ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN YANG MENGALAMI DIABETES MELITUS TIPE II DENGAN KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH DI RSUD PASAR REBO JAKARTA TIMUR

KARYA TULIS ILMIAH

DISUSUN OLEH

ELLEN MARCHELIA PUTRI

1031222092

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS MH THAMRIN

JULI, 2024

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN YANG MENGALAMI DIABETES MELITUS TIPE II DENGAN KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH DI RSUD PASAR REBO JAKARTA TIMUR

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) pada Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Kesehatan Universitas MH. Thamrin

DISUSUN OLEH

ELLEN MARCHELIA PUTRI

1031222092

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS MH THAMRIN

JULI, 2024

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

NAMA	: Ellen Marchelia Putri
NIM	: 1031222092
Program Studi	: DIII Keperawatan
Institusi	: Universitas MH Thamrin
Judul KTI	: Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami Diabetes Melitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini hasil plagiat, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Jakarta, 26 Februari 2024

Mengetahui

Pembimbing Utama

Ilah Muhafilah, S.Kp., M.Kes.

Pembuat Pernyataan

Ellen Marchelia Putri

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa oleh pembimbing dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan tim penguji KTI Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Kesehatan Universitas MH Thamrin

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN YANG MENGALAMI DIABETES MELITUS TIPE II DENGAN KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH DI RSUD PASAR REBO JAKARTA TIMUR

Jakarta, 2 Juli 2024
Menyetujui

Pembimbing Utama	Pembimbing Pendamping
Ilah Muhafilah, S.Kp., M.Kes	Ns. Anastasia Hardyati, M.Kep., Sp.KMB

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan
Fakultas Universitas MH Thamrin

(Ns. Neli Husniawati., S.Kep., M.Kep)

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh :

NAMA	: Ellen Marchelia Putri
NIM	: 1031222092
Program Studi	: DIII Keperawatan
Institusi	: Universitas MH Thamrin
Judul KTI	: Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami Diabetes Melitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Tim Penguji KTI Program Studi D III Keperawatan dan telah dilakukan revisi hasil sidang KTI.

TIM PENGUJI

Ketua Penguji	: Ns. Seven Sitorus., M.Kep.Sp. KMB	(.....)
Anggota Penguji I	: Ilah Muhafilah., S.Kp., M.Kes	(.....)
Anggota Penguji II	: Ns. Anastasia Hardyati., M.Kep.Sp. KMB	(.....)

Ditetapkan di : Universitas MH Thamrin

Tanggal : 02 Juli 2024

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas nikmat dan karunia-Nya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami Diabetes Melitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo". Karya Tulis Ilmiah ini digunakan untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan di Universitas MH Thamrin.

Terselenggaranya Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bimbingan dan bantuan serta dorongan baik secara langsung maupun tidak langsung dari berbagai pihak maka dalam kesempatan ini, penulis menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada :

1. dr. Daeng Mohammad Faqih. SH.MH. selaku Rektor Universitas Mohammad Husni Thamrin
2. Bapak Atna Permana., M.Biomed., Ph.D. selaku Dekan Universitas Mohammad Husni Thamrin
3. Ns. Neli Husniawati, S.Kep., M.Kep., selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Universitas Mohammad Husni Thamrin
4. Ibu Ilah Muhafilah,S.Kp., M.Kes. selaku dosen pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing saya
5. Ns. Anastasia Hardyati, M.Kep., Sp.KMB selaku pembimbing pendamping yang telah memberikan saran sehingga karya tulis ilmiah ini lebih baik lagi
6. Ns.Seven Sitorus., M.Kep., Sp. KMB selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu serta memberikan saran sehingga karya tulis ilmiah ini lebih baik lagi
7. Dosen dan staf Akademik Keperawatan yang telah memberikan support dan motivasi
8. Bapak Eckman Zainal S. Kom dan Ibu Leny Noveny selaku orang tua saya yang telah memberikan do'a dan dukungan baik moril maupun material

9. Keluarga saya yang selalu memberikan dukungan baik moril maupun material serta yang telah menghibur saya.
10. Sahabat saya Indah Nurhasanah terima kasih telah memberikan dukungan kepada saya
11. Rekan-rekan mahasiswa Universitas Mohammad Husni Thamrin yang telah membantu dan memberikan informasi serta dukungan moril maupun spiritual
12. Terima kasih kepada aktor-aktor drama Korea yang selalu memberikan hiburan dan menjadi moodboster disaat Penulis lelah, serta menjadi inspirasi bagi Penulis sampai terselesaikannya karya tulis ilmiah ini.
13. Semua pihak yang tidak dapat Penulis sampaikan satu persatu yang telah banyak memberikan bantuan dan dukungan kepada Penulis sampai terselesaikannya karya tulis ilmiah ini
14. Diri sendiri Ellen Marchelia Putri yang sudah berproses dan berjuang menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah. Terima kasih sudah mampu berjuang hingga saat ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari yang diharapkan baik dari segi isi maupun penyusunannya. Oleh sebab itu, penulis mengharapkan petunjuk, bimbingan dan saran-saran yang bersifat membantu demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini

Jakarta, 26 Februari 2024

Ellen Marchelia Putri

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH ..... **i**
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN ..... **ii**
LEMBAR PERSETUJUAN ..... **iii**
LEMBAR PENGESAHAN ..... **iv**
KATA PENGANTAR ..... **v**
DAFTAR ISI ..... **vii**
DAFTAR TABEL ..... **x**
DAFTAR GAMBAR ..... **xi**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xii**
ABSTRAK ..... **xiii**
ABSTRACT ..... **xiv**
BAB I PENDAHULUAN **1**
1.1. Latar Belakang Masalah 1
1.2. Batasan Masalah 5
1.3. Rumusan Masalah 5
1.4. Tujuan 5
1.4.1. Tujuan Umum 5
1.4.2. Tujuan Khusus 5
1.5. Manfaat Penulis 6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA **8**
2.1. Konsep Dasar Diabetes Melitus 8
2.1.1. Definisi Diabetes Melitus 8
2.1.2. Klasifikasi 9
2.1.3. Etiologi 10
2.1.4. Patofisiologi 11
2.1.5. Manifestasi Klinis 14
2.1.6. Pemeriksaan Penunjang 14
2.1.7. Penatalaksanaan 15
2.1.8. Komplikasi 17
2.2. Konsep Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah 18
2.2.1. Definisi Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah 18

2.2.2. Faktor Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah 19
2.2.3. Penyebab Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah..... 19
2.2.4. Tanda Dan Gejala Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah..... 19
2.3. Konsep Asuhan Keperawatan..... 20
2.3.1. Pengkajian Keperawatan..... 20
2.3.2. Diagnosis Keperawatan 24
2.3.3. Perencanaan Keperawatan 25
2.3.4. Pelaksanaan Keperawatan..... 42
2.3.5. Evaluasi Keperawatan..... 43
BAB III METODE PENULISAN 45
3.1. Jenis / Desain Penulisan 45
3.2. Batasan Istilah..... 45
3.3. Partisipan..... 46
3.4. Lokasi Dan Waktu Penulisan 46
3.5. Metode Pengumpulan Data 47
3.5.1. Wawancara..... 47
3.5.2. Observasi dan pemeriksaan fisik 47
3.5.3. Studi dokumentasi 48
3.6. Uji Keabsahan Data 48
3.7. Analisis Data Dan Penyajian Data..... 49
3.7.1. Pengumpulan data..... 49
3.7.2. Mereduksi data 49
3.7.3. Penyajian data..... 49
3.7.4. Kesimpulan 49
3.8. Etika Penulisan 50
3.8.1. Informed Consent (Persetujuan Menjadi Pasien)..... 50
3.8.3. Confidentiality (Kerahasiaan) 50
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN..... 51
4.1. Hasil 51
4.1.1. Gambaran Lokasi Penulisan..... 51
4.1.2. Pengkajian..... 52
4.1.3 Analisa Data..... 66
4.1.4 Diagnosis Keperawatan 69
4.1.5 Perencanaan Keperawatan 72
4.1.6 Pelaksanaan Keperawatan..... 78

4.1.7 Evaluasi Keperawatan 86
4.2 Pembahasan 91
4.2.1. Pengkajian 92
4.2.2. Diagnosis 95
4.2.3. Perencanaan 96
4.2.4. Pelaksanaan 96
4.2.5. Evaluasi 97
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 99
5.1. Kesimpulan 99
5.2. Saran 100
DAFTAR PUSTAKA 102

DAFTAR TABEL

Tabel 4. 1 Identitas Pasien..... 52
Tabel 4. 2 Riwayat Penyakit..... 53
Tabel 4. 3 Pemenuhan Pola Kesehatan 55
Tabel 4. 4 Pemeriksaan Fisik 61
Tabel 4. 5 Pemeriksaan Diagnostik 64
Tabel 4. 6 Terapi Yang Diberikan 65
Tabel 4. 7 Analisa Data..... 66
Tabel 4. 8 Diagnosis Keperawatan 69
Tebel 4. 9 Perencanaan Keperawata 72
Tabel 4. 10 Implementasi Keperawatan..... 78
Tabel 4. 11 Evaluasai Keperawatan..... 86

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Pathway Diabetes Mellitus 13

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Penjelasan Untuk Mengikuti Penulisan..... 105
Lampiran 2 Informed Consent..... 106
Lampiran 3 Informed Consent..... 113
Lampiran 4 Asuhan Keperawatan Medikal Bedah..... 114
Lampiran 5 Matriks Perbaikan Hasil Sidang KTI..... 135
Lampiran 6 Lembar Konsultasi KTI..... 136
Lampiran 7 Lembar Konsultasi KTI..... 141

Nama **: Ellen Marchelia Putri**

NIM **: 1031222092**

Judul **: Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami Diabetes Melitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo**

ABSTRAK

Latar Belakang : Diabetes Melitus tipe II adalah penyakit metabolik dengan kelainan sekresi insulin yang menyebabkan pankreas tidak mampu menghasilkan cukup insulin (hormon yang mengatur gula darah atau glukosa), atau karena tubuh tidak dapat menggunakan insulin secara efektif yang dihasilkannya menyebabkan glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel sehingga terjadi penumpukan glukosa di dalam darah yang disebut hiperglikemia. **Tujuan Penulisan :** Tujuan Penulisan ini adalah melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada Pasien yang mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah selama 3x24 jam. **Metode:** Metode Penulisan yang digunakan dalam Penulisan ini adalah metode deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan. Penulisan dilakukan pada tanggal 20 Februari 2024 sampai tanggal 22 Februari 2024. Dilantai VII. Ruang Flamboyan. RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur. **Hasil:** Hasil Penulisan ini adalah terdapat diagnosa keperawatan prioritas yang sama antara Pasien 1 dan Pasien Pasien 2 yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah. Tindakan yang diberikan yaitu identifikasi penyebab hiperglikemia, identifikasi tanda dan gejala, monitor tanda dan gejala, monitor kadar glukosa darah, anjurkan mematuhi diet, anjurkan melakukan aktivitas non farmakologi, kolaborasi pemberian cairan, kolaborasi dengan ahli gizi dalam menentukan diet makanan. Pada tahap evaluasi, Pasien 1 dan Pasien 2 diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi. **Kesimpulan:** pada bagian pengkajian didapatkan data yang mendukung dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan implementasi yang dilakukan sudah sesuai dengan rencana yang disusun dengan evaluasi masalah teratasi.

Kata Kunci **:** Diabetes Melitus Tipe II, Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Daftar Pustaka **:** XXXII (2018-2023)

Nama **: Ellen Marchelia Putri**

NIM **: 1031222092**

Judul **: *Nursing Care for Patients Suffering from Type II Diabetes Melitus with Unstable Blood Glucose Levels at Pasar Rebo Regional General Hospital***

ABSTRACT

Background: Type II diabetes mellitus is a metabolic disease with abnormalities in insulin secretion that cause the pancreas to be unable to produce enough insulin (a hormone that regulates blood sugar or glucose), or because the body cannot effectively use the insulin it produces, causing glucose to not be able to enter the body. cells resulting in glucose in the blood which is called hyperglycemia. **Purpose of Writing:** The purpose of this writing is to carry out comprehensive shelter for clients who experience unstable blood glucose levels for 3x24 hours. **Method:** The writing method used in this writing is a descriptive method in the form of a case study with a murder process approach. Writing was carried out from February 20 2024 to February 22 2024. On the VII floor. Flamboyant Room. Pasar Rebo Regional Hospital, East Jakarta**. Results:** The results of this writing are the same priority clotting diagnosis between client 1 and client 2, namely instability of blood glucose levels. The actions given are identifying the causes of hyperglycemia, identifying signs and symptoms, monitoring signs and symptoms, monitoring blood glucose levels, recommending adherence to a diet, recommending non-pharmacological activities, collaborating to provide fluids, collaborating with nutritionists in determining diet foods. At the evaluation stage, client 1 and client 2 diagnosed that the instability of blood glucose levels had resolved. **Conclusion:** in the assessment section, data was obtained that supported the instability of blood glucose levels with the implementation carried out in accordance with the plan prepared with an evaluation of the problem being resolved..

Keyword **:** *Diabetes Melitus Type II, Instability of Blood Glucose Levels*

Bibliography **:** XXXII (2018-2023)

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Diabetes Mellitus tipe II adalah jenis gangguan metabolisme di mana terjadi gangguan produksi insulin oleh pankreas, sehingga tubuh tidak dapat memproduksi insulin yang cukup untuk mengatur kadar gula darah atau glukosa. Akibatnya, glukosa tidak dapat diserap ke dalam sel secara efektif, yang menyebabkan peningkatan kadar glukosa dalam darah yang dikenal sebagai hiperglikemia. (Loscalzo J, S.A, 2019). Penyakit Diabetes Melitus ditandai dengan gejala sering makan (polifagia), sering minum (polidipsy) dan sering buang air kecil (poliuria) (Irwasyah,I., & Kasim, I. S., 2021) Menurut Depkes.R (2020) Diabetes Melitus Tipe II merupakan penyakit metabolisme yang menyebabkan peningkatan kadar gula darah akibat ketidakmampuan sel beta pankreas memproduksi insulin (resistensi insulin)

American Diabetes Association (ADA), Diabetes melitus dibagi menjadi dua jenis yaitu: Diabetes melitus tipe 1 terjadi ketika sel-sel beta pankreas rusak sehingga tidak dapat memproduksi insulin sama sekali. Sementara itu, diabetes melitus tipe 2 terjadi karena terganggunya produksi insulin secara bertahap akibat resistensi insulin. (Prasetya, G., 2018). Faktor risiko diabetes mellitus dapat dikelompokkan menjadi dua bagian. Pertama, terdiri dari faktor-faktor yang tidak dapat diubah seperti usia, riwayat keluarga, dan faktor genetik. Kedua, terdiri dari faktor-faktor yang dapat dimodifikasi seperti obesitas, kurangnya aktivitas fisik, dan gaya hidup yang tidak sehat. Sebagian besar kasus diabetes melitus tipe II, yang menyumbang 90-95% dari semua kasus diabetes, disebabkan oleh gaya hidup tidak sehat yang dapat diubah. (World Health Organization (WHO), 2016). Gaya hidup meliputi pola makan, pemantauan gula darah dan aktivitas fisik seperti olahraga. Jika diabaikan maka akan menjadi ancaman dan tidak hanya menimbulkan risiko namun juga menimbulkan komplikasi (Irwasyah,I., & Kasim, I. S., 2021). Dampak yang ditimbulkan penyakit diabetes melitus antara lain peningkatan gangguan

retina pada mata (retinopati), penyakit saraf pada tubuh (neuropati) dan penyakit ginjal serta komplikasi diabetes (nefropati) akibat komplikasi diabetes melitus, serta memburuknya kesehatan mental sehingga mengganggu kualitas hidup yang buruk kehidupan (Paduch et al., 2017)

Menurut Internasional Diabetes Federation (IDF) Pada tahun 2022, laporan tersebut menunjukkan bahwa prevalensi global diabetes pada usia 20-79 tahun pada tahun 2021 meningkat sebesar 10,5% (536,6 juta orang), yang diperkirakan akan meningkat menjadi 12,2% (783,2 juta orang) pada tahun 2045. Prevalensi diabetes memiliki tingkat insiden yang sama antara pria dan wanita, dengan tingkat tertinggi terjadi pada kelompok usia 75-79 tahun. Pada tahun 2021, prevalensi diabetes diperkirakan akan lebih tinggi di daerah perkotaan (12,1%), dibandingkan dengan negara pedesaan (8,3%) dan lebih tinggi di negara berpenghasilan tinggi (11,1%) dibandingkan dengan negara berpenghasilan rendah (5,5%). IDF (2019) Indonesia menduduki peringkat ke tujuh didunia pada pednerita yang mengalami diabetes melitus tipe II bersama dengan China, India, dan Amerika Serikat yang memiliki sekitar 10 juta penderita. (Irwasyah,I., & Kasim, I. S., 2021) Berdasarkan IDF edisi ke-10 disebutkan jumlah penderita diabetes melitus dewasa Di Indonesia, terdapat 19.465.100 orang yang menderita diabetes dalam rentang usia 20-79 tahun. Jumlah total populasi orang dewasa dalam rentang usia ini mencapai 179.720.500 orang. Dengan demikian, prevalensi diabetes melitus pada usia 20-79 tahun di Indonesia mencapai 10,6%. (IDF, 2021)

Prevalensi diabetes melitus di Indonesia terus meningkat setiap tahunnya dan diperkirakan akan terus meningkat pada setiap tahun yang akan datang jika tidak dilakukan upaya untuk mengurangi faktor risiko dan meningkatkan upaya pencegahan. Kasus diabetes melitus diperkirakan akan meningkat pada tahun 2021 di wilayah DKI Jakarta dari 2,5 % menjadi 3,4 % dari total penduduk sebanyak 10,5 juta jiwa. Sekitar 250.000 penduduk DKI Jakarta menderita diabetes melitus, Wilayah kota Jakarta Timur, jumlah penderita Diabetes Melitus mencapai 7.982 kasus (43,51%) (Info DATIN, 2020). Prevalensi diabetes melitus di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur pada bulan Januari sampai Desember 2023 jumlah pasien diabetes melitus tipe 2 yang dirawat di rumah sakit sebanyak 2.803 jiwa (2,40 %)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kebiasaan makan yang tidak teratur (56%), tingkat aktivitas fisik yang rendah (97,2%), dan kadar gula darah tinggi (73,4%). Ditemukan bahwa ada korelasi positif yang signifikan antara diet (38%) dan aktivitas fisik (9%) dengan nilai-p yang menunjukkan hubungan yang kuat antara faktor-faktor ini. (Internasional Diabetes Federation (IDF), 2022)

Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara usia (50%), jenis kelamin (30%), dan peran keluarga (30%) dengan kepatuhan pengelolaan pola diet DM tipe 2. Tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan (20%), pekerjaan (30%), pengetahuan (15%), dan peran petugas medis (30%) (American Diabetes Association , 2022)

Pemerintah Indonesia, melalui Kementerian Kesehatan, bekerja sama dengan para pemangku kepentingan untuk mengembangkan peta jalan yang bertujuan meningkatkan pengelolaan Diabetes Melitus di Indonesia. Peta jalan tersebut akan mencakup berbagai program yang direncanakan, mulai dari sektor hulu hingga hilir. Strategi yang akan diterapkan meliputi pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Upaya promosi dan pencegahan, misalnya, akan berfokus pada penerapan gaya hidup sehat seperti diet rendah gula dan rendah garam, serta mengedukasi masyarakat tentang pentingnya pemeriksaan kesehatan secara teratur. (Depkes,. R., 2020)

Menurut Kementerian Kesehatan juga aktif melakukan sosialisasi kepada Masyarakat diinformasikan tentang pentingnya gaya hidup bersih dan sehat melalui kampanye dengan slogan OBEY dan CERDIK. Tujuan dari inisiatif ini adalah untuk meningkatkan kualitas hidup mereka yang menderita diabetes sekaligus untuk mengendalikan jumlah kasus diabetes di Indonesia. Selain itu, Kementerian Kesehatan menggandeng BPJS Kesehatan untuk meluncurkan program Kebutuhan Kesehatan Dasar (KDK) yang dibiayai oleh negara yang memungkinkan masyarakat melakukan tes kadar gula darah rutin. Sedangkan upaya pengobatanlebihh lanjut memerlukan upaya pemeriksaan untuk melakukan tindakan pencegahan dini sebelum terjadi komplikasi tekanan darah seperti stroke, serangan jantung, gagal ginjal, amputasi, dan faktor lainnya. (Depkes,. R., 2020)

Peran perawat secara promotif (promosi) pada Diabetes melitus adalah memberikan penjelasan dan informasi tentang penyakit Diabetes melitus terutama memberikan pendidikan kesehatan terkait peningkatan kesehatan tubuh dan menjaga kebersihan diri untuk mencegah terjadinya komplikasi (Kondoy, E. et al, 2017)

Upaya preventif (pencegahan) peran perawat adalah kegiatan bertujuan untuk mencegahan penyakit yang berhubungan dengan diabetes melitus antara lain: menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan rendah gula, berobat ke pelayanan kesehatan terdekat seperti puskesmas atau klinik, minum obat dengan teratur, pola makan yang sehat, rutin kontrol gula darah secara teratur, dan anjurkan olahraga (Kondoy, E. et al, 2017)

Upaya kuratif (pengobatan) peran perawat adalah serangkaian kegiatan pengobatan yang bertujuan untuk menyembuhkan suatu penyakit, mengurangi jumlah penderita yang sakit, mengendalikan penyakit atau pengendalian suatu kecacatan. Peran perawat secara kuratif pada diabetes melitus adalah bekerja sama dengan dokter untuk memberikan obat diabetes melitus memberikan insulin. Tindakan keperawatan antara lain memberikan edukasi kepada penderita untuk mengontrol asupan gula harian dan menerapkan teknik senam kaki diabetes untuk mengurangi rasa kesemutan dan kebas pada kaki (Kondoy, E. et al, 2017).

Upaya rehabilitatif merupakan suatu upaya atau serangkaian kegiatan yang bertujuan agar penderita dapat berinteraksi secara normal Ketika tidak lagi menderita suatu penyakit. (Budiono, 2016). Peran perawat secara rehabilitatif pada diabetes melitus merupakan memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga untuk melakukan pemeriksaan rutin, pengecekan kadar gula darah secara berkala selama masa pemulihan. (Kondoy, E. et al, 2017)

Berdasarkan pentingnya peran perawat serta tingginya prevalensi Diabetes Melitus di RSUD Pasar Rebo yaitu sebanyak 2.803 orang (2,40%). Hal tersebut maka penulis tertarik untuk menjelaskan dan menganalisis mengenai Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami Diabetes Melitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur.

1.2. Batasan Masalah

Pada penulisan ini berfokus pada aspek Asuhan Keperawatan bagi pasien Diabetes Melitus Tipe II yang mengalami kadar glukosa darah tidak stabil, yang dilakukan selama periode 3x24 jam di RSUD Pasar Rebo, Jakarta Timur.

1.3. Rumusan Masalah

Prevalensi diabetes melitus tipe II terus meningkat baik secara global maupun nasional ,demikian juga halnya di RSUD Pasar Rebo penderita DM terus meningkat dan yang dirawat inap dari dari bulan Januari sampai Desember 2023 mencapai 2.803 orang (2,40%). Tingginya prevalensi DM di Indonesia membuat pemerintah berupaya dengan berbagai program untuk menurunkan prevalensi DM mengingat dampaknya yang cukup serius Jika penyakit DM tidak terkendali.

Dampak yang ditimbulkan berupa komplikasi baik akut maupun kronis yang berakibat pada munculnya masalah pada berbagai sistem tubuh. Perawat, sebagai anggota tim kesehatan, memiliki peran penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien Diabetes Melitus. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk memahami lebih lanjut tentang bagaimana asuhan keperawatan diberikan kepada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II di RS Pasar Rebo?

1.4. Tujuan

1.4.1. Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Yang Mengalami Diabetes Melitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur.

1.4.2. Tujuan Khusus

a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur

b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur
c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur
d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur
e. Melakukan evaluasi pada pasien yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur

1.5. Manfaat Penulis

1.5.1. Manfaat Teoritis

Manfaat pada penulisan ini adalah untuk meningkatkan pengetahuan penulis dan pembaca sehingga dapat mengambil tindakan pencegahan untuk mencegah terjadinya Diabetes Melitus Tipe II pada dirinya dan orang-orang di sekitarnya, serta untuk dipertimbangkan dalam pengembangan pengetahuan, terutama terkait pemberian asuhan keperawatan kepada pasien yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II dengan kadar glukosa darah yang tidak stabil.

1.5.2. Manfaat Praktis

a. Manfaat Untuk Institusi Pendidikan

Diharapkan meningkatkan kemampuan mahasiswa dan mahasiswi dalam mengembangkan proses pembelajaran terkait asuhan keperawatan yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah

b. Manfaat Untuk Perawat

Dapat memberikan asuhan keperawatan yang optimal dan mencegah komplikasi lebih lanjut pada Diabetes Melitus Tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan penanganan atau pemberian asuhan keperawatan yang tepat.

c. Manfaat Untuk Rumah Sakit

Manfaat praktik tentang penulisan karya tulis ilmiah bagi rumah sakit adalah dapat dijadikan sebagai referensi dalam asuhan keperawatan pada pasien khususnya yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah

d. Manfaat Untuk Penulis Selanjutnya

Manfaat bagi penulis selanjutnya diharapkan agar dapat menjadi referensi dan berkontibusi dalam mencegah dan menurunkan angka kejadian Diabetes Melitus Tipe II

e. Manfaat Untuk Pasien Dan Keluarga

Manfaat bagi pasien dan keluarga adalah memberikan gambaran umum untuk memahami dan mengetahui tentang Diabetes Melitus Tipe II yang pada akhirnya dapat meningkatkan kesadaran untuk mencegah faktor lain yang dapat menyebabkan ketidakstabilan kadar glukosa darah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Diabetes Melitus

2.1.1. Definisi Diabetes Melitus

Menurut World Organization (2023) Diabetes melitus adalah penyakit kronis yang terjadi ketika pankreas tidak memproduksi cukup insulin atau ketika tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang produksi secara efektif. Insulin adalah hormon yang mengatur kadar gula darah. Hiperglikemia, dikenal sebagai peningkatan kadar gula darah. Kadar glukosa darah yang tidak terkontrol yang seiring berjalannya waktu menyebabkan kerusakan serius pada banyak sistem tubuh, terutama saraf dan pembuluh darah

Diabetes melitus tipe II adalah penyakit kronis yang terjadi ketika tubuh tidak dapat memproduksi atau menggunakan insulin dengan baik. Dalam hal ini, komplikasi serius dapat terjadi jika tidak segera ditangani prosedur medis seperti penyakit kardiovaskular, penyakit neuropati, penyakit nefropati, penyakit retinopati yang menyebabkan kebutaan (Maria, 2021)

Diabetes melitus tipe II merupakan penyakit kronis yang disebabkan oleh terganggunya fungsi organ tubuh tertentu dalam tubuh yang bertugas menstabilkan kadar gula darah seperti pankreas dan hati. Pankreas menghasilkan hormon insulin. Insulin menyebabkan sel-sel tubuh menyerap glukosa yang masuk, sehingga menurunkan kadar gula darah. Sedangkan hati merupaan pusat pengolahan dan penyimpanan gula (Tandra, 2020)

Penyakit diabetes melitus bersifat herediter (keturunan), autoimun dan Multi faktorial yang dapat menyebabkan gangguan sekresi insulin, dapat juga disebabkan oleh auto antibodi dan dapat mengakibatkan defisiensi insulin. (Murtiningsih, 2021)

Menurut Aprilia, dkk. (2018), diabetes melitus tipe I adalah penyakit bawaan dari lahir yang disebabkan oleh adanya kelainan organ tubuh dalam

memproduksi hormon insulin oleh karena itu penyakit ini biasanya menyerang orang yang berusia di bawah 30 tahun. Sedangkan, diabetes melitus tipe II adalah kelainan metabolisme yang disebabkan oleh banyak hal yang ditandai dengan hiperglikemia kronis.

2.1.2. Klasifikasi

Menurut Khasanah & Pranata (2017) Diabetes Melitus (DM) diklasifikasikan menjadi empat jenis. Tipe tersebut adalah diabetes melitus tipe I, diabetes melitus tipe II, diabetes melitus gestasional dan diabetes melitus akibat sindrom lainnya

a. Diabetes Melitus Tipe I (IDDM)

   Diabetes melitus tipe I juga dikenal sebagai insulin dependen diabetes melitus adalah jenis diabetes yang terjadi ketika tubuh tidak dapat memproduksi insulin dan gula tidak dapat melepaskan insulin dalam sel. Diabetes melitus tipe 1 memerlukan suntikan insulin agar dapat menjalani kehidupan dan aktivitas secara normal. Jika tubuh tidak menerima insulin maka tubuh penderita akan mengalami gejala khas seperti lemas dan kehilangan kesadaran. Asidosi Metablokik adalah penyakit serius yang paling umum terjadi pada penderita diabetes melitus yang juga terjadi pada penderita DM tipe 1.

b. Diabetes Melitus Tipe 2 (NIDDM)

   Diabetes melitus tipe II disebut sebagai non insulin dependen diabetes melitus merupakan jenis tipe DM di mana tubuh mempunyai kemampuan memproduksi insulin namun tidak tercukupi atau kurang memadai. DM tipe II adalah DM yang paling banyak jumlah penderitanya di Indonesia. Hal ini sebagian besar disebabkan oleh gaya hidup yang tidak sehat seperti kurang berolahraga dan meningkatnya kebiasaan makan sehari-hari seperti makanan cepat saji.

c. Diabetes Melitus Gestasional

   Penyebabnya adalah ketidakseimbangan hormonal pada ibu hamil. Pada diabetes melitus (gestasional diabetes melitus, GDM), seperti diabetes lainnya terdapat kombinasi respons dan sekresi hormon hormon insulin yang tidak memadai. Hal ini mungkin terjadi selama kehamilan dan membaik atau hilang setelah persalinan.

d. Diabetes Melitus Lainnya

Jenis diabetes lainnya dapat berupa diabetes spesifik yang disebabkan oleh berbagai penyakit, seperti kelainan genetik seperti : kerusakan genetik pada sel beta pankreas dan kerja insulin, penyakit pada pankreas, gangguan endokrin, efek samping obat.

