknya tidak merasa ada orang berkecukupan. Saat di rumah ada pasien dengan keluhan yang sama.

G. Program Terapi

Nama Obat	Dosis	Indikasi	Kontra Indikasi	Alasan Pasien Mendapat Obat
Crystaparin (PO)	100 mg 2x 200 mg	vitamin untuk nyeri sendi	hipertensi, terdapat selaput, gangguan fungsi ginjal akut, gangguan napas	karena masalah ginjal akut
Candesartan (PO)	10 mg 0 mg	untuk tekanan darah	hipertensi, stroke, gagal jantung, gagal ginjal berat, gagal ginjal akut	untuk masalah tekanan darah pasien
Nurorepid (SC)	8 unit	menurunkan kadar gula darah	hipoglikemia, alergi terhadap insulin, riwayat hipoglikemia berat	masalah gula darah
Hy. Pantoprazole (IV)	40 mg	terhadap lambung	allergi, efek hipotensi, terdapat masalah pantoprazole, gangguan ginjal akut	masalah gangguan lambung
Nasal 2%	1 botol 100 ml 12 tpm	Hipertonik nasal	Hipertensi, gangguan ginjal akut, gangguan fungsi ginjal akut, gangguan fungsi ginjal akut, gangguan fungsi ginjal akut	Pada masalah hipertensi

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Pemeriksaan laboratorium

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Komponen yang diperiksa	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Interpretasi
3/6/2025	Hematologi	Eritrosit	4.98	4.5 - 6.5	246 / μ L	Normal
		Hematokrit	15.6	13 - 18	g/dL	Normal
		Hematokrit	46.4	40 - 54	%	Normal
		MCV	84.6	80 - 100	μ m ³	Normal
		MCH	31.4	27.0 - 32.0	pg	Normal
		MCHC	37.2	32.0 - 36.0	g/dL	Normal
		RDW	12.6	11.0 - 16.0	%	Normal
		Plasma	197	150 - 450	10^9 / μ m ³	Normal
		Leukosit	5.18	4.0 - 11.0	10^9 / μ m ³	Normal
	Hemag. jml / diff	Neutrofil	57.1	35 - 65	%	Normal
		Lymphosit	31.9	20 - 35	%	Normal
		Monosit	7.1	2 - 6	%	Normal
		Eosinofil	2.2	0.50 - 7.00	%	Normal
		Basofil	1.2	0 - 1	%	Normal
		Basofil	1.39	4.3 - 12.0	%	Normal
	Fungsi Hati	SGOT	12.0	2.0 - 33.0	U/L	Normal
		SGPT	18.0	3.0 - 41.0	U/L	Normal
	Fungsi Ginjal	Ureum	31	15 - 43	mg/dL	Normal
		Kreatinin	0.88	0.30 - 1.30	mg/dL	Normal
	Gula	Gula darah acak	66.64 mg/dL	70 - 106	mg/dL	Normal
		HbA1c	>14.0	5.7 - 7.0	%	Normal
	Elektrolit	Kalsium	10.6	8.5 - 10.1	mg/dL	Normal
		Kalsium	10.6	10.0 - 11.0	mg/dL	Normal

2. Pemeriksaan Radiologi

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil
3/6/2025	Thorax	Pulmo dan besar cor dalam batas normal



3. Pemeriksaan EKG/MRI/PEMERIKSAAN KHUSUS LAIN

Tanggal	Jenis pemeriksaan	HASIL
2/6/2025	EKG	NSR 65 x/mnt, normal tidak ada gangguan ritme sinus
3/6/2025 12.30	GO	272 mg/dL
4/6/2025 05.00	GO	257 mg/dL
4/6/2025 12.00	GO	245 mg/dL
4/6/2025 19.00	GO	320 mg/dL
5/6/2025 05.00 dan 08.00	GOP GOS	179 mg/dL 234 mg/dL

Interpretasi: Gula darah : proses metabolisme hiperglikemia berat, pasien tidak makan, perlu adanya insulins dan pemantauan gula darah