2.1.3. Etiologi

Menurut International Diabetes Federation (2022) etiologi diabetes melitus dibagi menjadi dua yaitu sebagai berikut:

a. Diabetes Melitus Tipe I

Diabetes yang bergantung pada insulin yang ditandai dengan rusaknya sel beta pankreas yang disebabkan oleh:

1. Faktor genetik

   Pasien yang tidak menderita diabetes melitus tipe I, mewarisi suatu penyebab atau kecenderungan genetik.
2. Faktor imunologi

   Reaksi autoimun adalah respons abnormal dimana antibodi diarahkan ke dalam tubuh sebagai respons terhadap jaringan yang dianggap asing.
3. Faktor lingkungan

   Virus atau toksin tertentu yang dapat memicu autoimunitas yang menyebabkan ekstrusi pada sel beta.

b. Diabetes Melitus Tipe II

Disebabkan oleh kekurangan sel beta relatif dan resisten terhadap insulin. Faktor risiko yang terkait dengan proses terjadinya diabetes melitus tipe II meliputi:

1. Usia

   Resisten insulin cenderung meningkat pada usia 65 tahun. Namun, karena pankreas tidak memproduksi insulin secara alami, diabetes juga dapat terjadi pada remaja antara usia 11-13 tahun.

2. Obesitas

   Ketika ketidakseimbangan hormon dalam tubuh, maka hormon insulin tidak berfungsi maksimal untuk melepaskan kadar glukosa ke dalam darah. Penurunan berat badan sering kali disertai dengan peningkatan sensitivitas insulin dan pemulihan toleransi glukosa. Obesitas terjadi ketika tubuh mempunyai kelebihan lemak minimal 20% dari berat badan ideal. Menurut Kementerian Kesehatan (2019) Ambang batas indeks massa tubuh (IMT) dibagi menjadi lima bagian antara lain sebagai berikut :

   a) Kekurangan berat badan tingkat berat : <17,0
   b) Kekurangan berat badan tingkat ringan : 17,0-18,4
   c) Indeks massa tubuh normal : 18,5-25,0
   d) Kelebihan berat badan tingkat ringan : 25,1-27,0
   e) Kelebihan berat badan tingkat berat : >27,0

3. Riwayat dalam keluarga

   Riwayat keluarga salah satunya meliputi riwayat penyakit diabetes melitus dapat diturunkan kepada anak sejak usia remaja.. Laki-laki adalah penderita sesungguhnya dan perempuan adalah pembawa gen atau keturunan tersebut. Gen yang mempengaruhi pada diabetes melitus tipe II adalah gen TC7L2. Gen ini mempengaruhi sekresi insulin dan produksi glukosa.

2.1.4. Patofisiologi

Dalam kondisi normal ≤50% glukosa yang dikonsumsi diubah seluruhnya menjadi CO_2 dan air. 10% menjadi glikogen dan 20% - 40% diubah menjadi lemak. Pada diabetes melitus semua proses ini terganggu karena kekurangan insulin. Penyerapan glukosa ke dalam sel terhambat dan metabolisme terganggu. Pada kondisi ini, sebagian besar glukosa tetap berada di dalam sirkulasi darah sehingga menyebabkan hiperglikemia dan menyebabkan ketidakstabilan kadar glukosa darah.

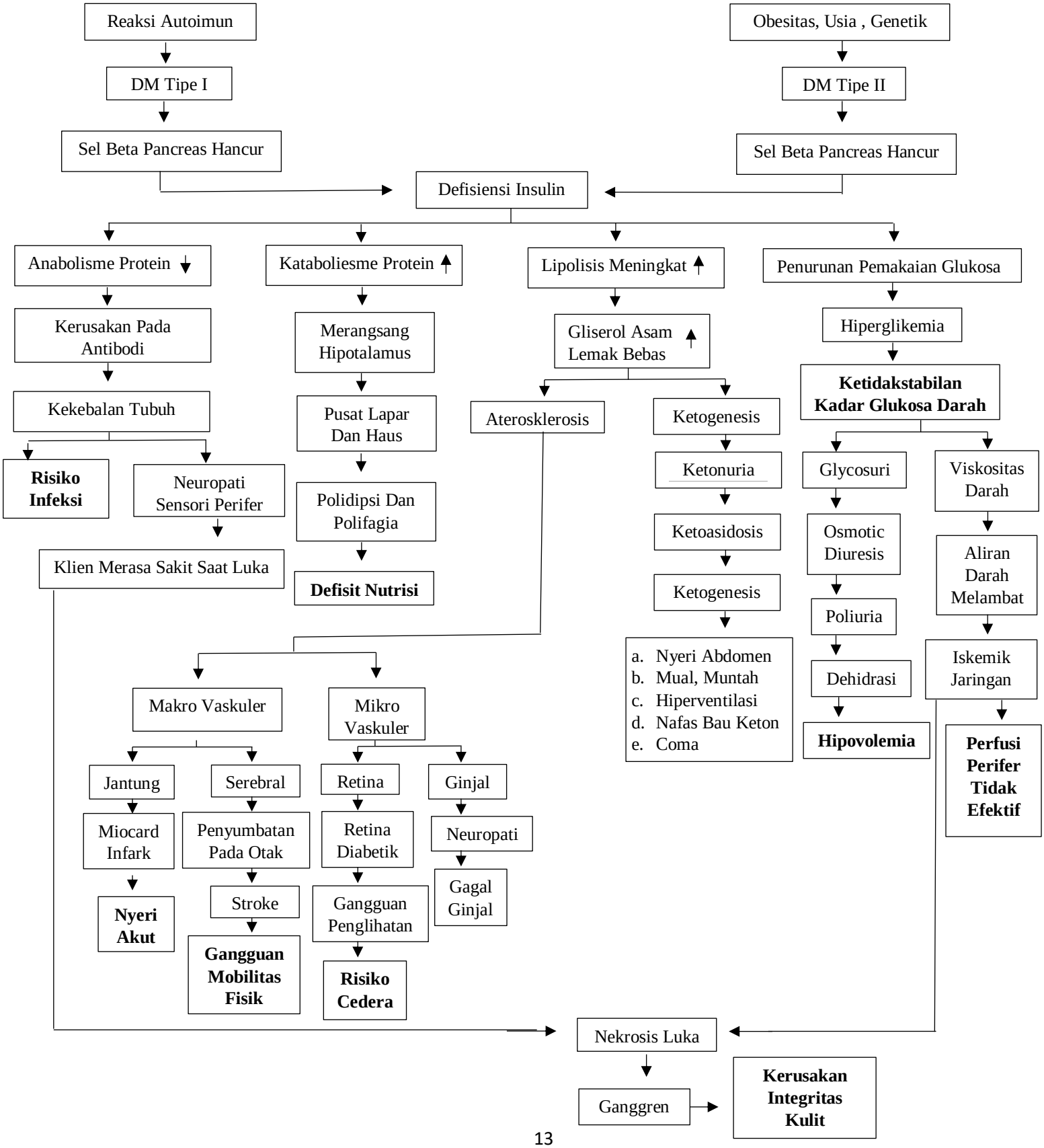
Diabetes melitus disebabkan oleh berhentiya kerja hormon insulin sehingga menyebabkan kekurangan insulin, dan glukosa tidak dapat diubah menjadi glikogen sehingga menyebabkan peningkatan kadar gula darah atau disebut juga hiperglikemia. Ambang batas gula darah adalah 18o mg/dl dan ginjal tidak dapat mentolransi hiperglikemia ini karena bila terjadi, ginjal tidak dapat menyaring dan

menyerap glukosa dari darah. Gula mempunyai sifat menyerap air, sehingga kelebihannya akan dikeluarkan melalui urine, yang disebut glikosuria. Selain melalui saluran kemih sebagian air juga hilang melalui urine yang disebut poliuri. Poliuria menyebabkan dehidrasi intraseluler. Hal ini akan merangsang pusat haus sehingga penderita akan merasakan haus terus-menerus yang disebut polidipsi.

Produksi insulin yang tidak mencukupi akan menyebabkan berkurangnya transportasi glukosa ke sel menyebabkan sel kekurangan nutrisi dan karbohidrat serta berkurangnya simpanan lemak dan protein. Karena digunakan untuk melakukan pembakaran dalam tubuh maka pasien akan merasa lapar sehingga menyebabkan makan berlebihan yang disebut sebagai polifagia. Ketika terlalu banyak lemak yang dibakar menumpuk di dalam darah hal itu dapat meningkatkan keasaman darah yang disebut asidosis metabolik. Jika zat ini jika terdapat dalam jumlah banyak maka akan menjadi racun bagi tubuh hingga berusaha dikeluarkan melalui urin dan pernapasan. Hal ini menyebabkan urine dan napas pasien berbau aseton. Jika asidosis ini tidak segera ditangani dapat menyebabkan koma yang disebut koma diabetik (Aprilia ,N., Ariyani .D.A & Hidayatin,N., 2018)

Gambar 2. 1 Pathway Diabetes Melitus Tipe II

Sumber : (Aprilia ,N., Ariyani .D.A & Hidayatin,N., 2018)



2.1.5. Manifestasi Klinis

Menurut Hardianto (2020) manifestasi klinis diabetes melitus tipe II antara lain: peningkatan produksi urine (Poliuria) dan peningkatan rasa haus (polidipsi), peingkatan rasa lapar (polifagia), penurunan berat badan, kelelahan dan mengantuk yang berhubungan dengan efek metabolik. Gejala lainnya antara lain: kesemutan, gatal, penglihatan kabur, impotensi, nyeri pada vulva, kelemahan otot akibat gangguan sirkulasi darah pada penderita diabetes jangka panjang, pemecahan protein di otot dan sebagian besar sel untuk menggunakan glukosa sebagai energi. Angka infeksi meningkat karena berkurangnya protein pembentuk antibodi, luka atau bisul yang tidak kunjung sembuh, pada pria terkadang mengeluh tidak mampu ejakulasi dan libido pria dipengaruhi oleh peningkatan hormon testosteron.

2.1.6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut American Diabetes Association (2022), pemeriksaan penunjang pada pasien diabetes melitus yaitu:

a. Gula darah puasa (GDS) 70-110 mg/dl Kriteria diagnostik untuk diabetes melitus >140 mg/dl paling sedikit dalam dua kali pemeriksaan.
b. Glukosa plasma sewaktu >200mg/dl (11,1 mmol/L) Glukosa plasma puasa >140mg/dl (7,8mmol/L) Glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengonsumsi 75gr karbohidrat (2 jam post prandial (pp)>200mg/dl)
c. Tes laboratorium Jenis tes pada pasien DM dapat berupa tes saring, tes diagnostik, tes pemantauan terapi dan tes untuk mendeteksi komplikasi
d. Tes monitoring terapi :
    1. GDP Pemeriksaan gula darah puasa, dilakukan setelah berpuasa semalaman, setidaknya selama 8 jam. Seseorang dikatakan menderita diabetes apabila kadar gula darah puasanya di atas 70 -110 mg/dl
    2. HBA1c (pemeriksaan darah hemoglobin glikase) Hasil pemeriksaan ini akan menggambarkan kondisi kadar gula darah dalam 2-3 bulan belakangan.

3. GD2PP: Berikut ini merupakan kriteria batas kadar gula darah yang normal dari hasil tes GD2PP: Normal (tidak menderita diabetes): di bawah 140 mg/dl. Diabetes: 200 mg/dl atau lebih.

e. Debridement atau Pengangkatan jaringan nekrotik dan mati, dapat meningkatkan penyembuhan dan memungkinkan sel mengalir melalui luka lembab tanpa terhalang oleh eksudat Tingkat tinggi dan semua risiko infeksi yang terkait dengan serpihan dan jaringan nekrotik.

2.1.7. Penatalaksanaan

Menurut American Diabetes Association (2022), penatalaksanaan pada pasien diabetes melitus yaitu:

a. Terapi

Obat anti hiperglikemia oral. Menurut cara kerjanya dibedakan menjadi empat yaitu sebagai berikut:

1. Pemacu sekresi insulin : Sulfonilurea dan Glinid Efek utama obat Sulfonilurea adalah mengaktifkan sekresi insulin oleh sel beta pankreas. Mekanisme kerja obat Glini sama dengan obat Sulfonilurea, dengan penekanan pada peningkatan sekresi insulin, langkah awal untuk mengatasi hiperglikemia postprandial.
2. Penurunan sensitivitas terhadap insulin : Metformin, Thiazolidineones (TZD) dan glikuidone Efek utama Metformin adalah mengurangi produksi glukosa hati (glukoneogenesis) dan meningkatkan glukosa perifer. Sedangkan, efek Thiazolidineones (TZD) adalah menurunkan resistensi insulin dengan meningkatkan jumlah protein transpor glukosa dan meningkatkan kadar glukosa perifer. Glikuidone juga dapat merangsang sel beta pankreas untuk melepaskan insulin guna dapat meningkatkan metabolisme glukosa. Obat ini juga dapat mengurangi resistensi insulin pada hati dan jaringan adiposa (lemak).
3. Penghambat absorpsi glukosa : penghambat glikosidase alfa Fungsi obat ini adalah memperlambat penyerapan glukosa di usus halus, sehingga menurunkan kadar gula darah dalam tubuh setelah makan.
4. Inhibitor DPP-IV (Dipeptidyl Peptidase IV) : Obat ini menghambat aktivitas enzim DPP-IV sehingga GLP-1 (Glucose Like Peptide-1) tetap dalam

konsentrasi yang tinggi dalam bentuk aktif. Aktivitas GLP-1 menghambat sekresi glukagon tergantung kadar glukosa darah (Glucose dependen).

5. Kombinasi obat oral dan suntikan insulin : Kombinasi obat antihiperglikemia oral dan insulin melibatkan penggunaan agen hipoglikemik oral dan insulin basal (insulin kerja menengah atau insulin kerja panjang), yang diberikan pada malam hari sebelum tidur. Terapi ini biasanya dapat mengkontrol kadar gula darah jika dosis insulin sesuai kebutuhan tubuh.

b. Terapi Non Medis

Terapi non medis pada pasien penderita diabetes melitus antara lain sebagai berikut :

1. Edukasi. Informasi tentang diabetes melitus penting bagi pasien, keluarga, dan masyarakat umum. Edukasi tentang tanda dan gejala, tindakan pencegahan, kepatuhan pengobatan dan program diet bagi penderita diabetes melitus.
2. Diet. Pada pasien diabetes melitus penting untuk menekankan pentingnya menyesuaikan kebiasaan makan sesuai dengan ukuran porsi. Komposisi energi terdiri dari 45-65% dari karbohidrat, 10-20% dari protein dan 20-25% dari lemak. Pada dasarnya diet penderita diabetes melitus merupakan 3 kali makanan utama dan 3 kali makanan selingan dengan jarak antara 3 jam. 3. jenis makanan yang dianjurkan adalah buah-buahan yaitu salak, apel, tomat, pepaya, kedondong, semangka. Sedangkan, makanan yang harus dihindari antara lain: nanas, rambutan, sawo, jeruk, durian, nangka dan anggur
3. Terapi nutrisi medis (TNM). penderita diabetes melitus terutama yang menggunakan obat penurun glukosa darah maupun insulin, harus diberitahu pengetahuan tentang jadwal makan yang teratur, makanan yang tepat dan jumlah kalorinya.
4. Latihan jasmani atau olahraga. Penderita diabetes melitus sebaiknya berolahraga secara teratur yaitu 30-45 menit, 3-5 kali dalam perminggu dengan total 150 menit seminggu dengan istirahat tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. Jenis olahraga yang dianjurkan adalah olahraga aerobik dengan intensitas sedang yaitu detak jantung maksimal 50-70% seperti: jalan cepat, sepeda santai, berenang, joging, melatih rentang gerak otot progresif dan melakukan senam kaki bagi penderita diabetes.

2.1.8. Komplikasi

Menurut Hardiyanto (2020) komplikasi diabetes melitus diantara lain sebagai berikut :

a. Komplikasi Akut
    1. Hipoglikemia

       Komplikasi hipoglikemia terjadi sebagai akibat dari kurangnya glukosa ke otak sehingga pasien dengan hipoglikemia sering mengalami pusing, bingung, lelah, lemah, sakit kepala, tidak mampu berkonsentrasi, kejang dan koma.
    2. Gangguan sistem pencernaan Diabetes dapat menyebabkan gastroparesis, adalah lambatnya pergerakan makanan dari lambung ke usus, sehingga menyebabkan mual, muntah, dan kembung.
b. Komplikasi Kronik
    1. Retinopati diabetik adalah kerusakan pembuluh darah di retina mata yang menyebabkan kebutaan.
    2. Neuropati diabetik adalah kerusakan pada saraf yang menyebabkan mati rasa atau kesemutan pada kaki dan tangan.
    3. Infeksi dan luka sulit disembuhkan dapat mengganggu proses penyembuhan sehingga menyulitkan penyembuhan luka dan infeksi pada kulit dan organ tubuh hingga berujung pada luka bakar.
    4. Komplikasi makrovaskuler jangka panjang meliputi: penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah perifer dan stroke
    5. Komplikasi mikrovaskuler jangka panjang meliputi : retinopati, nefropati dan neuropati
    6. Komplikasi metabolik akut meliputi: hipoglikemia, ketoasidosis diabetikum, hiperosmolalitas. (Hardianto. D, 2020)

2.2. Konsep Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

2.2.1. Definisi Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Ketidakstabilan kadar glukosa darah merupakan fluktuasi kadar glukosa darah yang meningkat (Hiperglikemia) atau menurun (Hipoglikemia) dibandingkan kadar normal. Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah terjadi pada pasien. Diabetes Melitus disebabkan oleh disfungsi pankreas, resistensi insulin, dan disfungsi hati. Sedangkan, kondisi yang menyebabkan terjadinya penurunan kadar glukosa darah (hipoglikemia) antara lain penggunaan insulin atau obat hipoglikemik oral, hiperinsulinemia, gangguan endokrin, gangguan fungsi hati, gangguan fungsi ginjal kronis, efek agen farmakologis, tindakan pembedahan neoplasma, dan gangguan metabolisme (PPNI, SDKI, 2017)

Glukosa dalam darah merupakan sumber utama yang sebagian besar diserap ke dalam aliran darah ketika glukosa dan gula lainnya diubah menjadi glukosa di hati. Glukosa merupakan bahan bakar utama dalam tubuh yang digunakan untuk menghasilkan energi di dalam tubuh. Kadar glukosa dalam darah erat kaitannya dengan penyakit diabetes melitus. Pada hiperglikemia jumlah kelebihan glukosa yang bersirkulasi dalam plasma meningkat. Rentang normal glukosa sewaktu 100-200mg/dL, kadar glukosa puasa 80-130 mg/dL, kadar glukosa darah 2 jam setelah makan adalah 120-200 mg / dL. (Pudiastuti, R & Dewi , 2017) Kondisi klinis yang berhubungan dengan ketidakseimbangan kadar glukosa darah: diabetes melitus, ketoasidosis diabetik, hipoglikemia, hiperglikemia, diabetes gestasional, penggunaan kortikosteroid, nutrisi parental total (TPN) (PPNI, SDKI, 2017)

Hiperglikemia didefinisikan sebagai kadar glukosa dalam darah pasien ketika kadar glukosa darah puasa $\geqslant$126 mg/dl atau lebih tinggi, kadar glukosa plasma 2jam setelah Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) dengan beban glukosa 75 gram adalah $\geqslant$200 mg/dl atau lebih tinggi, dan pemeriksaan glukosa plasma sewaktu $\geqslant$200 mg/dl. Hipoglikemia adalah suatu keadaan kondisi di mana kadar gula darah turun di bawah 60 hingga 50 mg/dl. (Nurarif. A. H & Kusuma, H, 2015)

2.2.2. Faktor Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Faktor risiko yang berkontribusi terhadap risiko kadar glukosa darah tidak stabil antara lain: pemantauan kadar glukosa darah tidak memadai, manajemen diabetes yang tidak memadai, kurangnya pengetahuan tentang manajemen penyakit, kurangnya pengetahuan tentang faktor yang dapat dimodifikasi, kurangnya kepatuhan terhadap rencana manajemen diabetes (Nurarif. A. H & Kusuma, H, 2015)

2.2.3. Penyebab Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Penyebab ketidakstabilan kadar glukosa darah dibagi menjadi 2 yaitu hipoglikemia dan hiperglikemia antara lain sebagai berikut :

1. Hipoglikemia

   Penyebab hipoglikemia meliputi : penggunaan insulin atau obat glikemik oral, hiperinsulinemia (mis. Insulinoma), penyakit endokrinopati (mis. Kerusakan adrenal atau hipofisis), disfungsi hati, disfungsi ginjal kronik, efek farmakologis, tindakan pembedahan neoplasma, gangguan metabolik bawaan, mengantuk dan pusing, gangguan koordinasi, kadar glukosa dalam darah / urin rendah, palpitasi, mengeluh lapar, gemetar, kesadaran menurun, perilaku aneh, sulit bicara, berkeringat
2. Hiperglikemia

   Penyebab hiperglikemia diantara lain sebagai berikut : Disfungsi pankreas, Resisten insulin, Gangguan toleransi glukosa darah, Gangguan glukosa darah. puasa, palpitasi, mengeluh lapar, kadar glukosa dalam darah/ urin, mulut kering, haus.

2.2.4. Tanda Dan Gejala Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Tanda dan gejala ketidakstabilan kadar glukosa darah dibagi menjadi dua kategori yaitu: tanda dan gejala hiperglikemia serta tanda dan gejala hipoglikemia yang masing-masing memiliki tanda gejala mayor dan minor. Tanda dan gejala mayor hiperglikemia antara lain pasien mengatakan sering merasa lelah atau lesu,

dan kadar glukosa darah atau urine pasien tinggi. Sedangkan tanda dan gejala minor hiperglikemia antara lain pasien mengeluh mulutnya terasa kering, haus meningkat dan jumlah urine meningkat (PPNI, SDKI, 2017)

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1. Pengkajian Keperawatan

Menurut Manurung. N (2018) Pengkajian keperawatan pada penderita Diabetes Melitus tipe II merupakan langkah awal dan landasan utama proses keperawatan dan mencangkup kegiatan utama, meliputi: Pengumpulan data mengumpulkan data yang akurat dan sistematis dapat membantu mengidentifikasi status kesehatan dan pola perlindungan orang-orang yang terkena dampak, dan dapat membantu menentukan status, kesehatan dan pola perlindungan penderita yang terkena dampak yang dapat ditentukan melalui anamnesis pemeriksaan fisik, tes laboratorium, dan pemeriksaan penunjang lainnya. Serta membantu mengidentifikasi kekuatan dan kebutuhan penerima.

a. Anamnesis
    1. Identitas penderita : meliputi nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, suku bangsa, nomor registrasi, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosis medis.
    2. Keluhan utama terbagi menjadi dua kondisi yaitu: hiperglikemia dan hipoglikemia. Kondisi hiperglikemia penglihatan kabur, lemas, haus, dan buang air kecil berlebihan, dehidrasi. Kondisi hipoglikemia: tremor, takikardia, jantung berdebar, gelisah, lapar, sakit kepala, perubahan emosi, penurunan kesadaran, sulit berkonsentrasi, pusing, malaise, dan mudah tersinggung
    3. Riwayat kesehatan saat ini meliputi: keluhan saat ini, penyebab terjadinya keluhan dan upaya penderita untuk mengatasinya.
    4. Riwayat kesehatan dahulu meliputi: riwayat penyakit Diabetes Melitus atau penyakit lain yang berhubungan dengan diabetes melitus seperti: penyakit pankreas, gangguan penyerapan insulin, gangguan hormonal,

obesitas, mengonsumsi obat-obatan seperti: glukokotikosteroid, furosemide dll. Intervensi medis yang diberikan dan obat-obatan yang diterima oleh penderita.

5. Riwayat kesehatan keluarga meliputi: genogram keluarga biasanya menunjukkan anggota keluarga yang menderita diabetes atau penyakit genetik lainnya yang dapat menyebabkan gangguan produksi insulin, seperti: tekanan darah tinggi atau penyakit jantung.
6. Riwayat psikososial meliputi: berisi informasi tentang perilaku, perasaan dan emosi seseorang terkait dengan penyakit yang diderita oleh penderita tersebut serta reaksi anggota keluarga terhadap penyakit yang diderita oleh penderita tersebut.
7. Riwayat sosial ekonomi meliputi: riwayat pekerjaan, jenis pekerjaan, waktu dan tempat kerja, jumlah penghasilan.

b. Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola persepsi dan pemeliharaan Kesehatan meliputi: menanyakan pendapat kepada penderita mengenai kesehatan dan penyakit kepada penderita. Apakah penderita segera mencari pengobatan atau menunggu hingga penyakitnya mempengaruhi aktivitas penderita?
2. Pola aktivitas dan latihan : Kaji tidak nyamanan selama beraktivitas. Perubahan aktivitas biasanya disebabkan oleh gangguan fungsi fisik. Penderita yang terkena kemudian di ketahui menderita gangguan aktivitas, kram otot, penurunan tonus otot, lemas, atau menunggu hingga penyakit tersebut mengganggu aktivitas penderita.
3. Pola diet dan metabolisme meliputi: Menanyakan tentang kebiasaan makan Pasien sehari-hari dan jumlah makanan yang dimakan (sarapan makan pagi, siang dan malam). Kemudian, cari tahu seperti apa nafsu makan Pasien tersebut dan apakah Pasien mengalami mual, muntah, pantangan makanan atau alergi.
4. Pola eliminasi meliputi: Menanyakan bagaimana pola BAK dan BAB serta warna dan karakteristik yang dimilikinya. Jumlah BAK dalam sehari, karakteristik urine dan feses. Kemudian, tanyakan kepada dokter apakah

terdapat masalah terkait dengan kesulitan BAK dan BAB, dan apakah ada cara untuk membantu Pasien BAK dan BAB.

5. Pola istirahat dan tidur meliputi: Menanyakan durasi, kebiasaan dan kualitas tidur Pasien. Dan bagaimana perasaan Pasien tersebut setelah bangun tidur segar atau tidak.
6. Pola kognitif perseptual meliputi: Mengkaji tingkat kecemasan Pasien berdasarkan keadaan mental, kemampuan komunikasi Pasien dan kemampuan memahami sesuatu, ekspresi wajah dan nada suara, serta mengetahui penyebab kekhawatiran Pasien.
7. Pola sensorik visual meliputi: Mengkaji penglihatan dan pendengaran Pasien
8. Pola toleransi dan mengatasi stres meliputi: Menanyakan dan kaji kekhawatiran utama Pasien (finansial atau perawatan diri) selama dirumah sakit. Selanjutnya, memeriksa keadaan emosi individu sehari-hari dan bagaimana cara mereka mengatasi kecemasan (individu koping mekanisme). Menanyakan apakah Pasien menggunakan obat-obatan untuk mengurangi stres, apakah Pasien sering berbagi masalah dengan anggota keluarga, apakah Pasien mengalami kecemasan yang berlebihan dan tanyakan apakah sedang mengalami stres yang berkepanjangan
9. Pola persepsi diri dan konsep diri meliputi: bagaimana Pasien yang terkena dampak menggambarkan dirinya kepada Pasien yang terkena dampak dan apakah peristiwa yang terjadi pada Pasien yang terkena dampak yang dapat mengubah citra dirinya. Selanjutnya, tanyakan apa yang mengganggu pikiran Pasien tersebut, apakah Pasien merasa cemas, tertekan, gelisah, atau mempunyai pikiran yang dapat merugikan dirinya.
10. Pola seksual dan reproduksi meliputi: Mengajukan pertanyaan mengenai permasalahan seksual yang dialami Pasien yang berhubungan dengan penyakitnya, kapan Pasien tersebut memasuki masa menopause, serta mengetahui apakah Pasien tersebut telah terpenuhi secara seksual. Tanyakan apakah Pasien mengalami kesulitan atau dalam memenuhi kebutuhan seks

11. Pola nilai dan keyakinan meliputi: Menanyakan kepada Pasien tentang agamanya, apakah terdapat agama yang mempunyai pantangan makanan dan seberapa taat Pasien tersebut mengikuti ajaran agamanya.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada Pasien diabetes melitus antara lain:

1. Status kesehatan umum meliputi: kondisi Pasien, kesadaran, tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital.
2. Sistem integumen meliputi: Penurunan turgor kulit, adanya luka atau bekas luka berwarna gelap, kelembaban dan karakteristik kulit di sekitar luka terutama luka ganggren, kemerahan pada kuulit di sekitar luka, ada tidaknya tekstur kuku kuning dan berjamur.
3. Sistem pernafasan meliputi: infeksi saluran pernafasan sering terjadi pada penderita diabetes, antara lain: sesak nafas, batuk, sputum, dan nyeri dada.
4. Sistem kardiovaskuler meliputi: Penurunan perfusi jaringan, denyut perifer lemah atau cepat, takikardia atau bradikardia, hipertensi atau hipotensi.
5. Sistem gastrointestinal atau pencernaan meliputi: Pasien mengalami polifagia, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkar pinggang, obesitas.
6. Sistem urinaria atau saluran kemih meliputi: Poliuri, retensi urine, inkontinensia urine, sensasi atau nyeri saat buang air kecil.
7. Sistem muskuloskeletal atau otot meliputi: Distribusi lemak, penyebaran massa otot, perubahan tinggi badan, kelelahan, kelemahan lemah dan nyeri otot, ganggren pada ekstremitas
8. Sistem neurologis atau saraf meliputi: Kehilangan penurunan sensoris, parestesia, anestesia, lesu, mengantuk, refleks lambat, kebingungan, dan disorientasi.

d. Pemeriksaan Diagnostik

Riwayat medis dan uji laboratorium dilakukan untuk mengkaji Pasien dengan diabetes melitus antara lain sebagai berikut:

1. Kadar glukosa darah puasa meliputi : Sampel glukosa darah puasa diambil bila Pasien tidak mengonsumsi makanan adapun selain air minum selama

minimal 8jam. Sampel darah ini biasanya mencerminkan tingkat glukosa yang di produksi oleh hati. Jika Pasien menerima larutan glukosa melalui intravena (IV). Bagi Pasien yang diketahui menderita DM, makanan dan insulin hanya akan diberikan setelah pengambilan sampel.

2. Kadar glukosa darah sewaktu meliputi: Sampel glukosa darah sewaktu yang dapat diukur kapan saja tanpa puasa. Peningkatan kadar gula darah dapat terjadi setelah makan, selama situasi stres, dan saat sampel diambil dari pembuluh darah perifer pada penderita DM.
3. Kadar glukosa darah setelah makan meliputi: Kadar glukosa diukur 2 jam setelah makan. Kadar glukosa darah prospadial > 200 mg/dl pada tes toleransi glukosa oral memperkuat diagnosis DM.
4. Pemeriksaan urine meliputi: Penulisan dilakukan dengan menggunakan metode Benedict (reduksi). Hasil dapat dikenali dari perubahan warna urine: hijau (+), kuning (+), dan merah bata (+).

2.3.2. Diagnosis Keperawatan

Analisis keperawatan merupakan komponen penting dalam menentukan perawatan yang tepat untuk membantu Pasien mencapai kesehatan yang optimal. Analisis keperawatan berencana untuk membedakan respon Pasien individu, keluarga dan jaringan terhadap kondisi kesehatan. (Pokja SDKI DPP PPNI Grup , 2022) Setelah menerima informasi dari pengkajian yang cermat, akan dilakukan pencarian informasi dan analisis keperawatan. Berikut ini gambaran permasalahan yang dihadapi oleh Pasien diabetes melitus. (Pokja SDKI DPP PPNI Grup , 2022)

a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resisten insulin (D.0027)
b. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif : kekurangan intake cairan (D.0023)
c. Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan Mencerna Makanan (D.0019)
d. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia (D.0009)
e. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologi : inflamasi (D.0077)

f. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (D.0054)
g. Kerusakan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (D.0129)
h. Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis : diabetes melitus (D.0142)
i. Risiko cedera dibuktikan dengan perubahan fungsi psikomotor (D.0136)

2.3.3. Perencanaan Keperawatan

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) ini merupakan tolak ukur yang menjadi pedoman persiapan intervensi keperawatan untuk menjamin asuhan keperawatan yang aman, efektif dan beretika. Standar-standar ini merupakan bagian dari tugas keperawatan untuk melindungi masyarakat dan diterapkan oleh profesional keperawatan.

Perencanaan keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang melibatkan penentuan langkah dan prioritas pemecah masalah, pengembangan tujuan dan rencana tindakan, serta evaluasi perawatan Pasien berdasarkan analisis data dan diagnosis keperawatan. Penetapan tujuan adalah pengembangan kriteria hasil dan ukuran untuk menilai kemajuan Pasien dan keterampilan perawatan Pasien. Tujuan keperawatan yang baik adalah deskriptif yang dapat diukur dengan keterampilan dan kewenangan perawat. Kriteria hasil diagnosa keperawatan dapat membedakan antara diagnosis keperawatan dan masalah kolaboratif karena kriteria tersebut mewakili kondisi kesehatan pasien yang dapat dicapai atau dipertahankan melalui rencana tindakan keperawatan yang mandiri. Jika intervensi medis juga diperlukan maka hasil diagnosis keperawatan tidak akan membantu menilai efektivitas rencana keperawatan. (Dinarti & Mulyanti. Y, 2017) Menurut Dinanti & Mulyanti. N (2017) tujuan perawatan berdasarkan SMART yaitu:

a. S :Spesifik (tidak memberikan makna ganda)
b. M : Measurable (dapat diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan ataupun dibantu
c. A : Achievable (secara realistis dapat dicapai)
d. R : Reasonable (dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah)
e. T : Time (punya batasan waktu yang sesuai dengan kondisi pasien)

Menurut Dinanti & Mulyanti. N (2017) dalam merumuskan rencana tindakan yang perlu diperhatikan adalah:

a. Rencana tindakan keperawatan adalah rencana bagi Pasien untuk mencapai kriteria hasil
b. Mendokumentasi intervensi tindakan yang diterapkan adalah format yang membantu perawat memproses informasi yang diperoleh selama tahap pengkajian dan diagnosis keperawatan yang wajib ditulis
c. Menyesuaikan intervensi keperawatan dengan kondisi dan kebutuhan pasien
d. Berkolaborasi dengan pasien dalam merencanakan intervensi

Menurut Dinanti & Mulyanti. N (2017) dalam memilih rencana tindakan atau intervensi keperawatan yaitu :

a. Tindakan keperawatan harus aman bagi Pasien
b. Tindakan keperawatan harus konsisten dengan tindakan terapeutik
c. Tindakan keperawatan harus didasarkan pada prinsip-prinsip dan pengetahuan yang digabungkan dari pelatihan dan pengalaman sebelumnya
d. Mendokumentasikan serangkaian intervensi keperawatan untuk mencapai setiap tujuan
e. Memilih atau mengurutkan intervensi keperawatan yang memungkinkan sesuai dengan sikap yang dijelaskan dalam pernyataan tujuan
f. Intervensi keperawatan harus realistis atau spesifik
g. Intervensi keperawatan haruslah penting untuk meningkatkan kesehatan Pasien dan harus konsisten dengan tujuan dan nilai individu Pasien
h. Menggunakan Pasien sebagai sumber daya ketika memilih intervensi keperawatan
i. Membuat daftar intervensi keperawatan secara berurutan untuk memperjelas diagnosis

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018), intervensi yang dapat dilakukan pada pasien yang mengalami diabetes melitus adalah:

a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resisten insulin (D.0027)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil (L.03022): Tingkat kesadaran meningkat, mengantuk menurun, pusing menurun, lelah menurun, rasa lapar menurun, gemetar menurun, berkeringat menurun, mulut kering menurun, rasa haus menurun, perilaku aneh menurun, kesulitan bicara menurun, palpitasi menurun, kadar glukosa darah membaik (Normal: <200 mg/dl), adar glukosa dalam urine membaik (Normal: 0-15 mg/dl), jumlah urine membaik (Normal: 800-1.300 ml)

Intervensi keperawatan : Manajemen hiperglikemia (I.03115)

a. Observasi

1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia

   Rasional : Menemukan kemungkinan penyebab yang dapat menyebabkan peningkatan kadar glukosa dalam darah
2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kambuhan)

   Rasional: Untuk mengetahui diet mana yang cocok untuk Pasien
3. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu

   Rasional: Memonitor kadar glukosa dalam darah bila digunakan dengan benar dilakukan dengan benar akan memberikan hasil yang memuaskan.
4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria, polidipsi, polifagia dll.)

   Rasional: Tanda-tanda awal hiperglikemia pada diabetes melitus antara lain rasa haus, sakit kepala, lemas, nokturia, dan cepat lapar
5. Monitor intake dan output cairan

   Rasional : Kumpulkan dan analisa pasien untuk mengatur keseimbangan cairan dalam tubuh
6. Monitor keton urine, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi

   Rasional: Terlepas dari apakah terjadi komplikasi ketoasidosis diabetikum

b. Terapeutik

1. Berikan asupan cairan oral

   Rasional : Untuk mencegah dehidrasi berat

2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memperburuk

   Rasional : Untuk memberikan program pengobatan yang tepat

3. Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik

   Rasional: Untuk menunjang aktivitas pasien

c. Edukasi

1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg / dL

   Rasional: Menginformasikan Pasien batasan kadar glukosa dalam darah

2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri

   Rasionalnya : Menginformasikan Pasien melalui tindakan secara mandiri

3. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga

   Rasional: Untuk menghindari kenaikan kadar glukosa darah yang besar

4. Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu

   Rasional: untuk mendeteksi ketoasidosis diabetikum pada Pasien

5. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, pengganti karbohidrat, dan bantuan Professional kesehatan)

   Rasional: Agar Pasien dapat melakukan tindakan mandiri menjaga kadar glukosa darah

d. Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu

   Rasional: Untuk mengontrol kadar glukosa dalam darah

2. Kolaborasi pemberian cairan intravena (IV), jika perlu

   Rasional: Untuk menjaga kebutuhan cairan dalam tubuh Pasien

3. Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu

   Rasional: Untuk menjaga kebutuhan elektrolit dalam tubuh Pasien (Doenges, 2020) (PPNI, SIKI, 2018)

b. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif : kekurangan intake cairan (D.0023)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil (L.03028) : Kekuatan nadi meningkat (Normal: 60-100 x/menit), output urine meningkat (Normal: 800-1.300 ml), membran mukosa lembab meningkat, pengisian vena meningkat, ortopnea menurun, dispnea menurun, paroxymal *nocturnal dispnea* (PND) menurun, edema anasarka menurun, edema perifer menurun, berat badan menurun, distensi vena jugularis menurun, suara nafas tambahan menurun (Normal: Vesikuler), kongesti paru menurun, perasaan lemah menurun, konsentrasi urine menurun, rasa haus menurun, frekuensi nadi membaik (Normal: 60-100x/menit), tekanan darah membaik (Normal sistolik : 110-120 dan normal diastolik : 70-80 mmHg), tekanan nadi membaik, turgor kulit membaik (Normal: turgor kulit elastis), jugularis venous pressure (JVP) membaik, hemoglobin membaik (Normal: 13-17 gram/dl), hematokrit membaik (Normal pria : 38,3-48,6 % dan normal wanita: 35,5-44,9 %), sentral venous pressure membaik, refluks hepatojugular membaik, berat badan membaik, hepatomegali membaik, oliguria membaik, intake cairan membaik status mental membaik, suhu tubuh membaik (Normal 36,5-37,5 ºC)

Intervensi keperawatan : Manajemen Hipovolemia (I.03116)

a. Observasi
   1. Periksa tanda dan gejala Hipovolemia (misalnya frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)

      Rasional: Untuk mengetahui tanda dan gejala Hipovolemia
   2. Monitor intake dan output cairan

      Rasional: Untuk mengetahui intake dan output pada Pasien
b. Terapeutik
   1. Hitung kebutuhan cairan

      Rasional: Untuk mengetahui kebutuhan cairan pada tubuh Pasien.
   2. Berikan posisi modified Trendelenburg

Rasional: Resusitasi cairan untuk menjamin perbaikan hemodinamika Pasien rawat inap.

3. Berikan asupan cairan oral

   Rasional: Untuk memenuhi kebutuhan cairan Pasien

c. Edukasi

1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral

   Rasional: Menambah pengetahuan untuk menghindari dehidrasi berat

2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

   Rasional: Memahami cara mempertahankan posisi dan tidak melakukan secara mendadak

d. Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)

   Rasional: Pasien perlu tetap terhidrasi

2. Kolaborasi pemberian cairan intravena (IV) hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)

   Rasional: untuk memenuhi kebutuhan cairan tubuh Pasien

3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. Albumin, plasmanate)

   Rasional: Untuk mengurangi infeksi Pasien.

4. Kolaborasi pemberian produk darah

   Rasional: Meningkatkan hemoglobin pada Pasien.

   (Doenges, 2020) (PPNI, SIKI, 2018)

c. Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan Mencerna Makanan (D.0019)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil (L.03030) : porsi makan yang dihabiskan meningkat, kekuatan otot pengunyahan meningkat, kekuatan otot menelan meningkat, serum albumin meningkat, verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat, pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat, pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat, pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat, penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat, penyiapan dan penyimpanan

minuman yang aman meningkat, sikap terhadap makan atau minuman sesuai dengan tujuan Kesehatan meningkat, perasaan cepat kenyang menurun, nyeri abdomen menurun, seriawan menurun, rambut rontok menurun, diare menurun, berat badan membaik, indeks massa tubuh (IMT) (Normal: 18,5-24,9), frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, bising usus membaik (Normal: 5-30 x/menit), tebal lipatan kulit trisep membaik

Intervensi keperawatan : Manajemen nutrisi (I.03119)

a. Observasi
    1. Identifikasi status nutrisi
       Rasional: Mengidentifikasi tanda dan gejala pola makan yang tidak memenuhi kebutuhan tubuh
    2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
       Rasional: Menghindari intoleransi makanan pada Pasien
    3. Identifikasi makanan yang disukai
       Rasional: Menyajikan makanan dengan cara yang menarik sehingga dapat meningkatkan nafsu makan Pasien.
    4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
       Rasional: Memberikan diet sesuai dengan kebutuhan nutrisi Pasien
    5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
       Rasional: membantu asupan nutrisi Pasien
    6. Monitor asupan makanan
       Rasional: Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi Pasien.
    7. Monitor berat badan
       Rasional: Agar Pasien dapat melihat perubahan berat badan setelah memberikan informasi kepada Pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya.
    8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
       Rasional: Untuk melihat hasil uji klinis sehingga tindakan dan pengobatan yang tepat dapat dimulai sesuai dengan kondisi Pasien.
b. Terapeutik
    1. Lakukan oral higiene sebelum makan, jika perlu
       Rasional: Untuk kebersihan diri Pasien.

2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)
   Rasional: Untuk mengatur pola makan Pasien.
3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
   Rasional: Untuk meningkatkan nafsu makan Pasien.
4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
   Rasional: Makanan kaya serat dapat mencegah konstipasi pada Pasien.
5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
   Rasional: Untuk memenuhi asupan nutrisi Pasien.
6. Berikan suplemen makanan, jika perlu
   Rasional: Untuk memenuhi nutrisi Pasien.
7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi
   Rasional: Mengedukasi Pasien untuk mengunyah dan menelan makanan.

c. Edukasi
1. Ajarkan posisi duduk, jika mampu
   Rasional: Menjamin kenyamanan saat makan
2. Ajarkan diet yang di programkan
   Rasional: Untuk menjaga nutrisi Pasien.

d. Kolaborasi
1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, anti emetik), jika perlu
   Rasional: Meredakan nyeri saat pasien menelan makanan
2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
   Rasional: Menjaga nutrisi pada Pasien merupakan aspek penyembuhan Pasien. (Doenges, 2020) (PPNI, SIKI, 2018)

d. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia (D.0009)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :

Kekuatan nadi perifer meningkat, penyembuhan luka meningkat, sensasi meningkat, warna kulit pucat menurun, edema perifer menurun , nyeri

ekstremitas menurun, parestesia menurun, kelemahan otot menurun , kram otot menurun, bruit femoralis menurun, nekrosis menurun, pengisian kapiler membaik (Normal: <3 detik), akral membaik, turgor kulit membaik (Normal: turgor kulit elastis), tekanan darah sistolik membaik (Normal: 120-130 mmHg), tekanan darah diastolik membaik (Normal: 70-80 mmHg), tekanan arteri rata-rata membaik (Normal: 70-110 mmHg), indeks ankle brachial membaik

Intervensi keperawatan : Perawatan sirkulasi (02079)

a. Observasi
   1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial Index)
      Rasional: Waspadai kemungkinan adanya gangguan pada perfusi perifer
   2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)
      Rasional: Hindari penyebab gangguan sirkulasi perifer
   3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas
      Rasional: Waspadai adanya masalah atau gangguan yang terjadi pada bagian perifer
b. Terapeutik
   1. Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
      Rasional: Hindari agar tidak terjadi pembengkakan
   2. Hindari pengukuran tekanan darat pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi
      Rasional: Hindari agar tidak terjadinya penggumpalan darah.
   3. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area cedera
      Rasional: Untuk menghindari terhambatnya aliran darah.
   4. Lakukan pencegahan infeksi
      Rasional: Untuk mencegah munculnya infeksi akibat invasi bakteri
   5. Lakukan perawatan kaki dan kuku
      Rasional: Untuk menjaga kebersihan kuku dan kaki Pasien
c. Edukasi
   1. Anjurkan berhenti merokok

Rasional: untuk mencegah hiperglikemia akibat komponen tembakau

2. Anjurkan berolahraga rutin
   Rasional: Untuk menghindari tingginya kadar glukosa dalam darah.
3. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar
   Rasional: Periksa suhu air untuk menghindari luka bakar pada kulit.
4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikogulan dan penurun kolesterol, jika perlu
   Rasional: Untuk mengontrol tekanan darah Pasien.
5. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta
   Rasional : Untuk menghindari rasa kebas dan kesemutan.
6. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. Kelembaban kulit kering pada kaki)
   Rasional: Menjaga kelembaban kulit.
7. Anjurkan program rehabilitasi vaskular
   Rasional: Untuk menghindari kekakuan pada otot
8. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)
   Rasional: Komplikasi dapat dicegah dengan mengikuti pola makan.
9. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan
   Rasional : Sakit yang tidak kunjung sembuh dengan istirahat, luka yang tidak kunjung sembuh dan hilangnya sensasi

e. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologi : inflamasi (D.0077)
   Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:

   Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, menarik diri menurun, berfokus pada diri sendiri menurun, diaferesis menurun, perasaan depresi (tertekan) menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, perineum terasa tertekan menurun, uterus teraba membulat menurun, ketegangan otot menurun, pupil dilatasi menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik

(Normal: 60-100 x/menit), pola napas membaik, tekanan darah membaik (Normal sistolik : 120-130 mmHg dan Normal diastolik: 70-80 mmHg), proses berpikir membaik, fokus membaik, fungsi berkemih membaik, perilaku membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik

Intervensi keperawatan : Manajemen nyeri (I. 08238)

a. Observasi
   1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri
      Rasional: Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri
   2. Identifikasi respons nyeri non verbal
      Rasional: Mengetahui respons nyeri yang Pasien alami.
   3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
      Rasional: Untuk memberikan informasi untuk memantau efektivitas perencanaan.
   4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
      Rasional: Sebagai informasi untuk memantau efektivitas tindakan.
   5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri
      Rasional: Sebagai panduan manajemen nyeri
   6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
      Rasional: Untuk mengetahui kecepatan penyembuhan
   7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
      Rasional: Untuk mengetahui proses penyembuhan Pasien.
   8. Monitor efek samping penggunaan analgesik
      Rasional: Untuk mencegah efek samping analgesik dan meneruskan pemberian analgesik

b. Terapeutik
   1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi)
      Rasional: Untuk mengurangi nyeri atau menjaganya dalam rentang yang dapat ditoleransi yang dapat ditoleransi.

2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

   Rasional: Lingkungan yang nyaman dapat memberikan relaksasi dan ketenangan
3. Fasilitasi istirahat dan tidur

   Rasional: Untuk memenuhi kebutuhan istirahat pasien
4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

   Rasional: Untuk mengurangi atau meringankan nyeri yang dirasakan Pasien

c. Edukasi
   1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

      Rasional: Untuk mengetahui intervensi mana yang cocok untuk meredakan rasa nyeri
   2. Jelaskan strategi meredakan nyeri

      Rasional: Untuk mengetahui intervensi apa yang tepat untuk meredakan nyeri
   3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

      Rasional: Untuk melihat skala nyeri
   4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat

      Rasional: Untuk meringankan rasa nyeri
   5. Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

      Rasional: Untuk mempercepat pengurangan rasa nyeri

d. Kolaborasi
   1. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu

      Rasional: Pemberian analgesik untuk mengendalikan nyeri (Doenges, 2020) (PPNI, SIKI, 2018)

f. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (D.0054)

   Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak sendi (ROM) meningkat, nyeri menurun, cemas menurun, kaku sendi menurun, gerakan tidak terkoordinasi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun

Intervensi keperawatan : Dukungan mobilisasi (I.05173)

a. Observasi
   1. Identifikasi adanya keluhan nyeri dan keluhan fisik lainnya
      Rasional: Mengenali keluhan Pasien berupa nyeri atau tidak nyamanan fisik.
   2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
      Rasional: Meningkatkan harapan akan kemajuan dan perbaikan serta mendorong kemandirian.
   3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
      Rasional: Meningkatkan mobilitas sendi, menstimulasi sirkulasi darah dan meningkatkan tonus otot.
   4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
      Rasional: Mengembangkan program pengobatan yang mencangkup perencanaan khusus untuk meningkatkan fungsi otot.
b. Terapeutik
   1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
      Rasional: Penggunaan kursi roda, tongkat, bar pengangkut, bantuan lainya yang benar dapat meningkatkan mobilitas dan mengurangi risiko jatuh
   2. Fasilitasi melakukan mobilisasi, jika perlu
      Rasional: untuk mencegah luka tekan
   3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan
      Rasional: ikut serta dalam mobilisasi
c. Edukasi
   1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
      Rasional: Memahami tujuan dan prosedur pelaksanaan tindakan mobilisasi
   2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
      Rasional: Mobilisasi dini seperti duduk di tepi tempat tidur
   3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
      Rasional: Duduk di tempat tidur, duduk di tepi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi.

g. Kerusakan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (D.0129)

   Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil : Elastisitas meningkat, hidrasi meningkat, perfusi jaringan meningkat , kerusakan jaringan menurun, kerusakan kulit menurun, nyeri menurun, perdarahan menurun, kemerahan menurun, hematom menurun, pigmentasi abnormal menurun, nekrosis menurun, abrasi kornea menurun, suhu kulit membaik, sensasi membaik, tekstur membaik, pertumbuhan rambut membaik, jaringan parut membaik

Intervensi keperawatan: Perawatan integritas kulit (I. 11353)

a. Observasi
   1. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran bau)
      Rasional: Mendeteksi tindakan yang tepat untuk dilakukan.
   2. Monitor tanda-tanda infeksi
      Rasional: Pantau tanda-tanda infeksi
b. Terapeutik
   1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
      Rasional: Cegah pengangkatan jaringan kulit.
   2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu
      Rasional: Untuk mengurangi infeksi dari kuman yang terdapat pada rambut
   3. Bersihkan jaringan nekrotik
      Rasional: Pertahankan jaringan yang terhindar dari infeksi.
   4. Berikan salep yang sesuai ke kulit atau lesi, jika perlu
      Rasional: Untuk menjaga luka tetap lembab
   5. Pasang balutan sesuai jenis luka
      Rasional: Untuk menjaga kebersihan luka
   6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
      Rasional: Untuk menjaga luka tetap bersih dan bebas dari infeksi.
   7. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
      Rasional: Untuk mencegah cairan pada luka tidak merembes keluar
   8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
      Rasional: Untuk mencegah terjadinya ulkus dekubitus

9. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kg BB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kg BB/hari

   Rasional: Nutrisi Pasien yang baik meningkatkan penyembuhan luka.
10. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. Vitamin A, vitamin C, Zink, asam amino)

    Rasional: Nutrisi Pasien yang baik meningkatkan penyembuhan luka.
11. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu

    Rasional: Meningkatkan penyembuhan luka

c. Edukasi
   1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi

      Rasional: Mengidentifikasi pemahaman dengan benar tanda-tanda terjadinya infeksi
   2. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein

      Rasional: Meningkatkan penyembuhan luka
   3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

      Rasional: Memberikan informasi untuk membantu Pasien memahami perawatan luka secara mandiri.

d. Kolaborasi
   1. Kolaborasi prosedur Debridement (mis. Enzimatik, biologis, mekanis autolisis), jika perlu

      Rasional: Meningkatkan penyembuhan luka dengan mengurangi dan menjaga jaringan baru tetap bersih.
   2. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

      Rasional: Antibiotik digunakan untuk mencegah atau mengobati infeksi (Doenges, 2020) (PPNI, SIKI, 2018)

h. Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis : diabetes melitus (D.0142)

   Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:

   Kebersihan tangan meningkat meningkat, kebersihan badan meningkat, demam menurun, demam menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, vesikel menurun, cairan berbau busuk menurun, sputum berwarna hijau menurun, drainase purulen

menurun, piuria menurun, periode malaise menurun, periode menggigil menurun, letargi menurun, gangguan kognitif menurun, kadar sel darah putih membaik (Normal: 5.000-10.000 u/l), kultur darah membaik, kultur urine membaik, kultur sputum membaik, kultur area luka membaik, kultur feses, kultur makan membaik

Intervensi keperawatan : Pencegahan infeksi (I.14539)

a. Observasi
   1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
      Rasional: Pantau tanda-tanda infeksi
b. Terapeutik
   1. Batasi jumlah pengunjung
      Rasional: Mencegah penyebaran infeksi pada Pasien.
   2. Berikan perawatan kulit pada area edema
      Rasional: Mencegah munculnya luka baru atau menjaga kebersihan kulit
   3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan
      Rasional: Antara Pasien dan perawat mencegah kontaminasi mikroba.
   4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
      Rasional: Pasien berisiko tinggi dapat dengan mudah terinfeksi , namun dengan menjaga teknik aseptik dapat mengurangi atau mencegah risiko infeksi
c. Edukasi
   1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
      Rasional: Memberikan pemahaman tentang tanda terjadinya infeksi
   2. Ajarkan etika batuk
      Rasional: Mengurangi penularan infeksi dari Pasien ke orang lain.
   3. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
      Rasional: untuk menginformasikan pasien bagaimana caranya mencuci tangan dengan 6 langkah
   4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
      Rasional: Hindari infeksi
   5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
      Rasional: Untuk mempercepat penyembuhan

6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
   Rasional: Untuk mencegah dehidrasi

d. Kolaborasi
   1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
      Rasional: Untuk mengobati infeksi (Doenges, 2020) (PPNI, SIKI, 2018)

i. Risiko cedera dibuktikan dengan perubahan fungsi psikomotor (D.0136)

   Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil: Toleransi aktivitas meningkat, toleransi makanan meningkat, kejadian cedera menurun, luka atau lecet menurun, ketegangan otot menurun, fraktur menurun, perdarahan menurun, ekspresi wajah kesakitan menurun, agitasi menurun, iritabilitas menurun, gangguan mobilitas menurun, gangguan kognitif menurun, tekanan darah membaik (Normal sistolik : 120-130 mmHg dan Normal diastolik: 70-80 mmHg), frekuensi nadi membaik (Normal: 60-100 x/menit), frekuensi napas membaik (Normal: 16-20 x/menit), pola istirahat atau tidur membaik , nafsu makan membaik

Intervensi keperawatan : Manajemen keselamatan lingkungan (I.14513)

a. Observasi
   1. Identifikasi kebutuhan keselamatan
      Rasional: Mengidentifikasi kondisi fisik, fungsi kognitif dan riwayat perilaku
   2. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan
      Rasional: Mengurangi risiko pada Pasien yang membutuhkan bantuan

b. Terapeutik
   1. Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan, jika memungkinkan
      Rasional: Bahaya keselamatan lingkungan fisik, dan kimia
   2. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko
      Rasional: Pasien tetap berada di lingkungan yang aman tanpa komplikasi atau cedera
   3. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan
      Rasional: pegangan tangan atau commode chair
   4. Gunakan perangkap pelindung
      Rasional: memasang pagar tempat tidur

5. Hubungi pihak berwenang sesuai masalah komunitas
   Rasional: Menghubungi puskesmas, ambulans, polisi dan damkar setempat.
6. Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman
   Rasional: Kebisingan, keramaian, dan kerumunan
7. Lakukan program skrining bahaya lingkungan
   Rasional: Mencegah Pasien tersandung dan terjatuh

c. Edukasi

1. Ajarkan individu, keluarga, dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan
   Rasional: Memberikan dasar untuk evaluasi atau perbandingan dimasa mendatang yang mempengaruhi kesembuhan Pasien. (Doenges, 2020) (PPNI, SIKI, 2018)

2.3.4. Pelaksanaan Keperawatan

Dalam keperawatan, implementasi atau pelaksanaan adalah tindakan yang di rencanakan, dan tindakan tersebut meliputi tindakan individu dan kolaborasi. Pada tahap ini perawat melakukan tindakan keperawatan pada Pasien pada umumnya Pasien diabetes melitus pada khususnya. Dalam implementasi, perawat menjalankan fungsi dependen dan interdependen. (Susanto. P, 2022)

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu Pasien yang menghadapi masalah kesehatan untuk kembali ke keadaan sehat dengan memenuhi standar hasil aktual yang diharapkan. Proses pemberian asuhan keperawatan harus berfokus pada kebutuhan Pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan perawatan, strategi pemberian asuhan keperawatan, dan kegiatan komunikasi. Terdapat dua jenis tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu: tindakan keperawatan independen, yang disebut tindakan yang berdiri sendiri, dan tindakan kolaboratif, yang disebut tindakan yang bergabung dengan kesehatan lainnya. Sebagai tenaga profesional, perawat memiliki wewenang dan tanggung jawab untuk mengambil keputusan tentang perawatan. (Dinarti & Mulyanti. Y, 2017)

Dalam pelaksanaannya, terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu:

a. Independen

Independen mengacu pada implementasi dukungan aktivitas kehidupan sehai-hari (ADL) oleh perawat, penyediaan perawatan diri, penyesuaian postur tidur, pemenuhan kebutuhan psiko-sosiak dan budaya dll. untuk membantu pasien mengatasi masalah mereka sesuai kebutuhan.

b. Interdependen

Interdependen mengacu pada praktik keperawatan yang didasarkan pada kerja sama dengan anggota tim perawatan kesehatan lainnya, seperti sesama anggota tim keperawatan lainnya dan dokter. Contohnya termasuk pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urine, dan lain-lain.

c. Dependen

Dependen berdasarkan rujukan dari profesional lain seperti ahli gizi dan psikologi dan sebagainya.

2.3.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan dan berguna untuk menentukan apakah tujuan intervensi keperawatan yang diberikan telah tercapai atau apakah diperlukan pendekatan yang berbeda. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan intervensi keperawatan dan implementasi tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan Pasien. (Dinarti & Mulyanti. Y, 2017) Terdapat dua jenis evaluasi keperawatan yaitu sebagai berikut :

a. Evaluasi formatif adalah kegiatan proses keperawatan dan hasil kualitas layanan asuhan keperawatan. Evaluasi proses dilakukan segera setelah perencanaan keperawatan untuk menilai kefektifannya, sedangkan evaluasi formatif dilakukan secara berkesinambungan sampai tujuan yang telah ditetapkan tercapai. Metode ini tidak teratasi artinya jika Pasien tidak menunjukkan perubahan atau kemajuan sama sekali dan tidak ada menimbulkan masalah baru yang muncul.
b. Evaluasi sumatif adalah rekapitulasi kesimpulan yang diambil dari observasi dan analisis situasi kesehatan pada saat target tercapai. Hal ini didokumentasikan

dalam sebuah catatan perkembangan. Fokus dari evaluasi sumatif adalah pada perubahan perilaku Pasien dan status kesehatan Pasien pada akhir asuhan keperawatan.

Menurut Dinarti & Mulyanti. Y (2017) terdapat sembilan diagnosa yang dapat teratasi atau tidak yaitu:

a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resisten insulin (D.0027) teratasi
b. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif : kekurangan intake cairan (D.0023) teratasi
c. Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan Mencerna Makanan (D.0019) teratasi
d. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia (D.0009) teratasi
e. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologi : inflamasi (D.0077) teratasi
f. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (D.0054) teratasi
g. Kerusakan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (D.0129) teratasi
h. Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis : diabetes melitus (D.0142) teratasi
i. Risiko cedera dibuktikan dengan perubahan fungsi psikomotor (D.0136) teratasi

BAB III

METODE PENULISAN

3.1. Jenis / Desain Penulisan

Tulisan ini menggunakan desain studi kasus deskriptif yang bertujuan untuk menggambarkan layanan yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas pasien yang menderita diabetes melitus tipe II. Studi kasus ini mencakup proses keperawatan yang meliputi: penilaian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. (Maria, 2021)

Studi kasus adalah metode penelitian yang fokusnya berpusat pada satu unit, seperti pasien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi. Variabel yang dipelajari dalam studi kasus bisa sangat beragam. Oleh karena itu, penting untuk memahami semua variabel yang relevan yang terkait dengan subjek penelitian.(Nursalam, 2016)

Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk menggambarkan bagaimana asuhan keperawatan diberikan kepada pasien yang menderita diabetes melitus tipe II. Data primer dikumpulkan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, sedangkan data sekunder diperoleh melalui studi dokumentasi rekam medis pasien.