Yogyakarta, 5 Juni 2025

, Perawat yang mengkaji

Vini Indira



ANALISIS DATA

Nama : Ti. J Ruang : Rm 2
No.RM : 250 Kamar : 3.1

NO.	DATA	MASALAH	KEMUNGKINAN PENYEBAB/FAKTOR RISIKO
1	DS: Pasien mengatakan sering haus, sering lapar sering BAK DO: Glikemia acak 664 mg/dL HbA1c: >14.0 % Gula darah 3/6/2022 plus 17.00 = 292 mg/dL 4/6/2022 05.00 = 273 mg/dL 4/6/2022 12.00 = 219 mg/dL 4/6/2022 18.00 = 340 mg/dL 5/6/2022 08.00 = 179 mg/dL 5/6/2022 14.00 = 179 mg/dL	Ketidakstabilan kadar gula darah	Retensi insulin
2	DS: Pasien mengatakan tidak mengetahui diet DM dan bertanya pada perawat Pasien mengatakan masih sering mengalami mual dan muntah muntah sering ter muntah, serta tidak bisa menerima makanan DO: - Pasien tampak bingung saat ditanya tentang pola makan kelas untuk DM - Pasien tidak dapat menyebutkan jenis makanan yang disarankan atau dihindari untuk DM - Pasien mengalami mual dan muntah yang tidak teratur dengan diet DM	Defisit pengetahuan	Kurang terpapar informasi

3.2 Diagnosis Keperawatan



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PENGELOMPOKAN DATA

Data Subyektif

Pasien mengatakan sering haus serta lapar serta BAK
Pasien mengatakan tidak memiliki demam, diare dan batuk serta tidak
Pasien mengatakan masih sering mengalami mual dan muntah serta tidak ada
perubahan keluhan

Data Obyektif

TTV: TD = 120/80 mmHg S = 76,7°C SPO₂ = 98%
N = 73 x/menit RR = 21 x/menit GCS: E = 4 V = 5 M = 6 Coma grade 15
Gairah makan: 60% s/d 100% HbA1c = 7,1%
MCHC = 37,2 g/dL Hemat 3,1 x Leukosit = 126 mm³/L
GD: tanggal 3/6/2025 pH 7,35 272 mg/dL
4/6/2025 pH 7,35 271 mg/dL
4/6/2025 pH 7,35 269 mg/dL
4/6/2025 pH 7,35 270 mg/dL
5/6/2025 pH 7,35 270 mg/dL
5/6/2025 pH 7,35 274 mg/dL

Pasien tampak bingung saat diinterogasi, pasien merasa haus dan lapar, pasien tidak dapat menyebutkan nama dan umur,
Pasien mengatakan mual yang tidak ada dengan diet DDM.

Penguji,

Tanggal.....

(.....ANDAH SAPTEKA.....)

Mahasiswa,

Tanggal 5 Juli 2025

(.....Vivi Luthi Luthi P.....)



Dipindai dengan CamScanner



STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Nama : Dia

Ruang : IKG 2

No.RM : 260544

Kamar : CA 5.1

NO.	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	TANDA TANGAN
1	5/6/2025	Kendak stabilitas kadar glukosa darah berfluktuasi dengan menu insulin diadukan dengan pasien mengatakan sering haus, sering lapar, sering BAK, Glukosa acak 664 mg/dL, HbA1c > 9%, Gula darah 3/6/2025 AM 12.00 272 mg/dL, 4/6/2025 PM 05.00 273 mg/dL, 4/6/2025 AM 12.00 219 mg/dL, 4/6/2025 PM 18.00 320 mg/dL, 5/6/2025 AM 05.00 175 mg/dL.	 (Viri)
2	5/6/2025	Defisit pengetahuan berkaitan dengan kurang tercapai informasi diinformasi dengan pasien mengatakan tidak mengetahui diet DM dan bertanya pada perawat, pasien mengatakan masih sering mengonsumsi makanan dan minuman manis karena takut jika manis tidak ada pasien malakun. Pasien tampak bingung saat ditanya tentang pola makan khusus untuk DM, pasien tidak dapat menyebutkan jenis makanan yang dianjurkan atau dihindari untuk DM, pasien mengemukakan makanan yang tidak sesuai dengan diet DM.	 (Viri)