3.2. Batasan Istilah

Asuhan keperawatan kepada pasien Diabetes Melitus yang mengalami kadar glukosa darah tidak stabil di RS Pasar Rebo meliputi serangkaian kegiatan mulai dari penilaian hingga evaluasi. Hal ini dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan yang terkait dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah pada pasien. (Maria, 2021)

Diabetes melitus tipe II adalah gangguan metabolisme yang terjadi karena terganggunya produksi insulin oleh pankreas, di mana pankreas tidak menghasilkan

cukup insulin (hormon yang mengatur kadar gula darah atau glukosa), atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efisien. Hal ini menyebabkan kesulitan glukosa untuk masuk ke sel-sel tubuh, mengakibatkan peningkatan kadar glukosa dalam darah yang dikenal sebagai hiperglikemia. (Loscalzo J, S.A, 2019). Diabetes ditandai dengan gejala sering makan (polifagia), sering minum (polidipsy) dan sering buang air kecil (poliuria) (Irwasyah,I., & Kasim, I. S., 2021)

3.3. Partisipan

Subjek penulisan karya tulis ilmiah ini adalah ada 2 pasien dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah dan diagnosis medis yang sama yang berada di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur.

Adapun kriteria inklusi dan ekslusi adalah sebagai berikut :

a. Kriteria inklusi

Kriteria inkulusi meliputi : Pasien bersedia menjadi responden, Pasien berkomunikasi dengan baik, Pasien memiliki diagnosis (Diabetes Melitus Tipe II)

b. Kriteria ekslusi

Kriteria ekslusi adalah situasi dimana subjek atau pasien memenuhi kriteria inklusi tetapi tidak dapat dimasukkan dalam Penulisan. Kriteria ekslusi meliputi: Pasien yang tidak memenuhi masa perawatn selama tiga hari, Pasien yang kondisinya memburuk dan meninggal sebelum penulisan selesai.

3.4. Lokasi Dan Waktu Penulisan

Penulisan ini dilaksanakan di RSUD Pasar Rebo pada ruangan Flamboyan pada tanggal 19 Februari 2024 sampai dengan 24 Februari 2024, Proses ini dimulai dari melakukan wawancara dengan pasien hingga menyelesaikan penyusunan KTI (Scientific Papers). Waktu yang ditentukan dimulai dari saat pasien pertama kali masuk rumah sakit hingga pasien pulang, atau setidaknya pasien dirawat selama 3

hari. Jika pasien pulang sebelum 3 hari, pasien lain dengan kasus serupa akan dicari untuk diganti.

3.5. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah proses untuk mendapatkan yang diinginkan. Prosedur pengumpulan data bervariasi tergantung pada desain studi kasus dan metodologi penelitian yang digunakan. Selama proses pengumpulan data, penulis fokus pada penyediaan subjek, menganalisis data, mengikuti prinsip validitas dan reliabilitas, dan menyelesaikan masalah yang dihadapi sehingga data dapat dikumpulkan tepat waktu. (Nursalam, 2016) Teknik pengumpulan data menggunakan data primer dan sekunder. Pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini adalah sebagai berikut:

3.5.1. Wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan informasi yang dilakukan antara perawat dan Pasien. Motivasi dibalik wawancara adalah untuk mendengarkan Pasien dan mengupayakan kesejahteraan Pasien dengan membangun kepercayaan dan ikatan yang kuat. Metode ini digunakan untuk mendapatkan masalah perawatan mendasari Pasien dan riwayat klinis. (Nurarif. A. H & Kusuma, H, 2015)

3.5.2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Setelah dilakukan pada tahap wawancara, selanjutnya Penulis melakukan pemeriksaan fisik. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara empat cara adalah sebagai berikut:

a. Inspeksi (melihat)

   Inspeksi adalah menggunakan indra penglihatan dengan bantuan penerangan dan pengamatan yang cermat.

b. Palpasi (merasakan)

   Palpasi dilakukan dengan memanfaatkan serabut saraf sensorik pada permukaan telapak tangan untuk mengidentifikasi kelembaban, suhu, tekstur, massa, tonjolan, lokasi, dan pembengkakan. Proses ini membutuhkan pendekatan yang

terstruktur dan harus dilakukan dengan tegas namun lembut agar tidak menimbulkan ketidaknyamanan pada pasien.

c. Perkusi (mengetuk)

   Pemeriksaan dilakukan berdasarkan prinsip getaran dan getaran udara, di mana tangan pemeriksa menepuk atau mengetuk permukaan tubuh. Teknik ini berguna untuk mengevaluasi kepadatan organ atau jaringan yang diperiksa.

d. Auskultasi (mendengarkan)

   Auskultasi adalah penggunaan indera pendengaran, dengan atau tanpa Dengan menggunakan alat bantu seperti stetoskop, suara dalam tubuh yang terdengar berasal dari pergerakan udara (seperti suara pernapasan) dan pergerakan organ (seperti peristaltik usus).

Pemeriksaan fisik penulis berfokus pada pendekatan *Head to Toe* atau pendekatan sistem termasuk observasi tanda-tanda vital, penilaian GCS (*Glasgow Coma Scale*), dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik adalah sebagai berikut: Sistem penglihatan, sistem pendengaran, sistem bicara, sistem pernapasan, sistem kardiovaskular, sistem darah, sistem saraf pusat, sistem pencernaan, sistem endokrin, sistem urogenital, sistem kulit, sistem otot-tulang.

3.5.3. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi yang didapatkan oleh Penulis diantaranya hasil pemeriksaan laboratorium darah lengkap, kadar ureum creatinin pada urine Pasien, GDS Pasien, serta angka kejadian kasus Diabetes Melitus Tipe II di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur selama 3 hari terakhir.

3.6. Uji Keabsahan Data

Pengujian validitas data yang dilakukan oleh penulis dengan menggunakan karya tulis ilmiah ditentukan dengan membaca rekam medis untuk mengidentifikasi keluhan utama, dan tulisan untuk mendukung pemeriksaan terhadap dua pasien yang menderita penyakit metabolik seperti diabetes melitus tipe II dan melakukan

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Yang Mengalami Diabetes Melitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.

3.7. Analisis Data Dan Penyajian Data

Analisis data dilakukan dengan menyajikan fakta, membandingkannya dengan teori terkait, dan mengembangkan diskusi. Pendekatan analisis yang digunakan adalah untuk mendeskripsikan tanggapan yang diberikan untuk menjawab pertanyaan terkait masalah asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus Tipe II dengan diagnosis medis ketidakstabilan kadar glukosa darah di RS Pasar Rebo, Jakarta Timur.

Metode yang digunakan adalah studi observasi dan dokumentasi dimana daya dihasilkan, diinterpretasikan dan dibandingkan dengan teori yang ada. Urutan dalam analisis data adalah sebagai berikut:

3.7.1. Pengumpulan data

Informasi dikumpulkan melalui proses WOD (wawancara, observasi, dan dokumentasi). Penulis mencatat hasilnya dalam bentuk catatan ringkas yang kemudian ditranskripsikan dan disusun ulang menjadi catatan terstruktur.

3.7.2. Mereduksi data

Data dari wawancara dicatat dalam bentuk transkripsi, kemudian data ini dibagi menjadi informasi subjektif dan objektif, termasuk hasil tes diagnostik dibandingkan dengan nilai referensi normal.

3.7.3. Penyajian data

Informasi disajikan dalam bentuk tabel, grafik, dan teks naratif. Untuk menjaga kerahasiaan pasien, identitas mereka disajikan hanya menggunakan inisial..

3.7.4. Kesimpulan

Data yang disajikan kemudian dianalisis dan secara teoritis dibandingkan dengan perilaku kesehatan. Kesimpulan diperoleh melalui pendekatan induktif. Data

yang dikumpulkan meliputi informasi dari penilaian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, implementasi, dan evaluasi hasil keperawatan.

3.8. Etika Penulisan

Etika yang mendasari penyusunan studi kasus, ini tercantum. Pernyataan etika yang mendasari penyusunan karya tulis ilmiah ini terdiri dari. (Nursalam, 2016) :

3.8.1. *Informed Consent* (Persetujuan Menjadi Pasien)

Informed Consent adalah bentuk persetujuan yang memberikan kebebasan kepada partisipan untuk memutuskan apakah akan berpartisipasi atau tidak. Sebelum menulis, Penulis menjelaskan manfaat dan tujuan penulisan serta etika penulisan dengan memperhatikan prinsip anonimity dan kerahasiaan. Pasien kemudian diminta unuk menandatangani formulir persetujuan. Hal ini berfungsi sebagai bukti kesediaan pasien untuk berpartisipasi tanpa ada paksaan dan digunakan arsip tulisan. Setiap Pasien menyetujui dan menandatangani formulir persetujuan Penulisan.

3.8.2. *Anonimity* (Tanpa Nama)

Prinsip anonimity ini bertujuan untuk melindungi privasi pasien dengan menyamarkan nama pasien dan hanya menulis inisial identitas Pasien saja. Dalam hal ini, penulis meyakinkan partisipan bahwa nama pasien dapat disamarkan dengan inisial dalam Penulisan ini. Kerahasiaan identitas partisipan.

3.8.3. Confidentiality (Kerahasiaan)

Prinsip kerahasiaan bertujuan untuk menjaga privasi pasien. Penulis menjamin kepada pasien bahwa data yang diperoleh dari peserta dan informasi yang diberikan akan dijaga kerahasiaannya, dan hanya akan digunakan untuk tujuan penulisan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil

Bagian ini memaparkan tulisan dan analisis penulis terkait pelayanan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus Tipe II, yaitu Ibu A dan Ibu U, yang mengalami kadar glukosa darah tidak stabil di RSUD Pasar Rebo, Jakarta Timur. Ini termasuk penjelasan mengenai lokasi penelitian, karakteristik responden, hasil penelitian yang dilakukan, dan pembahasan yang disajikan. Pengumpulan data dilakukan sejak 20 Februari 2024 hingga 22 Februari 2024 di ruang perawatan.

4.1.1. Gambaran Lokasi Penulisan

Rumah Sakit Pasar Rebo adalah rumah sakit pendidik kelas B milik pemerintah daerah, yang terletak di Jl. Let.General. Simatupang No. 30, Pasar Rebo, Jakarta Timur, dengan kode pos 13760. Luas rumah sakit ini mencapai 15.533 meter persegi. Sejak didirikan pada tahun 1945, rumah sakit ini telah mengalami beberapa perubahan. Awalnya, pada tahun 1945, rumah sakit beroperasi dari gedung POS P3K di Jalan Bidara China. Kemudian, pada tahun 1957 namanya diubah menjadi Rumah Sakit Tuberkulosis Paru. Pada tahun 1987, rumah sakit ini ditingkatkan menjadi Rumah Sakit Umum Kelas C berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 303 Tahun 1987.

Peraturan Daerah (PERDA) DKI Jakarta No. 2 Tahun 1996 mengatur status Rumah Sakit Unit Swadaya Daerah. Dalam Peraturan Daerah DKI Jakarta No. 4 Tahun 1998, statusnya ditingkatkan menjadi Rumah Sakit Kelas B. Pada tanggal 2 Januari 2007, rumah sakit ini diubah menjadi Badan Hukum Perseroan Terbatas (PT) dan kemudian dikembalikan ke PPK-BLUD sesuai dengan Keputusan Gubernur. No. 249/2007. Pada tahun 2013 rumah sakit mendapatkan akreditasi rehabilitasi Gedung C Manajemen dan lantai 4 Gedung A Instalasi Rawat Jalan dengan 16 klinik khusus Rawat Inap dengan kapasitas 395 tempat tidur. Penulis

memilih RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur sebagai Rumah Sakit pendidikan dan Rumah Sakit lahan utuk praktik, karena terletak didaerah dengan beban kasus yang bervariasi, cukup jauh ari pendidikan.

4.1.2. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Tabel 4. 1 Identitas Pasien

Identitas Pasien	Pasien I	Pasien 2
Tanggal Pengkajian	20 Februari 2024	20 Februari 2024
Tanggal Masuk	19 Februari 2024	19 Februari 2024
Ruang / Kelas	Flamboyan	Flamboyan
Nomor Register	0000014330	2019857396
Diagnosa Medis	Diabetes Melitus Tipe II	Diabetes Melitus Tipe II
Nama Pasien	Ny.A	Ny.U
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Usia	54 Tahun	57 Tahun
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Agama	Islam	Islam
Suku Bangsa	Aceh	Jawa
Pendidikan	SI Hukum	SMK
Bahasa Yang Digunakan	Bahasa Indonesia	Bahasa Indonesia
Pekerjaan	IRT	IRT
Alamat	Jl. Duku 05 Blok D. No. 12 Jakarta Timur	Jl. Hj. Baping Blok CD 08, Jakarta Timur.
Sumber Biaya	BPJS	BPJS
Sumber Informasi	Pasien Dan Keluarga	Pasien Dan Keluarga

2. Riwayat Penyakit

Tabel 4. 2 Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Pasien I	Pasien 2
Keluhan Utama	Pasien mengatakan lemas, sering minum, mual dan muntah	Pasien mengatakan lemas, mual dan muntah sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit
Riwayat Kesehatan Sekarang	Pasien tiba di Instalasi Gawat Darurat RSUD Pasar Rebo pada tanggal 19 Februari 2024 pukul 15.11 WIB dengan keluhan mual dan muntah sebanyak 5 kali sejak sebelum masuk rumah sakit, dengan cairan tanpa ampas. Pasien mengalami kelelahan dan mengalami penurunan nafsu makan. Upaya penanganan yang telah dilakukan selama ini antara lain Pasien mengatakan rutin kontrol ke RSUD Pasar Rebo dan teratur minum obat. Tetapi Pasien mengatakan pola diet makannya tidak di jaga dan Pasien mengatakan rutin olahraga atau senam	Pasien tiba di Instalasi Gawat Darurat RSUD Pasar Rebo pada 20 Februari 2024, pukul 05.11 WIB. Pasien melaporkan gejala kelemahan, mual, dan muntah yang telah dirasakan selama 2 hari sebelum dirawat di rumah sakit. Pasien juga mengeluhkan kelemahan pada ekstremitas bawah dan atas bagian sinistra sedikit sulit digerakkan dikarenakan pasca stroke dan kegiatan dibantu oleh suami serta anaknya. Upaya untuk mengatasinya Pasien mengatakan rutin kontrol ke RSUD Pasar Rebo dan teratur minum obat. Tetapi Pasien mengatakan pola diet makannya tidak di jaga dan Pasien mengatakan tidak pernah olahraga atau senam
Riwayat Kesehatan Dahulu	Pasien mengatakan mempunyai riwayat Batu ginjal dan sudah dilakukan ESWL 5 tahun yang lalu di RS Polri sebanyak 1x dan mempunyai riwayat Diabetes Melitus Tipe II sejak usia 23 tahun (sudah 34 tahun Pasien mengidap DM tipe II) dan gastritis sejak usia 23 tahun (sudah 34 tahun Pasien mengidap gastritis) **Terapi Farmakologi sebelum di RSUD Pasar Rebo :** omeperazole via oral, Asam folat via oral, Vit B12 via oral, Curcuma via oral, Metformin via oral	Pasien mengatakan bahwa dia telah menderita diabetes mellitus tipe II sejak dia berusia 25 tahun (dia mengalaminya selama 32 tahun). DM tipe II), hipertensi karena keturunan dari ibunya yang mengidap hipertensi dan pasca stroke 1 tahun yang lalu. **Terapi farmakologi sebelum masuk RSUD Pasar Rebo :** Glikuidone via oral, Vit B12 via oral, Curcuma tab via oral, Spirolactone via oral, Nitrokaf via oral, Valsartan via oral, Clopidogrel via oral.
Terapi Yang Telah Diberikan	**Terapi Farmakologi pada saat di RSUD Pasar Rebo :** IVFD NaCl 3% 14 tpm/ 24 jam via injeksi, NaCl 0,9% + KCL 25 meq/12 jam via injeksi, Cefoperazone 2x1gr via injeksi, Asam folat 3x1 tab via oral, Vit B12 3x1 tab via oral, Bicnat 3x1 tab via oral, Curcuma 3x1 tab via oral, Ksr 1x1 tab via oral, Insulin novorapid 5 unit via intamuscular, Sucralfate 2x500 mg via oral, Omeperazole 2x40 mg via injeksi, Ondansentrone 3x4mg via injeksi, Diit makanan lunak 3x250 gr.	**Terapi Farmakologi pada saat di RSUD Pasar Rebo:** Lasix 1x200mg via injeksi, Glikuidone 3x30 mg via oral, Spirolactone 1x25 mg via oral, Nitrokaf 2x5 mg via oral, Valsartan 2x40 mg via oral, Clopidogrel 1x75 mg via oral, Omeperazole 2x20 mg via oral, IVFD NaCl 0,9% 21 tpm/24 jam via injeksi. Diit makanan lunak 3x200gr

Riwayat Kesehatan Keluarga	Keluarga pasien menyebutkan bahwa ayah pasien juga menderita diabetes melitus tipe II. Pasien adalah anak tertua dari tiga bersaudara dan tinggal bersama suami dan tiga anaknya. Mereka hidup di lingkungan dengan kepadatan penduduk yang tinggi.	Keluarga Pasien mengatakan ayah Pasien menderita diabetes melitus tipe I dan ibunya menderita penyakit hipertensi. Pasien adalah anak kedua dari empat bersaudara. Pasien tinggal bersama suami dan empat anaknya. Mereka hidup di lingkungan dengan kepadatan penduduk yang tinggi.
Riwayat Psikososial Dan Spiritual	Pasien menyatakan bahwa dia lebih dekat dengan suami dan anak-anaknya. Pola komunikasi dalam keluarga dianggap baik, dengan keputusan keluarga dibuat melalui musyawarah dan biasanya diputuskan oleh suami. Pasien aktif mengikuti kegiatan pengajian di kalangan penghuni RT. Keluarga prihatin dengan kesehatan Pasien, meskipun tidak ada masalah yang mempengaruhi Pasien secara signifikan. Pasien mengatasi stres dengan berdoa dan melakukan doa. Fokus utama saat ini bagi pasien adalah untuk pulih dengan cepat dan kembali beraktivitas normal setelah perawatan. Pasien berharap penyakitnya membaik setelah menjalani perawatan. Pasien tidak merasakan perubahan yang signifikan setelah jatuh sakit. Tidak ada nilai yang bertentangan dengan kesehatan yang dipertimbangkan oleh Pasien. Kegiatan keagamaan yang dilakukan adalah doa dan doa. Pasien menyatakan bahwa lingkungan rumahnya bersih dan memiliki efek yang baik bagi kesehatannya.	Pasien mengatakan orang terdekat dengan Pasien mengatakan lebih dekat dengan suami dan anaknya. Pola komunikasi Pasien mengatakan interaksi dalam keluarga baik. Pasien mengatakan jika terdapat musibah untuk menyelesaikannya dengan cara dibicarakan bersama atau musyawarah. Pasien mengatakan mengikuti arisan antar RT dan pengajian. Dampak penyakit pada keluarga Pasien membuat mereka khawatir dengan kesehatannya, meskipun tidak ada masalah yang secara langsung mempengaruhi Pasien. Mekanisme mengatasi stres biasanya dilakukan dengan berdoa dan berdoa. Saat ini, pasien sangat menginginkan pemulihan yang cepat dan kembali ke aktivitas biasanya. Setelah menjalani perawatan, pasien berharap kondisinya membaik. Pasien tidak merasakan perubahan yang signifikan setelah jatuh sakit. Tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan pasien. Kegiatan keagamaan yang rutin dilakukan adalah doa dan doa. Pasien mencatat bahwa lingkungan rumahnya bersih, yang memiliki efek positif pada kesehatannya.
Riwayat Sosial Ekonomi	Pasien mengatakan bekerja diperusahaan wiraswasta dan saat ini menjadi IRT, jumlah penghasilannya Pasien mengatakan mencukupi kebutuhan Pasien	Pasien mengatakan menjadi IRT, jumlah penghasilannya Pasien mengatakan mencukupi kebutuhan Pasien

3. Perubahan Pola Kesehatan

Tabel 4. 3 Pemenuhan Pola Kesehatan

Pola Kesehatan	Pasien I	Pasien 2
Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan	**Sebelum sakit :** Pasien menganggap kesehatan sangat penting, sehingga Pasien rutin ke berobat ke RSUD Pasar Rebo dan rajin olahraga tetapi tidak dapat menjaga pola diit makananya **Setelah sakit:** Pasien menganggap bahwa kesehatan sangat penting sehingga Pasien mematuhi arahan dari dokter serta perawat pada saat dirawat di RSUD Pasar Rebo	**Sebelum sakit :** Pasien menganggap kesehatan sangat penting, sehingga Pasien rutin ke berobat ke RSUD Pasar Rebo tetapi tidak rajin berolahraga dan tidak dapat menjaga pola diitnya makanannya **Setelah sakit:** Pasien menganggap bahwa kesehatan sangat penting sehingga Pasien mematuhi arahan dari dokter serta perawat pada saat dirawat di RSUD Pasar Rebo
Pola Aktivitas Dan Latihan	**Sebelum sakit :** Pasien mengatakan nyaman pada saat melakukan aktivitas, tidak ada keluhan pada saat beraktivitas. Waktu bekerja Pasien mengatakan tidak bekerja (IRT), Pasien mengatakan rutin berolahraga / senam setiap hari Senin, Kamis dan Jumat **Setelah sakit :** Waktu bekerja Pasien mengatakan tidak bekerja (IRT), Pasien mengatakan tidak olahraga dikarenakan sedang sakit. Tidak ada keluhan saat aktivitas	**Sebelum sakit :** Waktu bekerja Pasien mengatakan tidak bekerja (IRT), Pasien mengatakan tidak pernah olahraga, Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh pihak keluarga dikarenakan pasca stroke, ekstremitas atas dan bawah bagian kiri Pasien tampak lemah **Setelah sakit :** Waktu bekerja Pasien mengatakan tidak bekerja (IRT), Pasien mengatakan tidak olahraga tidak pernah olahraga. Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh pihak keluarga dikarenakan pasca stroke, ekstremitas atas dan bawah bagian kiri Pasien tampak lemah
Pola Nutrisi	**Sebelum sakit :** Pasien mengatakan bahwa dia makan 3 kali sehari dan memiliki nafsu makan yang baik. Pasien sering mengonsumsi makanan cepat	**Sebelum sakit :** Pasien mengatakan bahwa dia makan 3 kali sehari dengan nafsu makan yang baik. Pasien menyukai makanan yang memiliki rasa asin dan manis. Setiap

	saji dengan satu porsi per makan. Pasien tidak suka tahu dan tidak memiliki alergi terhadap makanan tertentu. Tidak ada makanan yang harus dihindari dan tidak ada diet khusus yang harus diikuti. Pasien tidak menggunakan obat sebelum makan atau makan alat pertolong. **Setelah sakit :** Pasien menyatakan bahwa dia makan 3 kali sehari. Pasien juga mengatakan bahwa nafsu makan mereka berkurang dan mereka sering merasa mual. Pasien mengatakan bahwa dia muntah 1 kali dengan volume sekitar 300 ml. Setiap makan, pasien mengonsumsi setengah porsi. Pasien tidak suka tahu dan tidak memiliki alergi terhadap makanan. Tidak ada makanan yang harus dihindari, tidak ada program diet khusus yang harus diikuti, tidak ada obat sebelum makan, dan tidak ada alat bantu makan.	makanan, pasien mengonsumsi satu porsi. Tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada makanan yang menyebabkan alergi, dan tidak ada makanan yang dilarang dikonsumsi. Pasien tidak mengikuti diet khusus, tidak menggunakan obat sebelum makan, dan tidak memerlukan alat bantu makan. **Setelah sakit :** Pasien menyatakan bahwa dia makan 3 kali sehari. Pasien mengalami mual setelah makan. Setiap makanan, pasien mengonsumsi satu porsi. Pasien mengatakan bahwa dia muntah sekali dengan volume sekitar 250 ml, dengan konsistensi cairan pemeras. Pasien tidak memiliki makanan yang tidak diinginkan atau makanan yang menyebabkan alergi. Tidak ada makanan yang harus dihindari, tidak ada program diet yang harus diikuti
Pola Eliminasi	**Sebelum sakit :** Pasien mengatakan bahwa dia buang air kecil (BAK) 3-5 kali sehari. Warna BAK berwarna kuning bening dan tidak ada keluhan terkait. Pasien tidak menggunakan alat bantu selama BAK. Buang air besar (buang air besar) dilakukan sekali sehari, tanpa waktu yang pasti, dengan warna kuning kecoklatan dan konsistensi semi-padat. Pasien tidak memiliki	**Sebelum sakit :** Pasien melaporkan bahwa dia buang air kecil (BAK) 3-6 kali sehari dengan warna kuning bening. Pasien tidak mengeluh tentang BAK dan tidak menggunakan alat bantu saat buang air kecil. Buang air besar dilakukan sekali sehari tanpa waktu yang pasti, dengan warna kuning kecoklatan dan konsistensi semi-padat. Pasien tidak memiliki keluhan terkait buang air besar dan tidak menggunakan obat pencahar.

	keluhan terkait dan tidak menggunakan obat pencahar. **Setelah sakit :** Pasien melaporkan bahwa dia buang air kecil (BAK) 3-4 kali sehari dengan warna BAK kuning bening. Pasien tidak memiliki keluhan selama BAK dan menggunakan kateter sebagai alat bantu selama BAK. Buang air besar dilakukan sekali sehari tanpa waktu yang pasti, dengan warna kuning kecoklatan dan konsistensi semi-padat. Pasien tidak memiliki keluhan terkait buang air besar dan tidak menggunakan obat pencahar.	**Setelah sakit :** Pasien mengatakan bahwa dia tidak dapat mendeteksi BAK karena dia menggunakan kateter. Warna BAK berwarna kuning bening dan tidak ada keluhan terkait. Pasien menggunakan kateter sebagai alat bantu selama BAK. Buang air besar dilakukan sekali sehari tanpa waktu yang pasti, dengan warna kuning kecoklatan dan konsistensi semi-padat. Pasien tidak memiliki keluhan terkait buang air besar dan tidak menggunakan obat pencahar.
Pola Istirahat Dan Tidur	**Sebelum sakit :** Pasien tidur siang selama 2 jam per hari. Pasien tidur di malam hari selama 7 jam per hari. Pasien tidak memiliki kebiasaan sebelum tidur. Pasien merasa segar setelah bangun tidur. **Setelah sakit :** Pasien tidur siang selama 1 jam per hari. Pasien tidur di malam hari selama 8 jam per hari. Pasien tidak memiliki kebiasaan sebelum tidur. Pasien merasa segar setelah bangun tidur.	**Sebelum sakit :** Pasien tidur siang selama 2 jam per hari dan tidur di malam hari selama 8 jam per hari. Sebelum tidur, pasien biasanya menonton YouTube atau TV. Pasien merasa segar setelah bangun tidur. **Setelah sakit :** Pasien tidur siang selama 2 jam setiap hari dan tidur malam selama 7 jam setiap hari. Sebelum tidur, pasien biasanya menonton TV atau YouTube. Pasien merasa segar setelah bangun tidur.
Pola Kognitif	**Sebelum Sakit :** Pasien mengatakan jalani saja pengobatannya, komunikasi Pasien lancar. ekspresi wajah dan nada suara normal. **Setelah sakit :** Pasien mengatakan jalani saja pengobatannya, komunikasi Pasien	**Sebelum Sakit :** Pasien mengatakan jalani saja pengobatannya, komunikasi Pasien lancar.ekspresi wajah dan nada suara normal. **Setelah sakit :** Pasien mengatakan jalani saja pengobatannya, komunikasi Pasien

	lancar, Pasien dapat memahami tentang penyakitnya	lancar, Pasien dapat memahami tentang penyakitnya.
Pola Sensorik	**Sebelum Sakit :** Mata pasien dalam keadaan lengkap, posisi mata simetris, kelopak mata dalam kondisi normal, gerakan bola mata normal, konjungtiva pucat, kornea dalam keadaan normal, sklera kuning kehijauan, pupil tidak sama ukuran, otot mata tidak menunjukkan kelainan, fungsi visual baik, tidak ada tanda-tanda peradangan, gunakan kacamata resep minus 2 di kedua mata, Jangan gunakan lensa kontak, dan pupil menyusut saat terkena cahaya (+). **Setelah sakit :** Mata lengkap dengan posisi simetris, kelopak mata dalam keadaan normal, gerakan bola mata normal, konjungtiva pucat, kornea dalam kondisi normal, sklera kuning, pupil tidak sama ukurannya, otot mata tidak menunjukkan kelainan, fungsi visual baik, tidak ada tanda-tanda peradangan, gunakan kacamata resep minus 2 di kedua mata, jangan gunakan lensa kontak, dan pupil menyusut saat terkena cahaya (+).	**Sebelum sakit :** Mata lengkap dengan posisi simetris, kelopak mata dalam keadaan normal, gerakan bola mata normal, konjungtiva pucat, kornea dalam kondisi normal, sklera kuning, pupil tidak sama ukurannya, otot mata tidak menunjukkan kelainan, fungsi visual baik, tidak ada tanda-tanda peradangan, tidak ada kacamata, tidak ada lensa kontak, dan pupil menyusut saat terkena cahaya (+). **Setelah sakit:** Mata lengkap dengan posisi mata simetris, kelopak mata dalam keadaan normal, gerakan bola mata normal, konjungtiva pucat, kornea dalam kondisi normal, sklera kuning, pupil tidak sama ukuran, otot mata tidak menunjukkan kelainan, fungsi visual baik, tidak ada tanda-tanda peradangan, tidak ada kacamata, tidak ada lensa kontak, dan pupil menyusut saat terkena cahaya (+).
Pola Toleransi Dan Mengatasi Stres	**Sebelum sakit :** Pasien mengatakan cara mengatasi stress yaitu berdoa dan sholat serta minum obat **Setelah sakit:**	**Sebelum sakit :** Pasien mengatakan cara mengatasi stres yaitu berdoa dan sholat serta minum obat **Setelah sakit:**

	Pasien mengatakan cara mengatasi stress yaitu berdoa dan sholat serta minum obat	Pasien mengatakan cara mengatasi stress yaitu berdoa dan sholat serta minum obat dan pola makan.
Pola Persepsi Diri Atau Konsep Diri	**Sebelum sakit :** Pasien tampak tidak ada respon negatif baik verbal maupun non verbal dari Pasien maupun keluarga **Setelah sakit :** Pasien tampak tidak ada respon negatif baik verbal maupun non verbal dari Pasien maupun keluarga Pasien dan keluarga juga kooperatif bila dilakukan pemeriksaan / tindakan.	**Sebelum sakit :** Pasien tampak tidak ada respon negatif baik verbal maupun non verbal dari Pasien maupun keluarga **Setelah sakit :** Pasien tampak tidak ada respon negatif baik verbal maupun non verbal dari Pasien maupun keluarga yang menyebabkan perubahan pada struktur tubuhnya. Pasien dan keluarga juga kooperatif bila dilakukan pemeriksaan / tindakan.
Pola seksual dan reproduksi	**Sebelum sakit :** Pasien berjenis kelamin perempuan, usia 54 tahun sudah berkeluarga dan tinggal bersama suami serta ketiga anaknya **Setelah sakit:** Pasien berjenis kelamin perempuan, usia 54 tahun, sudah berkeluarga dan tinggal bersama suami serta ketiga anaknya.	**Sebelum sakit :** Pasien berjenis kelamin perempuan, usia 57 tahun, sudah berkeluarga dan tinggal bersama suami serta keempat anaknya **Setelah sakit :** Pasien berjenis kelamin perempuan, usia 57 tahun, sudah berkeluarga dan tinggal bersama suami serta keempat anaknya.
Pola nilai dan keyakinan	**Sebelum sakit :** Sebelum masuk RS Pasien beribadah sesuai dengan agamanya **Setelah sakit :** Sebelum masuk RS dan selama Pasien di RS beribadah sesuai dengan agamanya	**Sebelum sakit :** Sebelum masuk RS Pasien beribadah sesuai dengan agamanya **Setelah sakit :** Sebelum masuk RS dan selama Pasien di RS beribadah sesuai dengan agamanya
Pola Personal Higiene	**Sebelum sakit :** Pasien mandi dua kali sehari, di pagi dan sore hari. Perawatan kebersihan mulut dilakukan dua kali sehari,	**Sebelum sakit :** Pasien mandi dua kali sehari, yaitu di pagi dan sore hari. Perawatan kebersihan mulut dilakukan dua kali sehari, pagi dan sore hari. Pasien

	pagi dan sore hari. Rambut dicuci 2-3 kali seminggu. **Setelah sakit:** Pasien mandi sekali sehari di pagi hari. Perawatan kebersihan mulut dilakukan pada sore hari. Pasien menyatakan bahwa dia belum mencuci rambutnya.	mencuci rambut mereka 2-3 kali seminggu. **Setelah sakit:** Pasien mandi sekali sehari di pagi hari. Perawatan kebersihan mulut dilakukan pada sore hari. Mengenai mencuci rambut, pasien mengatakan bahwa dia belum melakukannya.

4. Pemeriksaan Fisik

Tabel 4. 4 Pemeriksaan Fisik

Observasi	**Pasien I**	**Pasien 2**
BB Sebelum Sakit	54 kg	63 kg
BB Saat Ini	52 kg	63 kg
TB	150 cm	160 cm
Keadaan Umum	Sedang	Sedang
Suhu	36,5 ºC	36 ºC
Nadi	80x/menit	110x/menit
Pernafasan	20x/menit	18x/menit
Tekanan Darah	120/99 mmHg	160/90 mmHg
SPO_2	99 %	98%
Gcs	15 (E4M6V5)	15 (E4M6V5)
Pemeriksaan Fisik		
Observasi	**Pasien I**	**Pasien 2**
Sistem Integumen	Kulit memiliki turgor elastis, suhu hangat, warna pucat, kondisi kulit secara keseluruhan baik tanpa kelainan, infus terpasang dengan baik pada kulit, dan rambut dalam keadaan bersih dan baik.	Kulit elastis dengan turgor yang baik, suhu kulit hangat, warna kulit terlihat pucat, kondisi kulit secara keseluruhan baik tanpa kelainan yang terlihat, area di mana infus dimasukkan dalam kondisi baik, dan rambut tetap bersih.
Sistem Pernafasan	Pernapasan terasa normal, jalan napas bersih, tidak ada sesak napas, dan tidak ada alat bantu pernapasan yang digunakan. Frekuensi pernapasan adalah 20 kali per menit dengan ritme yang teratur. Pernapasan bersifat spontan dan dalam. Tidak ada riwayat batuk atau keluhan dahak. Saat melakukan palpasi dada, getaran vokal dirasakan sama di sisi kanan dan kiri, tanpa apresiasi. Saat perkusi di ICS ke-4, suara perkusi terdengar sonor. Pasien tidak mengalami nyeri saat bernapas. Suara napas terdengar dalam vesikular. Pasien tidak menggunakan ventilator.	Jalan napas bersih dengan pernapasan yang tidak tersumbat. Tidak ada gunanya otot bantuan pernapasan. Frekuensi pernapasan adalah 20 kali per menit dengan ritme teratur dan jenis pernapasan spontan. Kedalaman pernapasan dalam-dalam. Tidak ada gejala batuk atau dahak. Selama palpasi dada, getaran vokal premitus teraba secara merata di sisi kanan dan kiri, tanpa crepiasi. Selama perkusi di ruang antara tulang rusuk ke-4, suara perkusi terdengar sonor. Tidak ada keluhan nyeri saat bernapas. Suara napas terdengar dalam vesikular. Tidak ada penggunaan respirator.
Sistem Kardiovaskuler	Pada pemeriksaan, denyut nadi berdenyut 80 kali per menit dengan ritme teratur, dan denyut nadinya kuat. Tekanan darah adalah 120/90 mmHg. Tidak ada distensi vena jugularis, dan suhu kulit terasa hangat dengan warna kulit pucat. Waktu pengisian ulang kapiler (CRT) kurang dari 3 detik, tidak ada tanda-tanda edema. Denyut nadi apikal berdenyut 80 kali per menit dengan ritme teratur. Tidak ada kelainan pada pemeriksaan jantung, dan pasien tidak mengeluh nyeri dada.	Pada pemeriksaan, frekuensi denyut nadi adalah 110 kali per menit, dengan ritme teratur dan denyut nadi yang kuat. Tekanan darah sistolik adalah 160 mmHg dan diastolik adalah 90 mmHg. Tidak ada distensi vena jugularis yang terlihat. Suhu kulit hangat, warna kulit pucat, dan waktu pengisian kapiler kurang dari 3 detik. Tidak ada tanda-tanda edema. Detak jantung apikal adalah 110 denyut per menit dengan ritme teratur. Tidak ada kelainan pada pemeriksaan jantung dan tidak ada keluhan nyeri dada.
Sistem Gastrointestinal	Selama pemeriksaan pemeriksaan gigi, ditemukan kerusakan gigi (karies) pada gigi geraham kanan atas	Selama pemeriksaan inspeksi, tidak ditemukan kerusakan gigi (karies), pasien tidak menggunakan gigi palsu,

	dan bawah. Pasien tidak menggunakan gigi palsu dan tidak menderita stomatitis. Lidah terlihat bersih dan air liurnya normal. Pasien muntah sebanyak 300ml dengan konsistensi cairan buas, dan warnanya cocok dengan makanan yang dikonsumsi. Frekuensi muntah sangat tinggi. Tidak ada keluhan sakit perut, dengan suara usus 26 kali per menit. Pasien tidak mengalami diare Selama pemeriksaan palpasi perut, hati tidak teraba dan perut terasa lembek. Pasien mengatakan mereka sering merasa haus. Selama pemeriksaan palpasi perut, hati tidak teraba dan perut terasa lembek. Pasien mengatakan mereka sering merasa haus.	dan tidak mengalami stomatitis. Lidah terlihat bersih dan air liur dalam kondisi normal. Pasien mengalami muntah sebanyak 250ml dengan konsistensi cairan yang dilucuti, dengan warna yang sesuai dengan makanan yang dikonsumsi, dan frekuensi muntah sekali. Tidak ada keluhan nyeri di daerah perut, dengan suara usus terdengar sebanyak 28 kali per menit. Pasien juga tidak mengalami diare atau sembelit. Pada pemeriksaan palpasi perut, hati tidak teraba dan perut terasa lunak. Pasien mengatakan mereka sering merasa haus.
Sistem Urinaria	Asupan cairan sebesar 3.510 ml dalam periode 24 jam, sedangkan produksi cairan sebesar 4.180 ml pada periode yang sama, menghasilkan keseimbangan cairan negatif sebesar -670 ml dalam 24 jam. Kebutuhan akan 2.220 ml cairan dalam 24 jam terpenuhi dengan baik. Pola kemih normal tanpa kebocoran, dengan urin kuning bening. Tidak ada pembesaran atau distensi kandung kemih, dan tidak ada keluhan nyeri punggung bawah. Pasien menyatakan bahwa mereka sering buang air kecil.	Pasien mengonsumsi 3.915 ml cairan dalam 24 jam terakhir, dengan keluaran cairan 4.295 ml pada periode yang sama. Keseimbangan cairan dalam tubuh pasien mencatat defisit -380 ml dalam 24 jam tersebut. Kebutuhan cairan harian pasien adalah 2.360 ml. Pola kemih Pasien normal tanpa gangguan, urin berwarna kuning bening, tidak ada tanda-tanda distensi di kandung kemih, tidak ada keluhan nyeri punggung bawah atau nyeri yang ditemukan.
Sistem Muskuloskeletal	Tidak ada kendala dalam bergerak. Tidak ada rasa sakit pada tulang, persendian, dan kulit. Tidak ada patah tulang, dan tidak ada kelainan pada bentuk tulang dan persendian. Tonus otot dalam kondisi baik.. 5555 5555 5555 5555	Ada masalah dalam gerakan. Tidak ada rasa sakit pada tulang, persendian, dan kulit. Tidak ada patah tulang. Tidak ada kelainan pada bentuk tulang dan persendian. Keadaan tonus otot menunjukkan hipotonis.. 3333 5555 3333 5555
Sistem Neurologis	Pasien mengalami sakit kepala, dengan tingkat kesadaran kompos mental, GCS: 15 (E4, V5, M6) tanpa tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial. Tidak ada gangguan pada sistem saraf, refleks fisiologis dan patologis normal. Pasien mengatakan mereka tidak mengalami penurunan sensasi, terlihat lesu, tidak mengalami disorientasi, anestesi, parestesia, atau kebingungan.	Pasien tidak melaporkan sakit kepala, dan tingkat kesadarannya normal (compos mentis). Nilai GCS (Glasgow Coma Scale) adalah 15 (E4, V5, M6), menunjukkan kesadaran penuh tanpa tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial (TIK). Sistem saraf tidak terganggu, dengan refleks fisiologis dan patologis berada dalam batas normal. Pasien juga menyatakan bahwa tidak ada penurunan sensorik, tetapi mengalami penurunan massa otot yang menyebabkan penampilan lesu. Tidak ada tanda-tanda disorientasi, anestesi, parestesia, atau kebingungan.

Sistem Pendengaran	Telinga luar normal, cermen berwarna kekuningan dengan tekstur lengket dan bau normal. Kondisi telinga secara keseluruhan dalam kondisi baik, tanpa cairan yang keluar dari telinga, sensasi penuh di telinga, atau tinnitus. Pendengaran berfungsi secara normal tanpa gangguan keseimbangan, dan pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.	Telinga pasien dalam keadaan normal, dengan cerumen kekuningan, konsistensi lengket, dan bau normal. Tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada sensasi penuh di telinga, tidak ada tinnitus, pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan, dan tidak ada penggunaan alat bantu dengar.
Sistem Wicara	Sistem bicara normal, tidak ada perubahan dan kelainan	Sistem wicara normal, tidak ada perubahan dan kelainan
Sistem Hematologi	Saat diperiksa secara visual, pasien tampak pucat dan tidak menunjukkan tanda-tanda pendarahan.	Pada pemeriksaan inspeksi Pasien tampak pucat dan tidak terdapat perdarahan.
Sistem Endokrin	Selama pemeriksaan visual, tidak ada tanda-tanda pembesaran kelenjar tiroid, napas tidak berbau keton, dan tidak ada lesi gangren.	Pada pemeriksaan visual, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, napas tidak berbau keton, dan tidak ada tanda-tanda lesi gangren.
Data Psiko-Sosial-Spiritual	Pasien mengatakan orang terdekat dengan Pasien mengatakan lebih dekat dengan suami dan anaknya, pola komunikasi Pasien mengatakan interaksi dalam keluarga baik, Pasien mengatakan pembuat keputusan dibicarakan bersama/ musyawarah dan pembuat keputusan adalah suaminya, Pasien mengatakan mengikuti kegiatan pengajian antar RT. Dampak penyakit pasien terhadap keluarga adalah membuat mereka khawatir dengan kesehatannya, padahal tidak ada masalah yang mempengaruhi pasien secara langsung. Mekanisme koping untuk mengatasi stres biasanya dilakukan dengan berdoa dan berdoa. Saat ini, pasien sangat berpikir untuk segera pulih dan kembali ke aktivitas biasanya. Setelah menjalani perawatan, pasien berharap penyakitnya dapat membaik. Pasien tidak merasakan perubahan yang signifikan setelah jatuh sakit. Pasien tidak memiliki nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan, dan kegiatan keagamaan yang dilakukan adalah doa dan doa.	Pasien mengatakan orang terdekat dengan Pasien mengatakan lebih dekat dengan suami dan anaknya. Pola komunikasi Pasien mengatakan interaksi dalam keluarga baik. Pasien mengatakan jika terdapat musibah untuk menyelesaikannya dengan cara dibicarakan bersama atau musyawarah. Pasien mengatakan mengikuti arisan antar RT dan pengajian. Penyakit pasien membuat keluarga mengkhawatirkan kesehatannya, meskipun tidak ada masalah yang secara langsung mempengaruhi pasien. Untuk mengatasi stres, pasien biasanya menggunakan doa dan doa sebagai mekanisme koping. Saat ini, yang benar-benar dipikirkan pasien adalah ingin pulih dengan cepat dan kembali beraktivitas normal. Setelah menjalani perawatan, pasien berharap kondisinya dapat membaik. Pasien tidak merasakan perubahan signifikan setelah jatuh sakit. Tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan yang dimiliki pasien, dan kegiatan keagamaan yang dilakukannya adalah doa dan doa.

5. Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4. 5 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan	Pasien I	Pasien 2
Laboratorium : Pemeriksaan Hematologi	Hasil lab pada tanggal 20 Februari 2024: Hemoglobin : 15,9 g/dL ↑ (N: 11,7-15,5 g/dL) Hematokrit : 41 % (N: 32-47%) Eritrosit : 4,8 juta/µL (N : 3,8-5,2 juta/uL) Leukosit : 17,61 10^3/µL ↑ (N: 3,60-11.00 10^3/µL) Trombosit : 362 ribu/ µL (N: 150-440 ribu/ µL) MCV : 84 fl (N: 80-100 fl) MCH : 33 pg/mL (N: 26-34 pg/mL) MCHC : 39 g/dL ↑ (N: 32-36 g/dL)	Hasil lab pada tanggal 20 Februari 2024 : Hemoglobin : 15,8 g/dL ↑ (N: 11,7-15,5 g/dL) Hematokrit : 45 % (N: 32-47%) Eristrosit : 4,8 juta/µL (N : 3,8-5,2 juta/uL) Leukosit : 10.00 10^3/µL (N: 3,60-11.00 10^3/µL) Trombosit : 400 ribu/ µL (N: 150-440 ribu/ µL) MCV : 84 fl (N: 80-100 fl) MCH : 30 pg/mL (N: 26-34 pg/mL) MCHC : 40 g/dL ↑ (N: 32-36 g/dL)
Laboratorium : Pemeriksaan Urine Lengkap	Hasil lab pada tanggal 20 Februari 2024: Warna : kuning Kejernihan : jernih Berat jenis : 1.006 ↓ (N: 1.015-1.025) PH : 7,5 ↑ (N: 4,8-7,4) Glukosa : Negatif Bilirubin : negatif Keton : negatif Darah / Hb : +1↑ (N: negatif) Urobilirubin : normal Protein : 1+ (N: Negatif) Nitrit : negatif Leukosit esterase : 2+ ↑ (N: negatif)	Hasil lab pada tanggal 20 Februari 2024: Warna : kuning Kejernihan : jernih Berat jenis : 1.002 ↓ (N: 1.015-1.025) PH : 8,0 ↑ (N: 4,8-7,4) Glukosa : Negatif Bilirubin : negatif Keton : negatif Darah / Hb : +2↑ (N: negatif) Urobilirubin : normal Protein : 3+ (N: Negatif) Nitrit : negatif Leukosit esterase : 1+ ↑ (N: negatif)
Laboratorium : Pemeriksaan Elektrolit	Hasil lab pada tanggal 20 Februari 2024: Natrium (Na): 132 mmol/ L ↓ (N: 135-147 mmol/L) Kalium : 2,6 mmol/L ↓ (N: 3,5-5,0 mmol/L) Klorida : 80 mmol/L ↓ (N: 98-108 mmol/L)	Hasil lab pada tanggal 20 Februari 2024: Natrium (Na): 132 mmol/ L ↓ (N: 135-147 mmol/L) Kalium : 6.0 mmol/L ↑ (N: 3,5-5,0 mmol/L) Klorida : 87mmol/L ↓ (N: 98-108 mmol/L)
Laboratorium : Pemeriksaan Kimia Klinik	Hasil lab pada tanggal 20 Februari 2024: SGOT (AST) : 144U/L ↑ (N: 0-35 U/L) SGPT (ALT): 85 U/L ↑ (N: 0-35 U/L) Ureum darah : 19mg/dL ↓ (N: 20-40 mg/dL) Creatinin darah : 0,76 mg/dL	Hasil lab pada tanggal 20 Februari 2024: SGOT (AST) : 130U/L ↑ (N: 0-35 U/L) SGPT (ALT): 70 U/L ↑ (N: 0-35 U/L) Ureum darah : 15mg/dL ↓ (N: 20-40 mg/dL) Creatinin darah : 0,78 mg/dL

	eGFR: 92ml/min/1.73m2 GDS : 300 mg/dL ↑ (N: 200 mg/dL)	eGFR: 93ml/min/1.73m2 GDS : 405 mg/dL ↑ (N: 200 mg/dL)
Laboratorium : Pemeriksaan Hitung Jenis	Hasil lab pada tanggal 20 Februari 2024: Basofil : 1% Eosinofi : 1% Neutrofil batang : 0% ↓ (N: 3-5%) Neutrofil segmen : 59% Limfosit : 27% Monosit: 12% ↑(N: 2-8%) Limfosit absolut : 4.755% ↑ (N: 1.500-4.000%) Neutrofil limfosit ratio: 2.19/ µL	Hasil lab pada tanggal 20 Februari 2024: Basofil : 0% Eosinofi : 1% Neutrofil batang : 1% ↓ (N: 3-5%) Neutrofil segmen : 65% Limfosit : 30% Monosit: 15% ↑(N: 2-8%) Limfosit absolut : 4.700% ↑ (N: 1.500-4.000%) Neutrofil limfosit ratio: 2.19/ µL
Laboratorium : Pemeriksaan Gas Darah	Hasil lab pada tanggal 20 Februari 2024: PH: 6.000 PO_2: 99,5 mmHg (N: 71,0-104,0 mmHg) HCT : 40% (N: 37-48%) PCO_2 : 37,5 mmHg (N: 33,0-44,0 mmHg) HCO_3-: 25,0 mmol/L (N: 22,0-29,0 mmol/L) TCO_2: 17 mmol/L (N: 19-24 mmol/L) BE ecf : +1mmol/L BE (B): -2 mmol/L (N: -2 +3 mmol/L)	Hasil lab pada tanggal 20 Februari 2024: PH: 7.453 ↑ PO_2: 99,5 mmHg (N: 71,0-104,0 mmHg) HCT : 36% ↓ (N: 37-48%) PCO_2 : 20,2 mmHg ↓ (N: 33,0-44,0 mmHg) HCO_3-: 14,3 mmol/L ↓ (N: 22,0-29,0 mmol/L) TCO_2: 15 mmol/L ↓ (N: 19-24 mmol/L) BE ecf : -9,0 mmol/L ↓ BE (B): -6,90 mmol/L ↓ (N: -2 +3 mmol/L)

6. Terapi Yang Diberikan

Tabel 4. 6 Terapi Yang Diberikan

Pasien I	Pasien 2
IVFD NaCl 3% 8 tpm/ 24 jam via injeksi NaCl 0,9% + KCL 25 meq/12 jam via injeksi Cefoperazone 2x1gr via injeksi Resfar 1x1000 mg via injeksi Asam folat 3x1 tab via oral B12 3x1 tab via oral Bicnat 3x1 tab via oral Curcuma 3x1 tab via oral Ksr 1x1 tab via oral Insulin novorapid 5 unit via intamuscular Sucralfate 2x500 mg via oral Omeperazole 2x40 mg via injeksi Ondansentrone 3x4mg via injeksi Diit makanan lunak 3x250gr.	Lasix 1x200mg via injeksi Glikuidone 3x30 mg via oral Spirolactone 1x25 mg via oral Nitrokaf 2x5 mg via oral Valsartan 2x40 mg via oral Clopidogrel 1x75 mg via oral Omeperazole 2x20 mg via oral IVFD NaCl 0,9% 8tpm/24 jam via injeksi Diit makanan lunak 3x200gr

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4. 7 Analisa Data

Data	Masalah	Etiologi
Pasien I :		
Data Subjektif : 1. Pasien mengatakan lemas dan lemah 2. Pasien mengatakan sering minum 3. Pasien mengatakan mempunyai riwayat Batu ginjal dan sudah dilakukan ESWL 5 tahun yang lalu di RS Polri sebanyak 1x dan mempunyai riwayat Diabetes Melitus Tipe II sejak usia 23 tahun (sudah 34 tahun Pasien mengidap DM tipe II) dan gastritis sejak usia 23 tahun (sudah 34 tahun Pasien mengidap gastritis) **Data Objektif :** 1. Pasien tampak lemas dan lemah 2. Membran mukosa kering 3. GDS : 300 mg/dL ↑ (N: 200 mg/dL) 4. Hasil lab urine lengkap pada tanggal 20/02/2024: a. Berat jenis : 1.006 ↓ (N: 1.015-1.025) b. PH : 7,5 ↑ (N: 4,8-7,4) c. Darah / Hb : +1↑ (N: negatif) d. Protein : 1+ ↑ (N: Negatif) e. Leukosit esterase : 2+ ↑ (N: negatif)	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	Resisten insulin
Data Subjektif : 1. Pasien mengatakan pola diet makan tidak di jaga 2. Pasien mengatakan suka makan makanan yang dibawa keluarga saat menjenguk seperti roti dan biskuit 3. Pasien mengatakan rutin olahraga atau senam 4. Pasien mengatakan rutin kontrol ke RSUD Pasar Rebo dan teratur minum obat **Data Objektif :** 1. Pasien tampak sulit untuk membatasi makanan yang dikonsumsi 2. Pasien tampak tidak mematuhi anjuran diet makanan bagi penderita DM 3. GDS: 300 mg/dL ↑ (N: 200 mg/dL)	Ketidakpatuhan	Program terapi kompleks atau lama
Data Subjektif : 1. Pasien mengatakan muntah berisi air sebanyak 300ml 2. Pasien mengatakan lemas dan lemah **Data Objektif:** 1. Kesadaran : composmentis 2. Keadaan umum: sedang 3. Pasien tampak lemah dan lemas 4. Intake cairan: 3.510 ml/24 jam 5. Output cairan : 4.180 ml/24 jam ml 6. Balance cairan :-670 ml/24 jam 7. Membran mukosa kering 8. Konjungtiva anemis 9. Turgor kulit tidak elastis 10. Hasil lab elektrolit pada tanggal 20/02/2024: a. Natrium (Na): 132 mmol/ L ↓ (N: 135-147 mmol/L) b. Kalium : 2,6 mmol/L ↓	Ketidakseimbangan Elektrolit	Gangguan Mekanisme Regulasi (DM Tipe II)

(N: 3,5-5,0 mmol/L) c. Klorida : 80 mmol/L ↓ (N: 98-108 mmol/L)		
Data Subjektif: 1. Pasien mengatakan mual 2. Pasien mengatakan tidak nafsu makan 3. Pasien mengatakan muntah sebanyak 300 ml 4. Pasien mengatakan muntah dirumah sebanyak 2x 5. Pasien mengatakan bb mulai turun 1 bulan yang lalu **Data Objektif:** 1. IMT : 23,11 (normal) 2. BB saat sakit : 52 kg 3. Bb sebelum sakit : 54 kg 4. Penurunan bb (%): 4,4 % 5. Intake cairan: 3.510 ml /24 jam 6. Output cairan : 4.180 ml/24 jam 7. Balance cairan :-670 ml/24 jam	Risiko Defisit Nutrisi	Ketidakmampuan Mencerna Makanan
Pasien 2:		
Data Subjektif: 1. Pasien mengatakan lemah dan lemas 2. Pasien mengatakan sering minum 3. Pasien mengatakan mempunyai riwayat diabetes melitus tipe II sejak usia 25 tahun (sudah 32 tahun Pasien mengidap DM tipe II), hipertensi karena keturunan dari ibunya yang mengidap hipertensi dan pasca stroke 1 tahun yang lalu. **Data Objektif :** 1. Pasien tampak lemah dan lemas 2. GDS : 405 mg/dL (N: >200 mg/dL) 3. Hasil lab pemeriksaan urine lengkap pada tanggal 20/02/2024: a. Berat jenis : 1.002 ↓ (N: 1.015-1.025) b. PH : 8,0 ↑ (N: 4,8-7,4) c. Darah / Hb : +2↑ (N: negatif) d. Protein : 3+ (N: Negatif) e. Leukosit esterase : 1+ ↑ (N: negatif)	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	Resisten Insulin
Data Subjektif : 1. Pasien mengatakan pola diet makan tidak di jaga 2. Pasien mengatakan tidak pernah olahraga 3. Pasien mengatakan rutin kontrol ke RSUD Pasar Rebo dan teratur minum obat **Data Objektif :** 1. Pasien tampak sulit untuk membatasi rasa asin pada makanan yang dikonsumsi karena Pasien menyukai rasa gurih 2. Pasien tampak tidak mematuhi anjuran diet makanan bagi penderita DM dan Hipertensi	Ketidakpatuhan	Program terapi kompleks atau lama
Data Subjektif : 1. Pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kirinya sedikit sulit untuk digerakkan dan terasa lemas dikarenakan terkena stroke 1 tahun yang lalu 2. Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh pihak keluarga 3. Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi karena keturunan dari ibunya yang mengidap hipertensi 4. Pasien mengatakan tidak pernah olahraga atau senam	Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan Neuromuskuler (Pasca Stroke)

<table>
<tr>
<td>Data Objektif:
1. Pasien tampak aktivitas dibantu oleh pihak keluarga
2. Pasien tampak lemas
3. Kekuatan otot
<table><tr><td>3333</td><td>5555</td></tr><tr><td>3333</td><td>5555</td></tr></table></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Data Subjektif:
1. Pasien mengatakan mual dan muntah
2. Pasien mengatakan muntah hari ini, cair berampas sebanyak 250 ml
Data Objektif:
1. Kesadaran : composmentis
2. Keadaan umum sedang
3. Konjungtiva anemis
4. Turgor kulit tidak elastis
5. Membran mukosa kering
6. Intake cairan : 3.915 ml/24 jam
7. Output cairan: 4.295 ml/24 jam
8. Balance cairan : -380 ml/24 jam
9. Hasil lab pemeriksaan elektrolit pada tanggal 20/02/2024:
a. Natrium (Na): 132 mmol/ L ↓
(N: 135-147 mmol/L)
b. Kalium : 6.0 mmol/L ↑
(N: 3,5-5,0 mmol/L)
c. Klorida : 87mmol/L ↓
(N: 98-108 mmol/L)</td>
<td>Ketidakseimbangan Elektrolit</td>
<td>Gangguan Mekanisme Regulasi (DM Tipe II)</td>
</tr>
</table>

4.1.4 Diagnosis Keperawatan

Tabel 4. 8 Diagnosis Keperawatan

Data	Masalah	Etiologi
Pasien I :		
Data Subjektif : 1. Pasien mengatakan lemas dan lemah 2. Pasien mengatakan sering minum 3. Pasien mengatakan mempunyai riwayat Batu ginjal dan sudah dilakukan ESWL 5 tahun yang lalu di RS Polri sebanyak 1x dan mempunyai riwayat Diabetes Melitus Tipe II sejak usia 23 tahun (sudah 34 tahun Pasien mengidap DM tipe II) dan gastritis sejak usia 23 tahun (sudah 34 tahun Pasien mengidap gastritis) **Data Objektif :** 1. Pasien tampak lemas dan lemah 2. Membran mukosa kering 3. GDS : 300 mg/dL ↑ (N: 200 mg/dL) 4. Hasil lab urine lengkap pada tanggal 20/02/2024: a. Berat jenis : 1.006 ↓ b. (N: 1.015-1.025) c. PH : 7,5 ↑ (N: 4,8-7,4) d. Darah / Hb : +1↑ (N: negatif) e. Protein : 1+ ↑ (N: Negatif) f. Leukosit esterase : 2+ ↑ (N: negatif)	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	Resisten insulin
Data Subjektif : 1. Pasien mengatakan pola diet makan tidak di jaga 2. Pasien mengatakan suka makan makanan yang dibawa keluarga saat menjenguk seperti roti dan biskuit 3. Pasien mengatakan rutin olahraga atau senam 4. Pasien mengatakan rutin kontrol ke RSUD Pasar Rebo dan teratur minum obat **Data Objektif :** 1. Pasien tampak sulit untuk membatasi makanan yang dikonsumsi 2. Pasien tampak tidak mematuhi anjuran diet makanan bagi penderita DM 3. GDS : 300 mg/dL ↑ (N: 200 mg/dL)	Ketidakpatuhan	Program terapi kompleks atau lama
Data Subjektif : 1. Pasien mengatakan muntah berisi air sebanyak 300ml 2. Pasien mengatakan lemas dan lemah **Data Objektif:** 1. Kesadaran : composmentis 2. Keadaan umum: sedang 3. Pasien tampak lemah dan lemas 4. Intake cairan: 3.510 ml/24 jam 5. Output cairan : 4.180 ml/24 jam 6. Balance cairan :-670 ml/24 jam 7. Membran mukosa kering 8. Konjungtiva anemis 9. Turgor kulit tidak elastis 10. Hasil lab elektrolit pada tanggal 20/02/2024: a. Natrium (Na): 132 mmol/ L ↓ (N: 135-147 mmol/L) b. Kalium : 2,6 mmol/L ↓ (N: 3,5-5,0 mmol/L) c. Klorida : 80 mmol/L ↓ (N: 98-108 mmol/L)	Ketidakseimbangan Elektrolit	Gangguan Mekanisme Regulasi (DM Tipe II)