3.3 Rencana Keperawatan

STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2023

RENCANA KEPERAWATAN

Nama : T. J Ruang : Rawat 2
No. RM : 20.0000 Kamar : Ca. 3.1

NO. DP	TANGGAL	TUJUAN DAN KRITERIA EVALUASI	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL	TTD/NAMA
1	5/6/2023	- Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan konstipasi tidak akan muncul dengan kriteria hasil : - Tidak terjadi nyeri anus (N) - Tidak terjadi darah saat buang air besar (N) Setelah 24 jam - Tidak terjadi keluhan lain yang muncul (N) < 0-1 %	1. Mengetahui penyebab konstipasi 2. Mengetahui cara yang menyebabkan konstipasi 3. Mengetahui tanda dan gejala konstipasi 4. Mengetahui tingkat dan derajat konstipasi 5. Mengetahui cara penanganan konstipasi 6. Mengetahui dengan media apa konstipasi dapat diatasi 7. Mengetahui konstipasi akibat dari konstipasi 8. Mengetahui konstipasi akibat dari konstipasi 9. Mengetahui konstipasi akibat dari konstipasi	1. Mengetahui cara penanganan konstipasi 2. Mengetahui cara penanganan konstipasi 3. Mengetahui cara penanganan konstipasi 4. Mengetahui cara penanganan konstipasi 5. Mengetahui cara penanganan konstipasi 6. Mengetahui cara penanganan konstipasi 7. Mengetahui cara penanganan konstipasi 8. Mengetahui cara penanganan konstipasi 9. Mengetahui cara penanganan konstipasi	✓ (Viv)

STIKES PANTI RAPIH YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2023

RENCANA KEPERAWATAN

Nama : T. J Ruang : Rawat 2
No. RM : 20.0000 Kamar : Ca. 3.1

NO. DP	TANGGAL	TUJUAN DAN KRITERIA EVALUASI	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL	TTD/NAMA
2	5/6/2023	- Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan konstipasi tidak akan muncul dengan kriteria hasil : - Tidak terjadi nyeri anus (N) - Tidak terjadi darah saat buang air besar (N) Setelah 24 jam - Tidak terjadi keluhan lain yang muncul (N) < 0-1 %	1. Mengetahui penyebab konstipasi 2. Mengetahui cara yang menyebabkan konstipasi 3. Mengetahui tanda dan gejala konstipasi 4. Mengetahui tingkat dan derajat konstipasi 5. Mengetahui cara penanganan konstipasi 6. Mengetahui dengan media apa konstipasi dapat diatasi 7. Mengetahui konstipasi akibat dari konstipasi 8. Mengetahui konstipasi akibat dari konstipasi 9. Mengetahui konstipasi akibat dari konstipasi	1. Mengetahui cara penanganan konstipasi 2. Mengetahui cara penanganan konstipasi 3. Mengetahui cara penanganan konstipasi 4. Mengetahui cara penanganan konstipasi 5. Mengetahui cara penanganan konstipasi 6. Mengetahui cara penanganan konstipasi 7. Mengetahui cara penanganan konstipasi 8. Mengetahui cara penanganan konstipasi 9. Mengetahui cara penanganan konstipasi	✓ (Viv)

3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

STIKES PANTI RAPSI YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama: Tn. J Ruang: Rm 2
No. RM: 2502000 Kamar: CB 2.1

NO. DP	TGL / JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTW NAMA	TGL / JAM	EVALUASI	TTW NAMA
2	11/6/2025 06.00	Mengaji berdoa untuk diri sendiri dan keluarga	V ₂ (Viu)	11/6/2025 06.15	1. Pasien mengatakan mau bangun, bangun lagi, bangun lagi lagi! D: mau tidur pakai tempat tidur T.O: 120/80 mmHg N: 76/menit S: 36,5°C RR: 20/menit G: 4-5 cm	V ₂ (Viu)
1	11/6/2025 08.00	Membaca asma asma oral, dan injeksi dan asma oral - Is. Albuterol 2mg, 10 ml - Cefazolin 2000 mg - Cefazolin 8 mg	V ₂ (Viu)	11/6/2025 08.30	3. Pasien mengatakan tidak mau makan D: obat N: 100 mg, 10 ml, dan Cefazolin 200 mg, 10 ml dan Cefazolin 8 mg, 10 ml G: 4-5 cm	V ₂ (Viu)
1	11/6/2025 10.00	Melakukan prosedur gula darah dan pemeriksaan glukosa	V ₂ (Viu)	11/6/2025 11.30	2. Pasien mengatakan mau bangun lagi D: hasil GDS puasa 234 mg/dl	V ₂ (Viu)