Data Subjektif: 1. Pasien mengatakan mual 2. Pasien mengatakan tidak nafsu makan 3. Pasien mengatakan muntah sebanyak 300 ml 4. Pasien mengatakan muntah dirumah sebanyak 2x 5. Pasien mengatakan bb mulai turun 1 bulan yang lalu **Data Objektif:** 1. IMT : 23,11 (normal) 2. BB saat sakit : 52 kg 3. Bb sebelum sakit : 54 kg 4. Penurunan bb (%): 4,4 % 5. Intake cairan: 3.510 ml/24 jam 6. Output cairan : 4.180 ml/24 jam 7. Balance cairan :-670 ml/24 jam	Risiko Defisit Nutrisi	Ketidakmampuan Mencerna Makanan
Pasien 2:		
Data Subjektif: 1. Pasien mengatakan lemah dan lemas 2. Pasien mengatakan sering minum 3. Pasien mengatakan mempunyai riwayat diabetes melitus tipe II sejak usia 25 tahun (sudah 32 tahun Pasien mengidap DM tipe II), hipertensi karena keturunan dari ibunya yang mengidap hipertensi dan pasca stroke 1 tahun yang lalu. **Data Objektif :** 1. Pasien tampak lemah dan lemas 2. GDS : 405 mg/dL (N: >200 mg/dL) 3. Hasil lab pemeriksaan urine lengkap pada tanggal 20/02/2024: a. Berat jenis : 1.002 ↓ (N: 1.015-1.025) b. PH : 8,0 ↑ (N: 4,8-7,4) c. Darah / Hb : +2↑ (N: negatif) d. Protein : 3+ (N: Negatif) e. Leukosit esterase : 1+ ↑ (N: negatif)	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	Resisten Insulin
Data Subjektif : 1. Pasien mengatakan pola diet makan tidak di jaga 2. Pasien mengatakan tidak pernah olahraga 3. Pasien mengatakan rutin kontrol ke RSUD Pasar Rebo dan teratur minum obat **Data Objektif :** 1. Pasien tampak sulit untuk membatasi rasa asin pada makanan yang dikonsumsi karena Pasien menyukai rasa gurih 2. Pasien tampak tidak mematuhi anjuran diet makanan bagi penderita DM dan Hipertensi	Ketidakpatuhan	Program terapi kompleks atau lama
Data Subjektif : 1. Pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kirinya sedikit sulit untuk digerakkan dan terasa lemas dikarenakan terkena stroke 1 tahun yang lalu 2. Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh pihak keluarga 3. Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi karena keturunan dari ibunya yang mengidap hipertensi 4. Pasien mengatakan tidak pernah olahraga atau senam **Data Objektif:** 1. Pasien tampak aktivitas dibantu oleh pihak keluarga 2. Pasien tampak lemas 3. Kekuatan otot	Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan Neuromuskuler (Pasca Stroke)

	3333 5555 3333 5555		
Data Subjektif: 1. Pasien mengatakan mual dan muntah 2. Pasien mengatakan muntah hari ini, cair berampas sebanyak 250 ml **Data Objektif:** 1. Kesadaran : composmentis 2. Keadaan umum sedang 3. Konjungtiva anemis 4. Turgor kulit tidak elastis 5. Membran mukosa kering 6. Intake cairan : 3.915 ml/24 jam 7. Output cairan: 4.295 ml/24 jam 8. Balance cairan : -380 ml/24 jam 9. Hasil lab pemeriksaan elektrolit pada tanggal 20/02/2024: a. Natrium (Na): 132 mmol/ L ↓ (N: 135-147 mmol/L) b. Kalium : 6.0 mmol/L ↑ (N: 3,5-5,0 mmol/L) c. Klorida : 87mmol/L ↓ (N: 98-108 mmol/L)		Ketidakseimbangan Elektrolit	Gangguan Mekanisme Regulasi (DM Tipe II)

4.1.5 Perencanaan Keperawatan

Tabel 4. 9 Perencanaan Keperawatan

Tanggal	No.	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Perencanaan Keperawatan	Paraf & Nama Jelas
Pasien I:					
Selasa 20/02/2024	1.	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan Dengan Resisten Insulin **Data Subjektif :** 1. Pasien mengatakan lemas dan lemah 2. Pasien mengatakan sering minum 3. Pasien mengatakan mempunyai riwayat gastritis, batu ginjal 4. Pasien mengatakan mempunyai riwayat Batu ginjal dan sudah dilakukan ESWL 5 tahun yang lalu di RS Polri sebanyak 1x dan mempunyai riwayat Diabetes Melitus Tipe II sejak usia 23 tahun (sudah 34 tahun Pasien mengidap DM tipe II) dan gastritis sejak usia 23 tahun (sudah 34 tahun Pasien mengidap gastritis) **Data Objektif :** 1. Pasien tampak lemas dan lemah 2. Membran mukosa kering 3. GDS : 300 mg/dL ↑ (N: 200 mg/dL) 4. Hasil lab urine lengkap pada tanggal 20/02/2024: a. Berat jenis : 1.006 ↓ b. (N: 1.015-1.025) c. PH : 7,5 ↑ (N: 4,8-7,4) d. Darah / Hb : +1↑ (N: negatif) e. Protein : 1+ ↑ (N: Negatif) f. Leukosit esterase : 2+ ↑ (N: negatif)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Lelah menurun 2. Rasa haus menurun 3. Kadar glukosa darah membaik (N: <200 mg/dL) 4. Kadar glukosa dalam urine membaik (N: 0-15 mg/dL)	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) a. Observasi 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin 3. Monitor kadar glukosa darah 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 5. Monitor intake dan output cairan 6. Monitor urine lengkap b. Terapeutik 1. Berikan asupan cairan oral 2. Konsultasikan dengan tim medis jika tanda dan gejala hiperglikemia c. Edukasi 1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL 2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 3. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 4. Anjurkan pengelolaan diabetes melitus d. Kolaborasi 1. Insulin novorapid 5 unit via intramuskuler 2. Bicnat 3x1 tab via oral 3. Curcuma 3x1 tab via oral	Ellen M.P
Selasa 20/02/2024	2	Ketidakpatuhan Berhubungan Dengan Program Terapi Kompleks Atau Lama **Data Subjektif :** 1. Pasien mengatakan pola diet makan tidak di jaga 2. Pasien mengatakan suka makan makanan yang dibawa keluarga saat menjenguk seperti roti dan biskuit	Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam tingkat kepatuhan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi mengikuti anjuran meningkat	Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.12361) a. Observasi 1. Identifikasi kepatuhan menjalani program terapi b. Terapeutik 1. Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik	Ellen MP

		3. Pasien mengatakan rutin olahraga atau senam 4. Pasien mengatakan rutin kontrol ke RSUD Pasar Rebo dan teratur minum obat **Data Objektif :** 1. Pasien tampak sulit untuk membatasi makanan yang dikonsumsi 2. Pasien tampak tidak mematuhi anjuran diet makanan bagi penderita DM 3. GDS : 300 mg/dL ↑ (N: 200 mg/dL)	2. Perilaku mengikuti program perawatan / pengobatan meningkat 3. Perilaku menjalankan anjuran meningkat 4. Risiko komplikasi masalah kesehatan/ masalah kesehatan menurun 5. Tanda dan gejala penyakit menurun	2. Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan. 3. Libatkan keluarga untuk program pengobatan yang di jalani c. Edukasi 1. Informasikan program pengobatan yang harus dijalani 2. Informasikan manfaat yang akan di perolah jika teratur menjalani program pengobatan 3. Anjurkan Pasien dan keluarga untuk mendampingi dan merawat Pasien selama menjalani program pengobatan	
Selasa 20/02/2024	3.	Ketidakseimbangan Elektrolit Berhubungan Dengan Gangguan Mekanisme Regulasi (DM Tipe II) **Data Subjektif :** 1. Pasien mengatakan muntah berisi air sebanyak 300ml 2. Pasien mengatakan lemas dan lemah **Data Objektif:** 1. Kesadaran : composmentis 2. Keadaan umum: sedang 3. Pasien tampak lemah dan lemas 4. Intake cairan: 3.510 ml/24 jam 5. Output cairan : 4.180 ml/24 jam 6. Balance cairan :-670 ml/24 jam 7. Membran mukosa kering 8. Konjungtiva anemis 9. Turgor kulit tidak elastis 10. Hasil lab elektrolit pada tanggal 20/02/2024: a. Natrium (Na): 132 mmol/ L ↓ b. (N: 135-147 mmol/L) c. Kalium : 2,6 mmol/L ↓ d. (N: 3,5-5,0 mmol/L) e. Klorida : 80 mmol/L ↓ f. (N: 98-108 mmol/L)	Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan elektrolit meningkat dengan kriteria hasil: 1. Serum natrium membaik 2. Serum kalium membaik 3. Serum klorida membaik 4. Serum kalsium membaik	Pemantauan Elektrolit (I.03122) a. Observasi 1. Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit 2. Monitor kadar elektrolit serum 3. Monitor kehilangan cairan 4. Monitor tanda dan gejala hiperkalsemia 5. Monitor tanda dan gejala hipokalemia 6. Monitor tanda dan gejala hipotermia 7. Monitor tanda dan gejala hipernatremia b. Terapeutik 1. Atur interval pemantauan sesuai dengan kondisi Pasien 2. Dokumentasi hasil pemeriksaan c. Edukasi 1. Jelasskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informassikan hasil pemantauan d. Kolaborasi 1. Berikan IVFD NaCl 3% 14 tpm / 24 jam 2. NaCl 0,9% + KCL 23 meq 14 tpm / 12jam	Ellen M.P

Selasa 20/02/2024	4.	Risiko Defisit Nutrisi Dibuktikan Dengan Ketidakmampuan Mencerna Makanan **Data Subjektif:** 1. Pasien mengatakan mual 2. Pasien mengatakan tidak nafsu makan 3. Pasien mengatakan muntah sebanyak 300 ml 4. Pasien mengatakan muntah dirumah sebanyak 2x 5. Pasien mengatakan bb mulai turun 1 bulan yang lalu **Data Objektif:** 1. IMT : 23,11 (normal) 2. BB saat sakit : 52 kg 3. Bb sebelum sakit : 54 kg 4. Penurunan bb (%): 4,4 % 5. Intake cairan: 3.510 ml/24 jam 6. Output cairan : 4.180 ml/24 jam 7. Balance cairan :-670 ml/24 jam	Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 3. Perasaan cepat kenyang menurun 4. Berat badan membaik 5. Frekuensi makan membaik 6. Nafsu makan membaik	Manajemen Nutrisi (I.03119) a. Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Monitor asupan makanan 6. Monitor berat badan b. Terapeutik 1. Lakukan oral higiene sebelum makan 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet 3. Sajikan makanan menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan jika perlu c. Edukasi 1. Anjurkan posisi duduk 2. Ajarkan diet yang di programkan d. Kolaborasi 1. Sucralfate 2x500 mg via oral 2. Asam folat 3x1 tab via oral 3. B12 3x1 tab via oral 4. Ondansentrone 3x4 mg via injeksi 5. Omeperazole 2x1mg via injeksi	Ellen M.P
Pasien 2:					
Selasa 20/02/2024	1.	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan Dengan Resisten Insulin **Data Subjektif:** 1. Pasien mengatakan lemah dan lemas 2. Pasien mengatakan sering minum 3. Pasien mengatakan mempunyai riwayat diabetes melitus tipe II sejak usia 25 tahun (sudah 32 tahun Pasien mengidap DM tipe II), hipertensi karena keturunan dari ibunya yang mengidap hipertensi dan pasca stroke 1 tahun yang lalu. **Data Objektif :**	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil : 1. Lelah menurun 2. Rasa haus menurun 3. Kadar glukosa darah menurun (N: <200 mg/dL) 4. Kadar glukosa dalam urine membaik	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) a. Observasi 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin 3. Monitor kadar glukosa darah 4. Monitor tanah dan gejala hiperglikemia	Ellen M.P

		1. Pasien tampak lemah dan lemas 2. GDS : 405 mg/dL (N: >200 mg/dL) 3. Hasil lab pemeriksaan urine lengkap pada tanggal 20/02/2024: a. Berat jenis : 1.002 ↓ (N: 1.015-1.025) b. PH : 8,0 ↑ (N: 4,8-7,4) c. Darah / Hb : +2↑ (N: negatif) d. Protein : 3+ (N: Negatif) e. Leukosit esterase : 1+ ↑ (N: negatif)	(N: 0-15 mg/dL)	5. Monitor Urine lengkap b. Terapeutik 1. Berikan asupan cairan oral 2. Konsultasikan dengan tim medis jika tanda dan gejala hiperglikemia memburuk c. Edukasi 1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250mg/dL 2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 3. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 4. Anjurkan pengelolaan diabetes d. Kolaborasi 1. Berikan Lasix 1x20 mg via injeksi 2. Berikan glikuidone 3x30 mg via oral 3. Berikan Spirolactone 1x25 mg via oral 4. Berikan Nitrokaf 2x5 mg via oral 5. Berikan Valsartan 2x40 mg via oral 6. Berikan Clopidogrel 1x75 mg via oral	
Selasa 20/02/2024	2	Ketidakpatuhan Berhubungan Dengan Program Terapi Kompleks Atau Lama **Data Subjektif :** 1. Pasien mengatakan pola diet makan tidak di jaga 2. Pasien mengatakan tidak pernah olahraga 3. Pasien mengatakan rutin kontrol ke RSUD Pasar Rebo dan teratur minum obat **Data Objektif :** 1. Pasien tampak sulit untuk membatasi rasa asin pada makanan yang dikonsumsi karena Pasien menyukai rasa gurih 2. Pasien tampak tidak mematuhi anjuran diet makanan bagi penderita DM dan Hipertensi	Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam tingkat kepatuhan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi mengikuti anjuran meningkat 2. Perilaku mengikuti program perawatan / pengobatan meningkat 3. Perilaku menjalankan anjuran meningkat 4. Risiko komplikasi masalah kesehatan/ masalah kesehatan menurun 5. Tanda dan gejala penyakit menurun	Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.12361) a. Observasi 1. Identifikasi kepatuhan menjalani program terapi b. Terapeutik 1. Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik 2. Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan. 3. Libatkan keluarga untuk program pengobatan yang di jalani c. Edukasi 1. Informasikan program pengobatan yang harus dijalani 2. Informasikan manfaat yang akan di perolah jika	Ellen MP

<table>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>teratur menjalani program pengobatan
3. Anjurkan Pasien dan keluarga untuk mendampingi dan merawat Pasien selama menjalani program pengobatan</td><td></td></tr>
<tr><td>Selasa 20/02/2024</td><td>3</td><td>Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskuler (Pasca Stroke)
Data Subjektif :
1. Pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kirinya sedikit sulit untuk digerakkan dan terasa lemas dikarenakan terkena stroke 1 tahun yang lalu
2. Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh pihak keluarga
3. Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi karena keturunan dari ibunya yang mengidap hipertensi
4. Pasien mengatakan tidak pernah olahraga atau senam
Data Objektif:
1. Pasien tampak aktivitas dibantu oleh pihak keluarga
2. Pasien tampak lemas
3. Kekuatan otot
<table><tr><td>3333</td><td>5555</td></tr><tr><td>3333</td><td>5555</td></tr></table></td><td>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :
1. Pergerakan ekstremitass meningkat
2. Kekuatan otot meningkat
3. Rentang geram sendi (ROM) meningkat
4. Kaku sendi menurun
5. Gerakan terbatas menurun
6. Kelemahan fisik menurun</td><td>a. Observasi
1. Identifikasi adanya keluhan nyeri dan keluhan fisik lainnya
2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
b. Terapeutik
1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
2. Fasilitasi melakukan mobilisasi, jika perlu
3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan
c. Edukasi
1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</td><td>Ellen MP</td></tr>
<tr><td>Selasa 20/02/2024</td><td>4.</td><td>Ketidakseimbangan Elektrolit Berhubungan Dengan Gangguan Mekanisme Regulasi (DM tipe II) .
Data Subjektif:
1. Pasien mengatakan mual dan muntah
2. Pasien mengatakan muntah hari ini, cair berampas sebanyak 250 ml
Data Objektif:
1. Kesadaran composmentis
2. Keadaan umum sedang
3. Konjungtiva anemis
4. Turgor kulit tidak elastis
5. Membran mukosa kering
6. Intake cairan : 3.915 ml/24 jam
7. Output cairan: 4.295 ml/24 jam
8. Balance cairan : -380 ml/24 jam</td><td>Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan elektrolit meningkat dengan kriteria hasil:
1. Serum natrium membaik
2. Serum kalium membaik
3. Serum klorida membaik
4. Serum kalsium membaik</td><td>Pemantauan Elektrolit (I.03122)
a. Observasi
1. Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit
2. Monitor kadar elektrolit serum
3. Monitor kehilangan cairan
4. Monitor tanda dan gejala hiperkalsemia
5. Monitor tanda dan gejala hipokalemia
6. Monitor tanda dan gejala hipotermia</td><td>Ellen M.P</td></tr>
</table>

		9. Hasil lab pemeriksaan elektrolit pada tanggal 20/02/2024: a. Natrium (Na): 132 mmol/ L ↓ (N: 135-147 mmol/L) b. Kalium : 6.0 mmol/L ↑ (N: 3,5-5,0 mmol/L) c. Klorida : 87mmol/L ↓ (N: 98-108 mmol/L)		7. Monitor tanda dan gejala hipernatremia b. Terapeutik 1. Atur interval pemantauan sesuai dengan kondisi Pasien 2. Dokumentasi hasil pemeriksaan c. Edukasi 1. Jelasskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informassikan hasil pemantauan d. Kolaborasi 1. Berikan IVFD cal 0,9% 8 tpm / 8 jam via injeksi 2. Omeperazole 2x20 mg via oral 3. Diit makanan lunak 3x1.400 kalori	

4.1.6 Pelaksanaan Keperawatan

Tabel 4. 10 Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tanggal & Waktu	Implementasi Hari 1	Tanggal & Waktu	Implementasi Hari 2	Tanggal & Waktu	Implementasi Hari 3	Paraf Dan Nama Jelas
Pasien I:							
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan Dengan Resisten Insulin	Selasa 20/02/2024 14:00 WIB	Memonitor kesadaran, keadaan umum, Gcs Hasil: kesadaran composmentis, keadaan umum sedang, Gcs 15(e4v5m6)	Rabu 21/02/2024 14:00 WIB	Memonitor kesadaran, keadaan umum, Gcs Hasil: kesadaran composmentis, keadaan umum sedang, Gcs 15(e4v5m6)	Kamis 22/02/2024 07:00 WIB	Memonitor kesadaran, keadaan umum, Gcs Hasil: kesadaran composmentis, keadaan umum sedang, Gcs 15(e4v5m6)	Ellen MP
	14:30 WIB	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : suhu 36,7ºC, nadi 80x/menit, Rr 20x/menit, SPO_2 99%, Td 130/80 mmHg	15:00 WIB	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : suhu 36,5ºC, nadi 80x/menit, Rr 17x/menit, SPO_2 98%, Td 120/90 mmHg	08:00 WIB	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : suhu 36,8ºC, nadi 90x/menit, Rr 18x/menit, SPO_2 99%, Td 130/80 mmHg	
	15:00 WIB	Memonitor gula darah sewaktu Hasil : 305 mg/dL	15:20 WIB	Memonitor gula darah sewaktu Hasil : 286 mg/dL	09:00 WIB	Memonitor gula darah sewaktu Hasil : 200 mg/dL	
	19:00 WIB	Melakukan mengajarkan Pasien senam kaki diabetes melitus Hasil : Pasien tampak antusias pada saat melakukan senam kaki diabetes melitus	16:00 WIB	Hasil lab pemeriksaan urine lengkap Hasil : Berat jenis : 1.010 ↓ (N: 1.015-1.025), PH : 7,6 ↑ (N: 4,8-7,4), Darah / Hb : +1↑ (N: negatif) , Protein : 1+ ↑ (N: Negatif), Leukosit esterase : 1+ ↑ (N: negatif)	10:00 WIB	Hasil lab pemeriksaan Urine Lengkap Hasil : Berat jenis : 1.015 (N: 1.015-1.025), PH : 7,4 (N: 4,8-7,4), Darah / Hb : negatif (N: negatif) , Protein : negatif (N: Negatif), Leukosit esterase : negatif (N: negatif)	
	20:30 WIB	Hasil lab pemeriksaan urine lengkap Hasil : Berat jenis : 1.006 ↓ (N: 1.015-1.025), PH : 7,5 ↑ (N: 4,8-7,4), Darah / Hb : +1↑ (N: negatif) , Protein : 1+ ↑ (N: Negatif), Leukosit esterase : 2+ ↑ (N: negatif)	15:30 WIB	Anjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri Hasil : Pasien mengatakan rutin mengecek gula darah dikarenakan mempunyai alatnya.	10:30 WIB	Melakukan senam kaki diabetes melitus terhadap Pasien Hasil : Pasien tampak dapat melakukan senam kaki diabetes melitus	

	15: 30WIB 17:00 WIB	Anjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri Hasil : Pasien mengatakan rutin mengecek gula darah dikarenakan mempunyai alatnya. Memberikan obat insulin novorapid 5 unit via intramuskuler, Curcuma 1 tab via oral. Hasil : obat diberikan sesuai dengan 6 benar obat dan tidak ada tanda-tanda alergi	16:30 WIB 17:00 WIB	Melakukan mengajarkan Pasien senam kaki diabetes melitus Hasil : Pasien tampak antusias pada saat melakukan senam kaki diabetes melitus Memberikan obat insulin novorapid 5 unit via intramuskuler, Curcuma 1 tab via oral. Hasil : obat diberikan sesuai dengan 6 benar obat dan tidak ada tanda-tanda alergi	11:00 WIB 11:20 WIB	Anjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri Hasil : Pasien mengatakan rutin mengecek gula darah dikarenakan mempunyai alatnya. Memberikan obat insulin novorapid 5 unit via intramuskuler, Curcuma 1 tab via oral. Hasil : obat diberikan sesuai dengan 6 benar obat dan tidak ada tanda-tanda alergi	
Ketidakpatuhan Berhubungan Dengan Program Terapi Kompleks Atau Lama	Selasa 20/02/2024 14: 00WIB 15:00 WIB 15:30 WIB	Mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan Hasil: Pasien mengatakan rajin kontrol ke RSUD Pasar Rebo dan rajin minum obat. Terapi Pasien mengatakan tidak dapat menjaga diet yang dianjurkan oleh dokter dan Pasien rutin melakukan olahraga serta senam. Mendiskusikan hal-hal yang mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan Hasil: Pasien mengatakan tidak dapat menjaga diet yang dianjurkan oleh dokter dan Pasien rutin melakukan olahraga serta senam Membuat komitmen menjalani program terapi Hasil : Pasien mengatakan akan menerapkan diet yang sudah dianjurkan	Rabu 21/02/2024 14: 00WIB 15:00 WIB 15:30 WIB	Mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan Hasil: Pasien mengatakan rajin kontrol ke RSUD Pasar Rebo dan rajin minum obat. Terapi Pasien mengatakan tidak dapat menjaga diet yang dianjurkan oleh dokter dan Pasien rutin melakukan olahraga serta senam. Mendiskusikan hal-hal yang mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan Hasil: Pasien mengatakan akan menjaga diet yang dianjurkan oleh dokter dan perawat serta Pasien rutin melakukan olahraga serta senam Membuat komitmen menjalani program terapi Hasil : Pasien mengatakan akan menerapkan diet yang sudah dianjurkan dan Pasien tampak	Kamis 22/02/2024 14: 00WIB 15:00 WIB 15:30 WIB	Mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan Hasil: Pasien mengatakan rajin kontrol ke RSUD Pasar Rebo dan rajin minum obat. Terapi Pasien mengatakan tidak dapat menjaga diet yang dianjurkan oleh dokter dan Pasien rutin melakukan olahraga serta senam. Mendiskusikan hal-hal yang mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan Hasil: Pasien mengatakan menjaga diet yang dianjurkan oleh dokter dan perawat serta Pasien rutin melakukan olahraga senam Membuat komitmen menjalani program terapi Hasil : Pasien mengatakan sudah menerapkan diet yang dianjurkan	Ellen MP

				menjaga pola makannya pada saat di RS		dan Pasien tampak menjaga pola makannya pada saat di RS	
Ketidakseimbangan Elektrolit Dibuktikan Dengan Gangguan Mekanisme Regulasi (DM Tipe 2)	Selasa 20/02/2024 14:00 WIB 14:30 WIB 19:30 WIB 17:00 WIB 20:00 WIB 20:00 WIB 20:15 WIB 20:30 WIB	Mengkaji turgor kulit hasil : turgor kulit tidak elastis dan membran mukosa kering Mengkaji konjutiva Pasien Hasil : konjungtiva anemis Memonitor mual dan muntah Hasil: Pasien mengatakan sedikit mual setelah selesai makan dan muntah tadi pagi konsistensi cair berampas sebanyak 300ml Memberikan obat Bicnat 1 tab via oral Hasil : obat diberikan sesuai dengan 6 benar obat dan tidak ada tanda-tanda alergi Memonitor intake cairan Hasil : intake cairan 3.510 ml/24 jam Memonitor output cairan Hasil: output cairan 4.180 ml/24 jam Menghitung balance cairan : -670 ml/24 jam Hasil lab pemeriksaan elektrolit Hasil : Natrium (Na): 132 mmol/ L ↓, (N: 135-147 mmol/L), Kalium : 2,6 mmol/L ↓, (N: 3,5-5,0 mmol/L), Klorida : 80 mmol/L ↓, (N: 98-108 mmol/L)	Rabu 21/02/2024 17:15 WIB 14:00 WIB 14:20 WIB 17:00 WIB 20: 00WIB 20:05 WIB 16:00 WIB 20:30 WIB	Memonitor mual dan muntah Hasil: Pasien mengatakan mual tetapi tidak muntah Mengkaji turgor kulit hasil : turgor kulit tidak elastis dan membran mukosa lembab, Pasien mengatakan lemas sedikit berkurang Mengkaji konjutiva Pasien Hasil : konjungtiva anemis Memberikan obat Bicnat 1 tab via oral Hasil : obat diberikan sesuai dengan 6 benar obat dan tidak ada tanda-tanda alergi Memonitor intake cairan Hasil : intake cairan 4.370 ml Memonitor output cairan Hasil: output cairan 3.700 ml/24 jam Hasil lab pemeriksaan elektrolit Hasil : Natrium (Na): 134 mmol/ L ↓, (N: 135-147 mmol/L), Kalium : 3,0 mmol/L ↓, (N: 3,5-5,0 mmol/L), Klorida : 90 mmol/L ↓, (N: 98-108 mmol/L) Menghitung balance cairan : +670 ml/24 jam	Kamis 22/02/2024 11:00 WIB 07:00 WIB 11:20 WIB 07:30 WIB 13:45 WIB 13:50 WIB 14:00 WIB 10:00 WIB	Memonitor mual dan muntah Hasil: Pasien mengatakan mualnya berkurang dan tidak muntah Mengkaji turgor kulit hasil : turgor kulit elastis dan membran mukosa lembab, Pasien mengatakan sudah dapat beraktivitas seperti biasa Memberikan obat Bicnat 1 tab via oral Hasil : obat diberikan sesuai dengan 6 benar obat dan tidak ada tanda-tanda alergi Mengkaji konjutiva Pasien Hasil : konjungtiva anemis Memonitor intake cairan Hasil : intake cairan 4.175 ml/24 jam Memonitor output cairan Hasil: output cairan 3.250 ml/24 jam Menghitung balance cairan : +925 ml/24 jam Hasil lab pemeriksaan elektrolit Hasil : Natrium (Na): 140 mmol/ L, (N: 135-147 mmol/L), Kalium : 4,0 mmol/L , (N: 3,5-5,0 mmol/L), Klorida : 100 mmol/L, (N: 98-108 mmol/L)	Ellen MP

Risiko Defisit Nutrisi Dibuktikan Dengan Ketidakmampuan Mencerna Makanan	Selasa 20/02/2024 14:00 WIB 15:30 WIB 17:00 WIB 18:30 WIB 16:30 WIB 18:00 WIB 21:00 WIB	Mengkaji bising usus Pasien Hasil : bising usus 25x/menit Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup Hasil : Pasien mengatakan nafsu makan menurun, Pasien mengatakan lemas dan lemas. Memberikan obat omeperazole 40 mg via injeksi, Ondansentrone 4 mg via injeksi, asam folat 1 tab via oral, b12 1 tab via oral, Hasil : obat diberikan sesuai dengan 6 benar obat dan tidak ada tanda-tanda alergi Memberikan diet makanan lunak Hasil: Pasien mengatakan makan habis ½ porsi Mengidentifikasi alergi makanan Hasil: Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan Memonitor bb, imt, bbi, penurunan bb (%) Hasil: bb saat ini 52kg, bb sebelum sakit 54 kg, imt 23,11 (normal), bbi 45kg, penurunan (%) 4,4% Memonitor tanda-tanda vital Hasil : suhu 37ºC, nadi 80x/menit, Rr 19x/menit, SPO_2 99%, Td 120/70 mmHg	Rabu 21/02/2024 19:00 WIB 14:00 WIB 19:10 WIB 17:00 WIB 18:00 WIB 19:30 WIB 21:00 WIB	Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup Hasil : Pasien mengatakan nafsu makan menurun, Pasien mengatakan lemas dan lemas. Mengkaji bising usus Pasien Hasil : bising usus 27x/menit Mengidentifikasi alergi makanan Hasil: Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan Memberikan obat omeperazole 40 mg via injeksi, Ondansentrone 4 mg via injeksi, asam folat 1 tab via oral, b12 1 tab via oral, Hasil : obat diberikan sesuai dengan 6 benar obat dan tidak ada tanda-tanda alergi Memberikan diet makanan lunak Hasil: Pasien mengatakan makan habis 1 porsi Memonitor bb, imt, bbi, penurunan bb (%) Hasil: bb saat ini 53kg, bb sebelum sakit 54 kg, imt 23,5 (normal), bbi 45kg, penurunan (%) 2,2% Memonitor tanda-tanda vital Hasil : suhu 37ºC, nadi 90x/menit, Rr 18x/menit, SPO_2 99%, Td 120/80 mmHg	Kamis 22/02/2024 07:00 WIB 08:30 WIB 09:30 WIB 11:20 WIB 12:00 WIB 13:00 WIB 14:00 WIB	Mengkaji bising usus Pasien Hasil : bising usus 29x/menit Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup Hasil : Pasien mengatakan nafsu makan menurun, Pasien mengatakan dapat beraktivitas seperti biasa. Mengidentifikasi alergi makanan Hasil: Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan Memberikan obat omeperazole 40 mg via injeksi, Ondansentrone 4 mg via injeksi, asam folat 1 tab via oral, b12 1 tab via oral, Hasil : obat diberikan sesuai dengan 6 benar obat dan tidak ada tanda-tanda alergi Memberikan diet makanan lunak Hasil: Pasien mengatakan makan habis 1 porsi Memonitor bb, imt, bbi, penurunan bb (%) Hasil: bb saat ini 54kg, bb sebelum sakit 54 kg, imt 24 (normal), bbi 45kg Memonitor tanda-tanda vital Hasil : suhu 37ºC, nadi 86x/menit, Rr 20x/menit, SPO_2 98%, Td 120/80 mmHg	Ellen MP