STIKES PANTI RAPSI YOGYAKARTA
PRAKTIK KOMPREHENSIF 2025

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama: Tn. J Ruang: Rm 2
No. RM: 2502000 Kamar: CB 2.1

NO. DP	TGL / JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTW NAMA	TGL / JAM	EVALUASI	TTW NAMA
1	11/6/2025 12.00	Membaca injeksi asma asma oral 8 mg dan injeksi asma asma oral.	V ₂ (Viu)	11/6/2025 12.30	3. Pasien mengatakan mau bangun lagi dan bangun lagi! D: T.O: 120/80 mmHg N: 76/menit S: 36,5°C RR: 20/menit G: 4-5 cm - dan injeksi asma asma oral 8 mg dan injeksi asma asma oral	V ₂ (Viu)
1	11/6/2025 12.30	Membaca injeksi asma asma oral, dan injeksi asma asma oral	V ₂ (Viu)	11/6/2025 13.00	4. Pasien mengatakan mau bangun lagi dan bangun lagi! D: T.O: 120/80 mmHg N: 76/menit S: 36,5°C RR: 20/menit G: 4-5 cm - dan injeksi asma asma oral 8 mg dan injeksi asma asma oral	V ₂ (Viu)

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama: Tn. J Ruang: Rm 9
No. RM: 200 Kamar: CS 3.1

NO. DP	TGL / JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD / NAMA	TGL / JAM	EVALUASI	TTD / NAMA
1	17/6/20 12.15	Melakukan evaluasi hasil: Meningkatkan pengetahuan kesehatan	V _g (Vini)	17/6/20 12.30	S: Pasien mengungkapkan masalah yang dihadapi Iqbal, yang disebabkan oleh masalah gigi dan mulut D: Pasien mengeluh nyeri saat makan (odontalgia) A: Melakukan tindakan perawatan gigi dan mulut P: Laporan kemajuan no. 1, 2, 3, 4	V _g (Vini)

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama: Tn. J Ruang: Rm 2
No. RM: 200 Kamar: CS 3.1

NO. DP	TGL / JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD / NAMA	TGL / JAM	EVALUASI	TTD / NAMA
2	17/6/20 09.30	Mengidentifikasi keluhan dan keluhan pasien secara umum	V _g (Vini)	17/6/20 09.30	S: Pasien mengeluh gigi berlubang dan nyeri saat makan yang disebabkan oleh masalah gigi dan mulut D: Pasien mengeluh nyeri saat makan (odontalgia) A: Melakukan tindakan perawatan gigi dan mulut P: Laporan kemajuan no. 1, 2, 3, 4	V _g (Vini)
2	17/6/20 09.30	Mengidentifikasi keluhan dan keluhan pasien secara umum	V _g (Vini)	17/6/20 10.30	S: Pasien mengeluh gigi berlubang dan nyeri saat makan yang disebabkan oleh masalah gigi dan mulut D: Pasien mengeluh nyeri saat makan (odontalgia) A: Melakukan tindakan perawatan gigi dan mulut P: Laporan kemajuan no. 1, 2, 3, 4	V _g (Vini)
	17/6/20 10.30	Melakukan tindakan perawatan	V _g (Vini)	17/6/20 11.00	S: Pasien mengungkapkan masalah yang dihadapi Iqbal, yang disebabkan oleh masalah gigi dan mulut D: Pasien mengeluh nyeri saat makan (odontalgia) A: Melakukan tindakan perawatan gigi dan mulut P: Laporan kemajuan no. 1, 2, 3, 4	V _g (Vini)

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama: Tia

Ruang: 2

No.RM: 220000

Kamar: 2.1

NO. DP	TGL. JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TID. NAMA	TGL. JAM	EVALUASI	TID. NAMA
2	5/6/20 10.30	melakukan evaluasi	Y. (Nur)	5/6/20 11.00	S: Pasien mengatakan bahwa ia sudah merasa nyaman setelah masuk di RS dan sudah ada perawatan dari perawat. O: Pasien tampak tenang, responsif, tidak ada keluhan, tidak ada keluhan (tampak). A: Pasien mengatakan perawatnya sangat baik dan sudah. P: Lakukan pengkajian ulang sesuai kebutuhan.	Y. (Nur)

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama: Tia

Ruang: 2

No.RM: 220000

Kamar: 2.1

NO. DP	TGL. JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TID. NAMA	TGL. JAM	EVALUASI	TID. NAMA
1	5/6/20 14.00	Melakukan suntik dekortone - monitor vital: tekanan darah, suhu, nadi, RR, SpO2 - Perawat FL. Nur	FL. Nur	5/6/20 14.15	S: Pasien mengatakan sudah ada keluhan. O: GDS 271 mg/dl, SPO2 98%, TD: 150/90 mmHg, N: 85 x/menit, RR: 18 x/menit.	FL. Nur
1	10.00	Monitor tanda vital pasien, obat 2500 mg monitor vital: suhu, nadi, RR, SpO2, JVP, FL. Nur	FL. Nur	10.30	S: Pasien mengatakan badan dia masih sakit. O: Suhu: 38,0°C, Nadi: 85 x/menit, RR: 18 x/menit, SpO2: 98%, JVP: 10 cm H2O.	FL. Nur

Nama: Th. 2 PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN Ruang: Vico
No. RM: 2022010 Kamar: Co. 2.1

NO. DP	TGL / JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD / NAMA	TGL / JAM	EVALUASI	TTD / NAMA
1	6/6/20 07.00	Melakukan studi dokumentasi Anamnesa, touch - tend, palpasi, dan auskultasi	St. Ceko	6/6/20 21.30	S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan D: TD: 120/80 mmHg, N: 72 x/menit, S: 36,5°C RA: 10 mm	St. Ceko
1	6/6/20 08.00	Melakukan studi vital dan kadar gula darah dan Gula Ceko	St. Ceko	6/6/20 08.30	S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan D: TD: 120/80 mmHg, N: 72 x/menit, S: 36,1°C RA: 10 mm hasil GDS: 140 mg/dL	St. Ceko

Nama: Th. 2 PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN Ruang: Vico
No. RM: 2022010 Kamar: Co. 2.1

NO. DP	TGL / JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD / NAMA	TGL / JAM	EVALUASI	TTD / NAMA
1	6/6/20 08.00	Mengukur berat badan dan tekanan darah Mendiskusikan keluhan dengan pasien	Vf (Vico)	6/6/20 08.30	S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan D: TD: 120/80 mmHg, N: 72 x/menit, S: 36,5°C RA: 10 mm	Vf (Vico)
1	6/6/20 09.00	Melakukan studi vital dan kadar gula darah Gula Ceko	Vf (Vico)	6/6/20 09.30	S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan D: Hasil GDS: 140 mg/dL	Vf (Vico)
1	6/6/20	Melakukan pengkajian status gizi dan status kefarmakoterapi	Vf (Vico)	6/6/20	S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan D: Hasil GDS: 140 mg/dL	Vf (Vico)

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama: Th. J Ruang: Raw 2
No. RM: 212006 Kamar: C8. 2.1

NO. DP	TGL / JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD / NAMA	TGL / JAM	EVALUASI	TTD / NAMA
1	6/6/20	Melakukan evaluasi hasil Meningkatkan pengetahuan	V ₂ (Viv)	6/6/20	S: Pasien mengatakan sudah bisa melakukan O: TD: 120/90 mmHg, SPO ₂ : 98% N: B2 x 120 S: 36, 72 A: Tidak terganggu P: Menunggu intervensi	V ₂ (Viv)

PELAKSANAAN & EVALUASI KEPERAWATAN

Nama: Th. J Ruang: Raw 2
No. RM: 212006 Kamar: C8. 2.1

NO. DP	TGL / JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TTD / NAMA	TGL / JAM	EVALUASI	TTD / NAMA
2	6/6/20	Melakukan follow up yang akan datang kembali	V ₂ (Viv)	6/6/20	S: Pasien mengatakan sudah merasa lebih baik D: Sudah merasa lebih baik A: Tidak terganggu P: Menunggu intervensi	V ₂ (Viv)
2	6/6/20	Melakukan evaluasi hasil	V ₂ (Viv)	6/6/20	S: Pasien mengatakan sudah merasa lebih baik D: Sudah merasa lebih baik A: Tidak terganggu P: Menunggu intervensi	V ₂ (Viv)