Pasien 2:							
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan Dengan Resisten Insulin	Selasa 20/02/2024 14:10 WIB	Memonitor kesadaran, keadaan umum, Gcs Hasil: kesadaran composmentis, keadaan umum sedang, Gcs 15(e4v5m6)	Rabu 21/02/2024 14:10 WIB	Memonitor kesadaran, keadaan umum, Gcs Hasil: kesadaran composmentis, keadaan umum sedang, Gcs 15(e4v5m6)	Kamis 22/02/2024 07:00 WIB	Memonitor kesadaran, keadaan umum, Gcs Hasil: kesadaran composmentis, keadaan umum sedang, Gcs 15(e4v5m6)	Ellen MP
	14:30 WIB	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : suhu 36,7ºC, nadi 110x/menit, Rr 20x/menit, SPO_2 99%, Td 160/100 mmHg	15:00 WIB	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : suhu 37ºC, nadi 100x/menit, Rr 18x/menit, SPO_2 98%, Td 140/90 mmHg	08:00 WIB	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : suhu 36ºC, nadi 100x/menit, Rr 20x/menit, SPO_2 99%, Td 120/90 mmHg	
	15:00 WIB	Memonitor gula darah sewaktu Hasil : 405 mg/dL	15:20 WIB	Memonitor gula darah sewaktu Hasil : 280 mg/dL	09:00 WIB	Memonitor gula darah sewaktu Hasil : 190 mg/dL	
	19:00 WIB	Melakukan mengajarkan Pasien senam kaki diabetes melitus Hasil : Pasien tampak antusias pada saat melakukan senam kaki diabetes melitus	16:00 WIB	Hasil lab pemeriksaan urine lengkap Hasil Berat jenis : 1.010 ↓, (N: 1.015-1.025), PH : 7,9 ↑ (N: 4,8-7,4), Darah / Hb : +1↑ (N: negatif) , Protein : 2+ (N: Negatif), Leukosit esterase : 1+ ↑ (N: negatif)	10:00 WIB	Hasil lab pemeriksaan urine lengkap Hasil : Berat jenis : 1.017 (N: 1.015-1.025), PH : 6,0 (N: 4,8-7,4), Darah / Hb : Negatif (N: negatif) , Protein : Negatif (N: Negatif), Leukosit esterase : Negatif (N: negatif)	
	20:30 WIB	Hasil lab pemeriksaan urine lengkap Hasil : Berat jenis : 1.002 ↓, (N: 1.015-1.025), PH : 8,0 ↑ (N: 4,8-7,4), Darah / Hb : +2↑ (N: negatif) , Protein : 3+ (N: Negatif), Leukosit esterase : 1+ ↑ (N: negatif)	15:30 WIB	Anjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri Hasil : Pasien mengatakan rutin mengecek gula darah dikarenakan mempunyai alatnya.	10:30 WIB	Melakukan senam kaki diabetes melitus Hasil : Pasien tampak dapat melakukan senam kaki diabetes melitus	
	15: 30WIB	Anjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri Hasil : Pasien mengatakan rutin mengecek gula darah dikarenakan mempunyai alatnya.	16:30 WIB	Melakukan mengajarkan Pasien senam kaki diabetes melitus Hasil : Pasien tampak antusias pada saat melakukan senam kaki diabetes melitus	11:00 WIB	Anjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri Hasil : Pasien mengatakan rutin mengecek gula darah dikarenakan mempunyai alatnya. Memberikan obat glikuidone 30 mg via oral	

	17:00 WIB	Memberikan obat insulin novorapid 7 unit via intramuskuler, glikuidone 30 mg via oral Hasil : obat diberikan sesuai dengan 6 benar obat dan tidak ada tanda-tanda alergi	17:00 WIB	Memberikan obat insulin novorapid 5 unit via intramuskuler, glikuidone 30 mg via oral Hasil : obat diberikan sesuai dengan 6 benar obat dan tidak ada tanda-tanda alergi		Hasil : obat diberikan sesuai dengan 6 benar obat dan tidak ada tanda-tanda alergi	
Ketidakpatuhan Berhubungan Dengan Program Terapi Kompleks Atau Lama	Selasa 20/02/2024 14: 00WIB 15:00 WIB 15:30 WIB	Mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan Hasil: Pasien mengatakan rajin kontrol ke RSUD Pasar Rebo dan rajin minum obat. Terapi Pasien mengatakan tidak dapat menjaga diet yang dianjurkan oleh dokter dan Pasien tidak pernah melakukan olahraga serta senam. Mendiskusikan hal-hal yang mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan Hasil: Pasien mengatakan tidak dapat menjaga diet yang dianjurkan oleh dokter dan Pasien tidak pernah melakukan olahraga serta senam Membuat komitmen menjalani program terapi Hasil : Pasien mengatakan akan menerapkan diet yang sudah dianjurkan	Rabu 21/02/2024 14: 00WIB 15:00 WIB 15:30 WIB	Mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan Hasil: Pasien mengatakan rajin kontrol ke RSUD Pasar Rebo dan rajin minum obat. Terapi Pasien mengatakan tidak dapat menjaga diet yang dianjurkan oleh dokter dan Pasien tidak pernah melakukan olahraga serta senam. Mendiskusikan hal-hal yang mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan Hasil: Pasien mengatakan akan menjaga diet yang dianjurkan oleh dokter dan Pasien tidak pernah melakukan olahraga serta senam Membuat komitmen menjalani program terapi Hasil : Pasien mengatakan akan menerapkan diet yang sudah dianjurkan dan Pasien tampak menjaga pola makannya pada saat di RS	Kamis 22/02/2024 14: 00WIB 15:00 WIB 15:30 WIB	Mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan Hasil: Pasien mengatakan rajin kontrol ke RSUD Pasar Rebo dan rajin minum obat. Terapi Pasien mengatakan tidak dapat menjaga diet yang dianjurkan oleh dokter dan Pasien tidak pernah melakukan olahraga serta senam. Mendiskusikan hal-hal yang mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan Hasil: Pasien mengatakan menjaga diet yang dianjurkan oleh dokter dan Pasien tidak pernah melakukan olahraga serta senam Membuat komitmen menjalani program terapi Hasil : Pasien mengatakan sudah menerapkan diet yang dianjurkan dan Pasien tampak menjaga pola makannya pada saat di RS	Ellen MP
Mobilitas Fisik Berhubungan dengan gangguan	Selasa 20/02/2024 14:00 WIB	Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri dan keluhan fisik lainnya	Rabu 21/02/2024 19:00 WIB	Melakukan Latihan rentang gerak otot progresif (ROM)	Kamis 22/02/2024 08:30 WIB	Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri dan keluhan fisik lainnya Hasil : Pasien mengatakan tangan dan kaki kirinya sedikit lemas	Ellen MP

neuromuskuler (Pasca Stroke)	18:00 WIB 18:30 WIB 21:00 WIB	Hasil : Pasien mengatakan tangan dan kaki kirinya sedikit lemas dikarenakan pasca stroke 1 tahun yang lalu Melakukan Latihan rentang gerak otot progresif Hasil : Pasien tampak antusias dan pergerakan dibantu oleh perawat 3333 5555 3333 5555 Menganjurkan melakukan Latihan rentang gerak otot progresif secara bertahap Hasil: Pasien mengatakan akan sering melakukan rentang gerak otot progresif Memonitor tanda-tanda vital Hasil : suhu 36,6ºC, nadi 112x/menit, Rr 20x/menit, SPO_2 99%, Td 130/90 mmHg	19:40 WIB 20:00 WIB 21:00 WIB	Hasil : Pasien tampak antusias dan sebagian pergerakan Pasien melakukan secara mandiri 4444 5555 4444 5555 Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri dan keluhan fisik lainnya Hasil : Pasien mengatakan tangan dan kaki kirinya sedikit lemas dikarenakan pasca stroke 1 tahun yang lalu dan aktivitas tampak dibantu oleh pihak keluarga Menganjurkan melakukan Latihan rentang gerak otot progresif secara bertahap Hasil: Pasien mengatakan akan sering melakukan rentang gerak otot progresif Memonitor tanda-tanda vital Hasil : suhu 36,5ºC, nadi 100x/menit, Rr 18x/menit, SPO_2 98%, Td 130/90 mmHg	09:30 WIB 13:00 WIB 14:00 WIB	dikarenakan pasca stroke 1 tahun yang lalu dan aktivitas tampak dibantu oleh pihak keluarga Melakukan Latihan rentang gerak otot progresif (ROM) Hasil : Pasien tampak antusias dan dapat melakukan rentang gerak secara aktif Pasien melakukan secara mandiri 5555 5555 5555 5555 Menganjurkan melakukan Latihan rentang gerak otot progresif secara bertahap Hasil: Pasien mengatakan akan sering melakukan rentang gerak otot progresif Memonitor tanda-tanda vital Hasil : suhu 36,6ºC, nadi 112x/menit, Rr 20x/menit, SPO_2 99%, Td 130/90 mmHg	
Ketidakseimbangan Elektrolit Dibuktikan Dengan Gangguan Mekanisme Regulasi	Selasa 20/02/2024 14:00 WIB 14:30 WIB	Mengkaji turgor kulit hasil : turgor kulit tidak elastis dan membran mukosa kering Mengkaji konjutiva Pasien Hasil : konjungtiva anemis	Rabu 21/02/2024 17:15 WIB 14:00 WIB	Memonitor mual dan muntah Hasil: Pasien mengatakan sedikit mual dan tidak muntah Mengkaji turgor kulit hasil : turgor kulit tidak elastis dan membran	Kamis 22/02/2024 11:00 WIB 07:00 WIB	Memonitor mual dan muntah Hasil: Pasien mengatakan mual dan muntah berkurang Mengkaji turgor kulit hasil : turgor kulit elastis dan membran mukosa	Ellen MP

	19:30 WIB 17:00 WIB 20:00 WIB 20:00 WIB 20:15 WIB 20:30 WIB	Memonitor mual dan muntah Hasil: Pasien mengatakan sedikit mual setelah selesai makan dan muntah tadi pagi konsistensi cair berampas sebanyak 250ml Memberikan obat omeperazole 20 mg via oral, IVFD NaCl 0,9% 8 tpm/24 jam via injeksi Hasil : obat diberikan sesuai dengan 6 benar obat dan tidak ada tanda-tanda alergi Memonitor intake cairan Hasil : intake cairan 3.215 ml Memonitor output cairan Hasil: output cairan 3.445 ml Menghitung balance cairan : -230 ml Hasil lab pemeriksaan elektrolit Hasil : Natrium (Na): 132 mmol/ L ↓ (N: 135-147 mmol/L), Kalium : 6.0 mmol/L ↑ , (N: 3,5-5,0 mmol/L), Klorida : 87mmol/L ↓ , (N: 98-108 mmol/L)	 14:20 WIB 17:00 WIB 20: 00WIB 20:05 WIB 16:00 WIB 20:30 WIB	mukosa lembab, Pasien mengatakan lemas sedikit berkurang Mengkaji konjutiva Pasien Hasil : konjungtiva anemis Memberikan obat omeperazole 20 mg via oral, IVFD NaCl 0,9% 8 tpm/24 jam via injeksi Hasil : obat diberikan sesuai dengan 6 benar obat dan tidak ada tanda-tanda alergi Memonitor intake cairan Hasil : intake cairan 4.215 ml Memonitor output cairan Hasil: output cairan 3.045ml Hasil lab pemeriksaan elektrolit Hasil : Natrium (Na): 133 mmol/ L ↓, (N: 135-147 mmol/L), Kalium : 3,2 mmol/L ↓, (N: 3,5-5,0 mmol/L), Klorida : 95 mmol/L ↓, (N: 98-108 mmol/L) Menghitung balance cairan Hasil: +1.170 ml	 11:20 WIB 07:30 WIB 13:45 WIB 13:50 WIB 14:00 WIB 10:00 WIB	lembab, Pasien mengatakan sudah dapat beraktivitas seperti biasa Memberikan IVFD NaCl 0,9% 8 tpm/24 jam via injeksi Hasil : obat diberikan sesuai dengan 6 benar obat dan tidak ada tanda-tanda alergi Mengkaji konjutiva Pasien Hasil : konjungtiva anemis Memonitor intake cairan Hasil : intake cairan 4.715 ml Memonitor output cairan Hasil: output cairan 3.645 ml Menghitung balance cairan : +1.070 ml Hasil lab pemeriksaan elektrolit Hasil : Natrium (Na): 145 mmol/ L, (N: 135-147 mmol/L), Kalium : 4,3 mmol/L , (N: 3,5-5,0 mmol/L), Klorida : 103 mmol/L, (N: 98-108 mmol/L)	

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 11 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Hari 1 Selasa, 20 Februari 2024	Hari 2 Rabu, 21 Februari 2024	Hari 3 Kamis, 22 Februari 2024
Pasien 1:			
Diagnosa 1 Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan Dengan Hiperglikemia	S: 1. Pasien mengatakan lemas dan lemah 2. Pasien mengatakan banyak minum O: 1. Hasil lab pemeriksaan kimia urine pada tanggal 20/02/2024: a. Berat jenis : 1.006 ↓ (N: 1.015-1.025), b. PH : 7,5 ↑ (N: 4,8-7,4), c. Darah / Hb : +1↑ (N: negatif) d. Protein : 1+ ↑ (N: Negatif) e. Leukosit esterase : 2+ ↑ (N: negatif) 2. GDS : 300 mg/dL ↑ , (N: 200 mg/dL) A: Masalah asuhan keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia belum teratasi P: intervensi dilanjutkan 1. Monitor GDS 2. Monitor tanda-tanda vital 3. Monitor intake dan output cairan 4. Berikan insulin novorapid 2x5 unit via intramuskuler 5. Berikan Curcuma 3x1tab via oral 6. Berikan Bicnat 3x1 tab via oral 7. Lakukan rentang gerak senam kaki Dm	S: 1. Pasien mengatakan lemas sudah berkurang O: 1. Lemas Pasien tampak berkurang 2. GDS : 286 mg/dL 3. Hasil lab pemeriksaan kimia klinik pada tanggal 21/02/2024: a. Berat jenis : 1.010 ↓ (N: 1.015-1.025) b. PH : 7,6 ↑ (N: 4,8-7,4), c. Darah / Hb : +1 ↑ (N: negatif) d. Protein : 1+ ↑ (N: Negatif), Leukosit esterase : 1+ ↑ (N: negatif) A: Masalah asuhan keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia belum teratasi P: intervensi dilanjutkan 1. Monitor GDS 2. Monitor tanda-tanda vital 3. Monitor intake dan output cairan 4. Berikan insulin novorapid 2x5 unit via intramuskuler 5. Berikan Curcuma 3x1tab via oral 6. Berikan Bicnat 3x1 tab via oral 7. Lakukan rentang gerak senam kaki Dm	S: 1. Pasien mengatakan sudah tidak lemas dan dapat beraktivitas secara mandiri O: 1. GDS : 200 ml/dL 2. Hasil lab pemeriksaan kimia klinik pada tanggal 22/02/2024: a. Berat jenis : 1.017 (N: 1.015-1.025), b. PH : 6,0 (N: 4,8-7,4), Darah / Hb : negatif (N: negatif) , c. Protein : negatif (N: Negatif), d. Leukosit esterase : negatif (N: negatif) A Masalah asuhan keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia telah teratasi P: Intervensi dihentikan, Pasien pulang
Diagnosa 2 Ketidakpatuhan Berhubungan Dengan Program Terapi Kompleks Atau Lama	S: 1. Pasien mengatakan pola diet makan tidak di jaga 2. Pasien mengatakan rutin olahraga atau senam 3. Pasien mengatakan rutin kontrol ke RSUD Pasar Rebo dan teratur minum obat O: 1. Pasien tampak sulit untuk membatasi makanan yang dikonsumsi	S: 1. Pasien mengatakan akan menjaga diet yang dianjurkan O: 1. Pasien tampak tidak mematuhi anjuran diet makanan bagi penderita DM A: Masalah asuhan keperawatan berhubungan dengan program terapi kompleks atau lam belum teratasi P: intervensi dilanjutkan 1. Identifikasi kepatuhan menjalani program terapi	S: 1. Pasien mengatakan menjaga diet yang dianjurkan oleh dokter dan Pasien rutin melakukan senam O: 1. Pasien tampak menjaga pola makannya pada saat di RS A: Masalah asuhan keperawatan berhubungan dengan program terapi kompleks atau lam teratasi

	2. Pasien tampak tidak mematuhi anjuran diet makanan bagi penderita DM A: Masalah asuhan keperawatan berhubungan dengan program terapi kompleks atau lam belum teratasi P: intervensi dilanjutkan 1. Identifikasi kepatuhan menjalani program terapi 2. Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik 3. Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan	2. Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik 3. Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan	P: intervensi dihentikan, Pasien pulang
Diagnosa 3 Ketidakseimbangan Elektrolit Dibuktikan Dengan Mekanisme Regulasi (DM Tipe II)	S: 1. Pasien mengatakan sedikit mual setelah makan dan muntah sebanyak 300ml 2. Pasien mengatakan lemas dan lemah O: 1. Pasien tampak lemas 2. Intake cairan : 3.510 ml/24 jam 3. Output cairan : 4.180 ml/24 jam 4. Balance cairan : -670 ml/24 jam 5. Membran mukosa kering turgor kulit tidak elastis 6. Hasil lab pemeriksaan elektrolit pada tanggal 20/02/2024: a. Natrium (Na): 132 mmol/ L ↓, (N: 135-147 mmol/L), b. Kalium : 2,6 mmol/L ↓ (N: 3,5-5,0 mmol/L) c. Klorida : 80 mmol/L ↓ (N: 98-108 mmol/L) A: Masalah asuhan keperawatan Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Periksa tanda dan gejala Hipovolemia 3. Monitor intake dan output cairan 4. Hitung kebutuhan cairan 5. Berikan asupan cairan oral 6. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 7. Berikan IVFD NaCl 0,9% + KCL 25 meq 12 jam	S: 1. Pasien mengatakan muntah konsistensi cair sebanyak 200ml 2. Pasien mengatakan lemas sudah berkurang O: 1. Pasien tampak lemas berkurang 2. Intake cairan : 4.370 ml/24jam 3. Output cairan: 3.700 ml/24 jam 4. Balance cairan: + 670 ml/24 jam 5. Turgor kulit tidak elastis 6. Membran mukosa lembab 7. Hasil lab pemeriksaan elektrolit tanggal 21/02/2024 : a. Natrium (Na): 134 mmol/ L ↓ (N: 135-147 mmol/L) b. Kalium : 3,0 mmol/L ↓ (N: 3,5-5,0 mmol/L) c. Klorida : 90 mmol/L ↓ (N: 98-108 mmol/L) A: Masalah asuhan keperawatan Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Periksa tanda dan gejala Hipovolemia 3. Monitor intake dan output cairan 4. Hitung kebutuhan cairan 5. Berikan asupan cairan oral 6. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 7. Berikan IVFD NaCl 0,9% + KCL 25 meq 12 jam	S: 1. Pasien mengatakan mual dan muntah berkurang O: 1. Lemas Pasien tampak berkurang dan dapat aktivitas secara mandiri 2. Hasil lab pemeriksaan elektrolit pada tanggal 22/02/2024: a. Natrium (Na): 140 mmol/ L (N: 135-147 mmol/L) b. Kalium : 4,0 mmol/L (N: 3,5-5,0 mmol/L) c. Klorida : 100 mmol/L (N: 98-108 mmol/L) A: Masalah asuhan keperawatan Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan telah teratasi P: Intervensi dihentikan, Pasien pulang
Diagnosa 4 Risiko Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan	S: 1. Pasien mengatakan nafsu makan menurun	S: 1. Pasien mengatakan makan habis 1 porsi	S: 1. Pasien mengatakan mualnya berkurang dan tidak muntah

Ketidakmampuan Menelan Makanan	2. Pasien mengatakan sedikit mual, setelah selesai makan muntah konsistensi cair berampas sebanyak 300ml 3. Pasien mengatakan makan habis ½ porsi 4. Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan O: 1. IMT : 23,11 (normal) 2. Bb saat ini : 52 kg 3. Bb sebelum sakit : 54 kg 4. Penurunan bb (%) : 4,4% 5. Intake cairan : 3.510 ml/24 jam 6. Output cairan : 4.180 ml/24 jam 7. Balance cairan : -670 ml/24 jam A: Masalah asuhan keperawatan risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan Ketidakmampuan Mencerna Makanan belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Identifikasi status nutrisi 3. Monitor bb 4. Berikan diet makan lunak 5. Berikan asam folat 3x1 tab via oral 6. Berikan b12 3x1 tab via oral 7. Berikan Sucralfate 2x500 mg via oral 8. Berikan Ondansentrone 3x4mg via injeksi 9. Berikan omeperazole 2x40mg via injeksi	2. Pasien mengatakan muntah konsistensi cair sebanyak 200ml O: 1. IMT : 23,5 (normal) 2. Penurunan bb (%) : 2,2 % 3. Intake cairan : 4.370 ml/24jam 4. Output cairan : 3.700 ml/24 jam 5. Balance cairan : + 670 ml/24jam A: Masalah asuhan keperawatan risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan Ketidakmampuan Mencerna Makanan belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Identifikasi status nutrisi 3. Monitor bb 4. Berikan diet makan lunak 5. Berikan asam folat 3x1 tab via oral 6. Berikan b12 3x1 tab via oral 7. Berikan Sucralfate 2x500 mg via oral 8. Berikan Ondansentrone 3x4mg via injeksi 9. Berikan omeperazole 2x40mg via injeksi	2. Pasien mengatakan makan habis 1 porsi O: 1. Bb saat ini : 54 kg 2. Bb sebelum sakit : 54kg 3. Intake cairan : 4.175 ml/24 jam /dL 4. Intake cairan: 4.175 ml/24jam 5. Output cairan : 3.250 ml/dL 6. Balance cairan : +925 ml/24jam A: Masalah asuhan keperawatan risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan Ketidakmampuan Mencerna Makanan telah teratasi P: Intervensi dihentikan, Pasien pulang
Diagnosa Keperawatan	**Hari 1** **Selasa, 20 Februari 2024**	**Hari 2** **Rabu, 21 Februari 2024**	**Hari 3** **Kamis, 22 Februari 2024**
Pasien 2:			
Diagnosa 1 Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan Dengan Resisten Insulin	S: 1. Pasien mengatakan lemas dan lemah 2. Pasien mengatakan banyak minum O: 1. Hasil lab pemeriksaan kimia urine pada tanggal 20/02/2024: a. Berat jenis : 1.002 ↓, (N: 1.015-1.025) b. PH : 8,0 ↑ (N: 4,8-7,4) c. Darah / Hb : +2↑ (N: negatif) d. Protein : 3+ (N: Negatif) e. Leukosit esterase : 1+ ↑ (N: negatif) 2. GDS : 405 mg/dL ↑ (N: 200 mg/dL) A: Masalah asuhan keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa	S: 1. Pasien mengatakan lemas berkurang O: 1. Hasil lab pemeriksaan kimia urine pada tanggal 21/02/2024: 2. Hasil lab pemeriksaan kimia urine pada tanggal 21/02/2024: a. Berat jenis : 1.010 ↓, (N: 1.015-1.025) b. PH : 7,9 ↑ (N: 4,8-7,4) c. Darah / Hb : +1 ↑ (N: negatif) d. Protein : 2+ (N: Negatif) e. Leukosit esterase : 1+ ↑ (N: negatif) (N: 200 mg/dL) 3. GDS : 280 mg/dL ↑ (N: 200 mg/dL)	S: 1. Pasien mengatakan lemas berkurang dan dapat beraktivitas secara mandiri O: 1. Hasil lab pemeriksaan kimia urine pada tanggal 22/02/2024: a. Berat jenis : 1.017 (N: 1.015-1.025) b. PH : 6,0 (N: 4,8-7,4) c. Darah / Hb : Negatif (N: negatif) d. Protein : Negatif (N: Negatif) e. Leukosit esterase : Negatif (N: negatif) f. GDS : 190 mg/dL (N: 200 mg/dL)

	darah berhubungan dengan hiperglikemia belum teratasi P: intervensi dilanjutkan 1. Monitor GDS 2. Monitor tanda-tanda vital 3. Monitor intake dan output cairan 4. Berikan insulin novorapid 2x7 unit via intamuscular 5. Berikan glikuidone 3x30mg via oral 6. Berikan Spirolactone 1x25mg via oral 7. Berikan Lasix 1x20 mg via injeksi 8. Berikan Nitrokaf 2x5mg via oral 9. Berikan Valsartan 2x40 mg via oral 10. Berikan Clopidogrel 2x75 mg via oral 11. Lakukan rentang gerak senam kaki Dm	A: Masalah asuhan keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia belum teratasi P: intervensi dilanjutkan 1. Monitor GDS 2. Monitor tanda-tanda vital 3. Monitor intake dan output cairan 4. Berikan insulin novorapid 2x7 unit via intamuscular 5. Berikan glikuidone 3x30mg via oral 6. Berikan Spirolactone 1x25mg via oral 7. Berikan Lasix 1x20 mg via injeksi 8. Berikan Nitrokaf 2x5mg via oral 9. Berikan Valsartan 2x40 mg via oral 10. Berikan Clopidogrel 2x75 mg via oral 11. Lakukan rentang gerak senam kaki Dm	A: Masalah asuhan keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia telah teratasi sebagian P: intervensi dihentikan, Pasien pulang
Diagnosa 2 Ketidakpatuhan Berhubungan Dengan Program Terapi Kompleks Atau Lama	S: 1. Pasien mengatakan pola diet makan tidak di jaga 2. Pasien mengatakan rutin olahraga atau senam 3. Pasien mengatakan rutin kontrol ke RSUD Pasar Rebo dan teratur minum obat O: 1. Pasien tampak sulit untuk membatasi makanan yang dikonsumsi 2. Pasien tampak tidak mematuhi anjuran diet makanan bagi penderita DM A: Masalah asuhan keperawatan berhubungan dengan program terapi kompleks atau lam belum teratasi P: intervensi dilanjutkan 1. Identifikasi kepatuhan menjalani program terapi 2. Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik 3. Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan	S: 1. Pasien mengatakan akan menjaga diet yang dianjurkan O: 1. Pasien tampak tidak mematuhi anjuran diet makanan bagi penderita DM A: Masalah asuhan keperawatan berhubungan dengan program terapi kompleks atau lam belum teratasi P: intervensi dilanjutkan 1. Identifikasi kepatuhan menjalani program terapi 2. Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik 3. Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan	S: 1. Pasien mengatakan menjaga diet yang dianjurkan oleh dokter dan Pasien rutin melakukan senam O: 1. Pasien tampak menjaga pola makannya pada saat di RS A: Masalah asuhan keperawatan berhubungan dengan program terapi kompleks atau lam teratasi P: intervensi dihentikan, Pasien pulang
Diagnosa 3 Gangguan Mobilisasi Fisik Berhubungan	S: 1. Pasien mengatakan mengatakan tangan dan kaki	S: 1. Pasien mengatakan hanya beberapa gerakan rentang gerak	S:

<table>
<tr>
<td>Degan Gangguan Neuromuskuler (Pasca Stroke)</td>
<td>kiri di bagian kiri sedikit sulit digerakkan dan terasa lemas dikarenakan stroke 1 tahun lalu
2. Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh pihak keluarga
3. Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi karena keturunan dari ibunya yang mengidap hipertensi
O:
1. Pasien tampak aktivitas dibantu oleh pihak keluarga
2. Pasien tampak lemas
3. Kekuatan otot
<table><tr><td>3333</td><td>5555</td></tr><tr><td>3333</td><td>5555</td></tr></table>
A: Masalah asuhan keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskuler (Pasca Stroke) belum teratasi
P: Intervensi dilanjutkan
1. Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri dan keluhan fisik lainnya
2. Lakukan Latihan rentang gerak otot progresif
3. Anjurkan melakukan Latihan rentang gerak (ROM)</td>
<td>yang dapat melakukan secara mandiri
O:
1. Pasien tampak lemahnya berkurang
2. Pasien tampak melakukan Latihan rentang gerak dibantu oleh perawat
3. Kekuatan otot :
<table><tr><td>4444</td><td>5555</td></tr><tr><td>4444</td><td>5555</td></tr></table>
A: Masalah asuhan keperawatan intoleransi Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskuler (Pasca Stroke) belum teratasi
P: Intervensi dilanjutkan
1. Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri dan keluhan fisik lainnya
2. Lakukan Latihan rentang gerak otot progresif
3. Anjurkan melakukan Latihan rentang gerak (ROM)</td>
<td>1. Pasien mengatakan dapat melakukan Latihan rentang gerak secara mandiri
O:
1. Pasien tampak lemahnya berkurang
2. Pasien tampak melakukan Latihan rentang gerak dapat melakukan secara mandiri
3. Kekuatan otot :
<table><tr><td>5555</td><td>5555</td></tr><tr><td>5555</td><td>5555</td></tr></table>
A: Masalah asuhan keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskuler (Pasca Stroke) telah teratasi
P: Intervensi dihentikan Pasien pulang</td>
</tr>
<tr>
<td>Diagnosa 4 Ketidakseimbangan Elektrolit Dibuktikan Dengan Gangguan Mekanisme Regulasi (DM Tipe II)</td>
<td>S:
1. Pasien mengatakan sedikit mual setelah makan dan muntah sebanyak 250 ml
2. Pasien mengatakan lemas dan lemah
O:
1. Pasien tampak lemas
2. Intake cairan : 3.915 ml/24 jam
3. Output cairan : 4.295 ml/24 jam
4. Balance cairan : -380 ml/24 jam
5. Membran mukosa kering turgor kulit tidak elastis
6. Hasil lab pemeriksaan elektrolit pada tanggal 20/02/2024:
a. Natrium (Na): 132 mmol/ L↓ (N: 135-147 mmol/L)
b. Kalium : 6.0 mmol/L ↑ (N: 3,5-5,0 mmol/L)
c. Klorida : 87mmol/L↓ (N: 98-108 mmol/L)</td>
<td>S:
1. Pasien mengatakan mual dan muntah berkurang
O:
1. Pasien tampak lemas
2. Intake cairan : 4.215 ml
3. Output cairan : 3.045 ml
4. Balance cairan : +1.170 ml
5. Membran mukosa lembab
6. Turgor kulit tidak elastis
7. Hasil lab pemeriksaan elektrolit pada tanggal 21/02/2024:
a. Natrium (Na): 133 mmol/ L ↓, (N: 135-147 mmol/L)
b. Kalium : 3,2 mmol/L ↓, (N: 3,5-5,0 mmol/L)
c. Klorida : 95 mmol/L ↓, (N: 98-108 mmol/L)
A: Masalah asuhan keperawatan Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan belum teratasi</td>
<td>S:
1. Pasien mengatakan mual dan muntah berkurang
O:
1. Pasien tampak lemas
2. Intake cairan : 4.715 ml
3. Output cairan : 3.645 ml
4. Balance cairan :+1.070 ml
5. Membran mukosa lembab
6. Turgor kulit tidak elastis
7. Hasil lab pemeriksaan elektrolit pada tanggal 22/02/2024:
a. Natrium (Na): 145 mmol/ L (N: 135-147 mmol/L)
b. Kalium : 4,3 mmol/L (N: 3,5-5,0 mmol/L)
c. Klorida : 103 mmol/L (N: 98-108 mmol/L)
A: Masalah asuhan keperawatan Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan telah teratasi</td>
</tr>
</table>

	A: Masalah asuhan keperawatan Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Periksa tanda dan gejala Hipovolemia 3. Monitor intake dan output cairan 4. Hitung kebutuhan cairan 5. Berikan asupan cairan oral 6. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 7. Berikan IVFD NaCl 0,9% 8 tpm 8. Berikan diet makanan lunak 1.400 kalori	P: Intervensi dilanjutkan 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Periksa tanda dan gejala Hipovolemia 3. Monitor intake dan output cairan 4. Hitung kebutuhan cairan 5. Berikan asupan cairan oral 6. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 7. Berikan IVFD NaCl 0,9% 8 tpm 8. Berikan diet makanan lunak 1.400 kalori	P: Intervensi dihentikan, Pasien pulang

4.2 Pembahasan

Bagian ini, penulis akan membahas dan menganalisis kesenjangan yang muncul dilapangan selama pelaksanaan studi kasus yang dilakukan di Ruang Flamboyan lantai VI di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur, pada tanggal 20 Februari 2024 sampai tanggal 22 Februari 2024. Ruang lingkup penulisan ini adalah "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Gangguan Ketidakseimbangan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur". Ini melibatkan proses penilaian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Paragraf pertama menjelaskan teori keperawatan berdasarkan literatur yang ada, paragraf kedua menjelaskan tentang apa saja hal yang penulis temukan pada Pasien 1 yaitu Ny. A paragraf ketiga penulis akan menjelaskan apa saja hal yang penulis temukan pada Pasien 2 yaitu Ny.U selama penulis melakukan Penulisan di lahan praktik berdasarkan sub pokok bahasan. Paragraf keempat, menjelaskan peendapat penulis dan memberikan penjelassan secara teoritis tentang kesenjangan yang muncul di lapangan untuk Pasien 1 (Ny.A) dan Pasien 2 (Ny.U) dengan teori.

4.2.1. Pengkajian

Pengkajian pada kasus ini merupakan pengumpulan data dalam pengambilan kasus dengan metode berupa wawancara, observasi, pengkajian keperawatan, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi

a. Manifestasi klinis

Pada pasien 1, ditemukan tanda dan gejala meliputi lemas, nafsu makan menurun,sering minum, penurunan berat badan dan gula darah meningkat yaitu 300mg/dL (N: <200mg/dL), turgor kulit tidak elastis, membran mukosa kering, konjungtiva anemis, sklera anikterik, akral hangat,

Pada Pasien 2, ditemukan lemas, mual dan muntah, pada ekstremitas bawah dan atas bagian sinistra sedikit sulit digerakkan dikarenakan pasca stroke dan kegiatan dibantu oleh keluarganya, turgor kulit tidak elastis, membran mukosa kering, konjungtiva anemis, gula darah meningkat yaitu 405 mg/dL.

Menurut International Diabetes Federation (2022) manifestasi klinis diabetes melitus disebabkan oleh Defisiensi sel beta relatif dan resistensi insulin adalah faktor yang terlibat dalam patogenesis diabetes mellitus tipe II. Faktor risiko terkait termasuk usia, obesitas, dan riwayat keluarga diabetes mellitus tipe II. Gejala yang sering dikaitkan dengan diabetes mellitus tipe II antara lain poliuria (sering buang air kecil), polidipsi (haus berlebihan), polifagia (rasa lapar berlebihan), penurunan berat badan, penglihatan kabur, ketourinaria, kelemahan, dan kelelahan. Kondisi ini seringkali asimtomatik (asimtomatik).

Menurut Hardianto (2020) manifestasi klinis diabetes melitus meliputi: peningkatan produksi urine (Poliuria) dan haus (polidipsi), serta peningkatan rasa lapar (polifagia), penurunan berat badan, kelelahan, dan kantuk dikaitkan dengan efek metabolisme. Gejala lain termasuk kesemutan, gatal, penglihatan kabur, impotensi, nyeri di vulva, kelemahan otot karena gangguan sirkulasi darah pada penderita diabetes jangka panjang, pemecahan protein di otot, dan ketidakmampuan sebagian besar sel untuk menggunakan glukosa sebagai energi.

Pasien 2 mengalami kesulitan menggerakkan anggota tubuhnya karena dia mengalami stroke.

b. Komplikasi

Pada Pasien 1 ditemukan yaitu kadar gula darahnya yaitu mencapai 300mg/dL (N: <200mg/dL)

Pada Pasien 2 ditemukan mengalami komplikasi yaitu komplikasi makrovaskuler yaitu pasca stroke, Pasien mempunyai hipertensi dan kadar glukosa darahnya mencapai 405 mg/dL, tekanan darah Pasien 160/100 mmHg

Menurut Hardiyanto (2020) komplikasi diabetes Komplikasi diabetes termasuk retinopati diabetik, neuropati diabetik, masalah jantung dan pembuluh darah yang dapat meningkatkan risiko penyakit jantung dan stroke. Gangguan pencernaan seperti gastroparesis, yaitu pergerakan lambat makanan dari lambung ke usus, dapat menyebabkan gejala seperti mual, muntah, dan kembung. Infeksi dan luka yang sulit disembuhkan dapat mengganggu proses penyembuhan, sehingga sulit untuk menyembuhkan luka dan infeksi pada kulit dan organ tubuh Bahkan bisa menyebabkan luka bakar. Komplikasi makrovaskular jangka panjang termasuk penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah perifer, dan stroke. Komplikasi mikrovaskular jangka panjang termasuk retinopati, nefropati, dan neuropati. Komplikasi metabolik akut termasuk hipoglikemia, ketoasidosis diabetik, dan hiperosmolalit.

Persamaan Pasien 1 dan Pasien 2 Pasien 2 mengalami kesulitan dalam pergerakan ekstremitas atas dan bawah bagian kiri setelah stroke, yang disebabkan oleh komplikasi akut diabetes mellitus dan hipertensi, seperti hiperglikemia.

c. Pemeriksaan penunjang

Pada Pasien 1, dilakukan pemeriksaan hematologi, urine lengkap, pemeriksaan elektrolit, kimia klinik, pemeriksaan gas darah dan pada tanggal 20/02/2024 pukul 18:00 WIB dilakukan pemeriksaan gula darah 300 mg/dL (N: <200mg/dL)

Pada Pasien 2, dilakukan pemeriksaan hematologi, urine lengkap, pemeriksaan elektrolit, kimia klinik, pemeriksaan gas darah dan pada tanggal 20/02/2024 pada pukul 16:00 WIB dilakukan pemeriksaan gula darah 405 mg/dL (N: <200mg/dL)

Menurut American Diabetes Association (2022Pemeriksaan pendukung yang dilakukan pada pasien diabetes melitus meliputi pengukuran gula darah puasa (GDS) dan glukosa plasma dari sampel yang diambil setelah 2 jam makan. Jenis tes

laboratorium lain yang dapat dilakukan pada pasien DM termasuk tes skrining, tes diagnostik, tes pemantauan terapi, dan tes untuk mendeteksi kemungkinan komplikasi. pemeriksaan GDS, GDP, pemeriksaan glukosa urine, pemeriksaan konvensional. Berdasarkan data yang dipaparkan diatas terdapat persamaan bahwasanya kadar glukosa darahnya meningkat dari batas normal yaitu <200mg/dL

d. Penatalaksanaan

Pada Pasien 1, mendapatkan IVFD NaCl 3% 14 tpm/ 24 jam via injeksi, NaCl 0,9% + KCL 25 meq 14 tpm/12 jam via injeksi, Cefoperazone 2x1gr via injeksi, Resfar 1x1000 mg via injeksi, Asam folat 3x1 tab via oral, B12 3x1 tab via oral, Bicnat 3x1 tab via oral, Curcuma 3x1 tab via oral Ksr 1x1 tab via oral, Insulin novorapid 5 unit via intamuscular, Sucralfate 2x500 mg via oral, Omeperazole 2x1 mg via oral, Ondansentrone 3x4mg via injeksi, Diit makanan lunak 3x250gr.

Pada Pasien 2, mendapat Lasix 1x200mg via injeksi, Glikuidone 3x30 mg via oral, Spirolactone 1x25 mg via oral, Nitrokaf 2x5 mg via oral, Valsartan 2x40 mg via oral, Clopidogrel 1x75 mg via oral, Omeperazole 2x20 mg via oral, IVFD NaCl 0,9% 21tpm/24 jam via injeksi, Diit makanan lunak 3x200gr

Menurut American Diabetes Association (2022), penatalaksanaan pada pasien diabetes melitus yaitu:

1) Terapi Medis

Terapi medis pada penderita diabetes melitus tipe 2 adalah sebagai berikut : Obat anti hiperglikemia oral. Menurut cara kerjanya dibedakan menjadi empat yaitu sebagai berikut: Pemacu sekresi insulin : Sulfonilurea dan Glinid, Penurunan sensitivitas terhadap insulin : Metformin, Thiazolidineones (TZD) dan glikuidone, Penghambat absorpsi glukosa : penghambat glikosidase alfa, Penghambat DPP-IV (Dipeptidyl Peptidase IV), Kombinasi obat oral dan suntikan insulin : Kombinasi obat anti hiperglikemia oral dan insulin

2) Terapi Non Medis

Terapi non medis pada pasien penderita diabetes melitus antara lain sebagai berikut : Edukasi. Diet, terapi nutrisi medis , latihan jasmani atau olahraga

Berdasarkan data yang telah dipaparkan diatas, terdapat kesenjangan Pasien 1 mendapat insulin novorapid 5 unit serta Pasien 2 mendapat terapi insulin

novorapid dan glikuidone serta amlodipine dikarenakan Pasien mempunyai hipertensi.

4.2.2. Diagnosis

Pada Pasien 1, ditemukan 4 diagnosa keperawatan yaitu : ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resisten insulin, ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi kompleks atau lama, Ketidakseimbangan Elektrolit berhubungan dengan gangguan mekanisme, risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan Ketidakmampuan Mencerna Makanan

Pada Pasien 2, ditemukan 4 diagnosa keperawatan yaitu: ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resisten insulin, ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi kompleks atau lama, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (Pasca Stroke), dan Ketidakseimbangan Elektrolit berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (DM tipe II)

Analisis keperawatan merupakan bagian penting dalam menentukan perawatan yang tepat untuk membantu Pasien mencapai kesehatan yang optimal. Rencana analisis keperawatan untuk membedakan reaksi Pasien individu, keluarga dan jaringan terhadap kondisi terkait Kesehatan. (Hardianto. D, 2020)

a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resisten insulin (D.0027)
b. Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan Mencerna Makanan (D.0019)
c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (D.0054)
d. Kerusakan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (D.0129)

Berdasarkan data yang telah dipaparkan diatas, kesenjangan yang muncul adalah diagnosa risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. Diagnosa ini ditemukan pada Pasien 1 sedangkan tidak ditemukan pada Pasien 2. Ditemukan data penunjang Pasien mengalami penurunan berat badan selama 3 bulan yaitu dari bb sebelum sakit 54kg dan bb saat sakit 52kg, IMT : 23,11

(normal), BB saat sakit : 52 kg, Bb sebelum sakit : 54 kg, Penurunan bb (%): 4,4 %, penurunan nafsu makan, makan habis ½ porsi, mual dan muntah 300ml. Sehingga diagnosa ini tidak muncul pada Pasien 2 tetapi muncul pada Pasien 1. Serta terdapat kesenjangan yang muncul adalah gangguan mobilitas fisik Gangguan Mobilisasi Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskuler (Pasca Stroke) Diagnosa ini ditemukan pada Pasien 2 tetapi tidak ditemukan pada Pasien 1. Ditemukan data penunjang Pasien pasca stroke dan lemah pada bagian ekstremitas atas dan bawah bagian kiri dan aktivitas dibantu oleh pihak keluarga. Sehingga diagnosa ini tidak muncul pada Pasien 1 tetapi muncul pada Pasien 2

Sementara itu untuk diagnosa Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, Kerusakan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi tidak dapat ditegakkan karena tidak ada ada pengkajian yang menunjang diagnoa tersebut ditegakkan.

4.2.3. Perencanaan

Pada Pasien 1 dan Pasien 2 dengan diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resisten insulin, dilakukan tindakan sesuai dengan perencanaan diatas. Sehigga dapat ditarik kesimpulan tidak ada kesenjangan yang terjadi pada tahap perencanaan.

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) merupakan tolak ukur yang menjadi pedoman persiapan intervensi keperawatan untuk menjamin asuhan keperawatan yang aman, efektif dan beretika. Standar ini adalah bagian dari tugas keperawatan untuk melindungi masyarakat dan diterapkan oleh profesional keperawatan.

4.2.4. Pelaksanaan

Pada Pasien 1 dan Pasien 2 dilakukan pelaksanaan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun oleh penulis.

Dalam keperawatan, implementasi atau pelaksanaan adalah suatu tindakan terencana dan tindakan tersebut mencangkup tindakan independen, dependen dan kolaboratif. Pada tahap ini perawat melakukan tindakan keperawatan pada Pasien secara umum khususnya Pasien diabetes melitus. Dalam pelaksanaan, perawat menjalankan fungsi dependen dan interdependen. (Susanto. P, 2022)

4.2.5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dalam proses perawatan yang berfungsi untuk mengevaluasi apakah tujuan intervensi keperawatan telah tercapai atau apakah diperlukan pendekatan yang berbeda. Evaluasi keperawatan digunakan untuk mengukur keberhasilan penerapan langkah-langkah keperawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien.. (Dinarti & Mulyanti. Y, 2017) Terdapat dua jenis evaluasi keperawatan yaitu sebagai berikut

a. Evaluasi formatif Evaluasi merupakan bagian integral dari proses keperawatan yang berdampak langsung pada kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi harus dilakukan segera setelah rencana perawatan untuk mengevaluasi seberapa efektif rencana tersebut Evaluasi formatif perlu dilakukan secara terus menerus hingga tujuan yang telah ditetapkan tercapai. Dalam konteks ini, evaluasi formatif terus-menerus dievaluasi untuk memastikan bahwa perubahan atau kemajuan dicatat, dan untuk mengurangi kemungkinan munculnya masalah baru.
b. Evaluasi sumatif merupakan Ringkasan kesimpulan ini berasal dari pengamatan dan analisis kondisi kesehatan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Informasi ini dicatat dalam catatan kemajuan. Evaluasi sumatif berfokus pada perubahan perilaku Pasien dan status kesehatan Pasien di akhir asuhan keperawatan.

Pada Pasien 1, ditemukan 4 diagnosa keperawatan yaitu : ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resisten insulin teratasi, ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi kompleks atau lama teratasi, Ketidakseimbangan Elektrolit berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

teratasi, risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan Ketidakmampuan Mencerna Makanan teratasi.

Pada Pasien 2, ditemukan 4 diagnosa keperawatan yaitu: ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resisten insulin teratasi, ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi kompleks atau lama teratasi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (Pasca Stroke) teratasi, dan Ketidakseimbangan Elektrolit berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (DM tipe II) teratasi.

Berdasarkan data yang telah dipaparkan diatas, tidak ada kesenjangan yang muncul pada diagnosa utama yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resisten insulin. Hal ini dikarenakan hasil lab urine lengkap yang menunjukkan dalam rentang normal. Dengan kata lain pada kriteria hasil telah tercapai

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah penulis membahas secara keseluruhan tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo maka penulis menyimpulkan sebagai berikut :

5.1. Kesimpulan

1) Pengkajian

Diabetes Melitus Tipe II adalah kondisi tidak menular yang terjadi karena gaya hidup yang tidak sehat, faktor genetik (riwayat keluarga), dan penuaan. Manifestasi klinis yang dialami oleh Pasien 1 dan Pasien 2 serupa, antara lain mual, muntah, polidipsi (sering merasa haus), dan didukung oleh hasil pemeriksaan pendukung lainnya. Namun, ada perbedaan antara Pasien 1 dan Pasien 2, di mana Pasien 2 mengalami kondisi pasca stroke yang disebabkan oleh hipertensi.

2) Diagnosis

Berdasarkan data diagnostik keperawatan yang telah disajikan sebelumnya, diagnosis utama dalam studi kasus ini adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah yang berhubungan dengan resistensi insulin. Diagnosis ini berhasil diatasi pada Pasien 1 dan Pasien 2.

3) Perencanaan

Diabetes Melitus Tipe II dengan kadar glukosa darah yang tidak stabil karena resistensi insulin adalah diagnosis utama yang telah ditetapkan berdasarkan rencana tindakan yang tepat pada Pasien 1 dan Pasien 2. Rencana ini mempertimbangkan tahapan teoritis dengan memprioritaskan masalah, menetapkan kriteria hasil, dan merumuskan tujuan yang sesuai.

4) Tindakan

Pelaksanaan dilakukan dalam jangka waktu 3x24 jam atau selama 3 hari. Selama implementasi, intervensi yang direncanakan diterapkan. Kedua pasien juga menerima terapi yang disesuaikan dengan kondisi mereka, termasuk terapi non-farmakologis seperti latihan kaki untuk diabetes mellitus dan latihan rentang otot progresif (ROM).

5) Evaluasi

Para penulis menyimpulkan bahwa berdasarkan informasi yang disajikan sebelumnya, diagnosis utama mengenai ketidakstabilan kadar glukosa darah yang terkait dengan resistensi insulin dapat diselesaikan.

5.2. Saran

a. Manfaat Untuk Institusi Pendidikan

   Diharapkan meningkatkan kemampuan mahasiswa dan mahasiswi dalam mengembangkan proses pembelajaran terkait dengan asuhan keperawatan yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah

b. Manfaat Untuk Perawat

   Dapat memberikan asuhan keperawatan yang optimal dan mencegah komplikasi lebih lanjut pada Diabetes Melitus Tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan penanganan atau pemberian asuhan keperawatan yang tepat.

c. Manfaat Untuk Rumah Sakit

   Manfaat praktik tentan penulisan karya tulis ilmiah bagi rumah sakit adalah dapat dijadikan sebagai referensi dalam asuhan keperawatan pada pasien khususnya yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah

d. Manfaat Untuk Penulis Selanjutnya

   Manfaat bagi penulis selanjutnya diharapkan agar dapat menjadi referensi dan berkontribusi dalam mencegah menurunkan angka kejadian Diabetes Melitus Tipe II

e. Manfaat Untuk Pasien Dan Keluarga

Manfaat bagi pasien dan keluarga adalah memberikan gambaran umum untuk memahami dan mengetahui tentang penyakit Diabetes Melitus Tipe II yang pada akhirnya dapat meningkatkan kesadaran untuk mencegah faktor lain yang dapat menyebabkan ketidakstabilan kadar glukosa darah.

DAFTAR PUSTAKA

American Diabetes Association , 2022. *Standar Of Care In Diabetes To Guide Prevention, Diagnosis, And Treatment For People Living With Diabetes.* Available at: https://diabetes.org/newsroom/american-diabetes-association-2023-standards-care-diabetes-guide-for-prevention-diagnosis-treatment-people-living-with-diabetes
[Access Selasa, 12 Maret 2024].

Aprilia ,N., Ariyani .D.A & Hidayatin., 2018. Pengaruh rebusan buncis terhadap gula darah pada penderita diabetes melitus di kelurahan Tukang kayu Sobo Banyuwangi. *Jurnal Kesehatan,* Volume IV(15), pp. 122-135.

Budiono, 2016. *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Konsep Dasar Keperawatan.* Edisi I ed. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Depkes,. R., 2020. *Badan Penulisan dan Pemengmbangan Kementerian Kesehatan RI.* Edisi III ed. Jakarta: Kesehatan RI.

Dinarti & Mulyanti. Y, 2017. *Dokumentasi Keperawatan.* Edisi I ed. Jakarta: Kemenkes RI.

Doenges, 2020. *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman Asuhan Pasien Anak Dan Dewasa.* Edisi 1 ed. Jakarta: PT. Gramedia Jakarta.

Hardianto. D, 2020. *Telaah Komprehensif Diabetes Mellitus : Klasifikasi, Gejala, Diagnosis, Pencegahan, Dan Pengobatan.* Edisi 1 ed. Jakarta: Bioteknologi Dan Biosains Indonesia.

Info DATIN, 2020. Diabetes Mellitus Adalah Masalah Kita. Jum'at, 05 Agustus, pp. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1131/diabetes-melitus-adalah-masalah-kita.

Internasional Diabetes Federation (IDF), 2022. IDF Diabetes Atlas : Global, Regional and Country Diabetes Prevalence Estimates For 2021 and Projections for 2045. *Journal Diabetes Research and Clinical Practice,* Volume III(10), pp. 110-115.

International Diabetes Federation (IDF), 2021. Diabetes Around The World. *Number of adults (20-79 years) with diabetes world wide* , 10(https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/11/IDFDA10-global-fact-sheet.pdf.), pp. 63-69.

Irwasyah,I., & Kasim, I. S., 2021. Identifikasi Keterkaitan Lifestyle Dengan Risiko Diabetes Mellitus. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada* , 10(1)(https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i1.511), pp. 62-69.

Kondoy, E. et al, 2017. Peran Tenaga Medis Dalam Pelaksanaan Program Universal Coverage Di Puskesmas Bahu Kota Manado. *Jurnal Unsrat,* Volume III(20), pp. 50-65.

Loscalzo J, S.A, 2019. *Diabetes Mellitus. The Brigham Intensive Review of Internal Medicine.* Edition 13 ed. USA: Elsevier.

Manurung. N, 2018. *Keperawatan Medikal Bedah Konsep, Mind Mapping Dan NANDA NIC NOC.* Edisi I ed. Jakarta: PT. Gramedia .

Maria, 2021. *Asuhan Keperawatan Diabets Mellitus.* Available at: https://www.google.co.id/books/edition/Asuhan_Keperawatan_Diabetes_Mellitus_ [Accessed Selasa, 12 Maret 2024].

Murtiningsih, 2021. *Gaya Hidup Sebagai Faktor Risiko Diabetes Mellitus Tipe 2.* [Online] Available at: https://doi.org/10.35790/ecl.v9i2.32852. [Accessed Selasa, 12 Maret 2024].

Nugraheni, H., Wiyatini, T., & Wiradona, I., 2018. *Kesehatan Masyarakat Determinan Sosial Budaya.* Edisi II ed. Yogyakarta: Deepublish.

Nurarif. A. H & Kusuma, H, 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc.* Edisi I ed. Yogyakarta: Mediaction Publishing.

Nursalam, 2016. *Metodologi Penulisan Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis.*. Edisi 1 ed. Jakarta: Salemba Medika.

Paduch et al., 2017. Effects of exercise on glycemic and body mass in type 2 Diabetes Mellitus. *a meta-analysis of contolled clinical trialse,* Volume IV(10 (2)), pp. 1218-1227.

PERKENI, 2020. Pedoman Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal Kesehatan,* Volume V(13), pp. 40-55.

Pokja SDKI DPP PPNI Grup , 2022. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Indikator Diagnostik.* Edisi III ed. Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia .

PPNI, SDKI, 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Indikator Diagnostik.* Edisi I (Cetakan I) ed. Jakarta Selatan: DPP PPNI.

PPNI, SDKI, 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.* Edisi I (cetakan II) ed. Jakarta Selatan: DPP PPNI.

PPNI, SIKI, 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Tindakan Keperawatan.* Edisi I (Cetakan II) ed. Jakarta Selatan: DPP PPNI.

PPNI, SLKI, 2022. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan.* Edisi I (Cetakan III) ed. Jakarta Selatan: DPP PPNI.

Prasetya, G., 2018. Penerapan Manajemen Nutrisi Untuk Mengontrol Glukosa Darah Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Di RSU Bahtramasa. *Jurnal Kesehatan,* Volume 10(2), pp. 70-71.

Pudiastuti, R & Dewi , 2017. *Penyakit-Penyakit Mematikan.* Edisi 1 ed. Yogyakarta: Nuha Medika.

Susanto. P, 2022. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus.* Edisi 1 ed. Jakarta: PT. Gramedia .

Tandra, 2020. *Dari Diabetes Menuju Kaki.* Edisi I ed. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Umum.

World Health Organization (WHO), 2016. *Media Centre Diabetes Mellitus.* Edisi X ed. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Umum.

World Organization Health (WHO) , 2023. *Diabetes Mellitus.* Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes [Accessed Selasa, 12 Maret 2024].

Lampiran 1

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENULISAN

1. Kami adalah Penulis berasal dari Universitas MH Thamrin program studi DIII Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dengan Penulisan yang berjudul Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami Diabetes Melitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo
2. Tujuan dari Penulisan studi kasus ini adalah Penulis mampu melakukan atau melaksanakan asuhan keperawatan pada Pasien yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo yang dapat memberikan manfaat berupa mampu membantu percepat masa penyembuhan Pasien, menambah pengetahuan Pasien agar dapat melakukan pencegahan untuk diri sendiri dan orang lain di sekitarnya agar tidak terkena diabetes melitus tipe II. Penulisan ini akan berlangsung selama 6 hari mulai dari tanggal 19 Februari – 24 Februari 2024.
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung lebih kurang 20-30 menit. Cara ini mungkin menyebabkan tidak nyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena Penulisan ini untuk kepentingan pengembangan asuhan atau pelayanan keperawatan
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam ke ikut sertaan anda pada Penulisan ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan atau tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan Penulisan ini, silakan menghubungi Penulis pada nomor Hp 085211511052

PENULIS

Ellen Marchelia Putri

Lampiran 2

INFORMED CONSENT

Persetujuan Menjadi Partisipan

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai study kasus yang akan dilakukan oleh Ellen Marchelia Putri dengan judul Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada study kasus ini secara sukarela tanpa paksaan, bila selama Penulisan ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apa pun

Jakarta, 20 Februari 2024

Saksi

…….

Yang memberikan persetujuan

…….....

Jakarta, 20 Februari 2024

Penulis

…….

Lampiran 3

INFORMED CONSENT

Persetujuan Menjadi Partisipan

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai study kasus yang akan dilakukan oleh Ellen Marchelia Putri dengan judul Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada study kasus ini secara sukarela tanpa paksaan, bila selama Penulisan ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apa pun

Jakarta, 22 Februari 2024

Saksi

…….

Yang memberikan persetujuan

…….....

Jakarta, 22 Februari 2024

Penulis

…….

Lampiran 4

Nama Mhs : _____

NIM : _____

DIII KEPERAWATAN

UNIVERSITAS MH THAMRIN

ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

A. PENGKAJIAN

Tanggal Pengkajian : .....
Tanggal Masuk : .....

Ruang/ Kelas : .....

Nomor Register : .....
Diagnosa Medis : .....

1. Identitas Pasien

Nama Pasien : .....

Jenis kelamin : .....

Usia : .....

Status Perkawinan : .....

Agama : .....

Suku bangsa : .....

Pendidikan : .....

Bahasa yang digunakan .....

Pekerjaan .....

Alamat : .....

Sumber biaya (Pribadi, Perusahaan, Lain-lain) : .....

Sumber Informasi (Pasien / Keluarga) : .....

2. Resume

(Ditulis sejak Pasien masuk rumah sakit sampai dengan sebelum pengkajian dilakukan meliputi : data fokus, masalah keperawatan, tindakan keperawatan mandiri serta kolaborasi dan evaluasi secara umum)

3. Riwayat Keperawatan :

a. Riwayat kesehatan sekarang.

1) Keluhan utama :

2) Kronologis keluhan

a) Faktor pencetus : ……

b) Timbulnya keluhan : ( ) Mendadak ( ) Bertahap

c) Lamanya : ……

d) Upaya mengatasi : ……

b. Riwayat kesehatan masa lalu.

1) Riwayat Penyakit sebelumnya (termasuk kecelakaan) :

2) Riwayat Alergi (Obat, Makanan, Binatang, Lingkungan) :

……

3) Riwayat pemakaian obat :

……

c. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram dan Keterangan tiga generasi dari Pasien)

d. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor risiko

……

……

e. Riwayat Psikososial dan Spiritual.

1) Adakah orang terdekat dengan Pasien :

……

2) Interaksi dalam keluarga : a) Pola Komunikasi :

b) Pembuatan Keputusan :

c) Kegiatan Kemasyarakatan :

3) Dampak penyakit Pasien terhadap keluarga :

……

4) Masalah yang mempengaruhi Pasien :

……

5) Mekanisme Koping terhadap stres

( ) Pemecahan masalah ( ) Minum obat

( ) Makan ( ) Cari pertolongan

( ) Tidur ( ) Lain-lain (Misal : marah, diam)

6) Persepsi Pasien terhadap penyakitnya

a) Hal yang sangat dipikirkan saat ini :.....

b) Harapan setelah menjalani perawatan :.....

c) Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit :.....

7) Sistem nilai kepercayaan :

a) Nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan :

.....

b) Aktivitas Agama/Kepercayaan yang dilakukan :

8) Kondisi Lingkungan Rumah

(Lingkungan rumah yang mempengaruhi kesehatan saat ini) :

.....

9) Pola kebiasaan

HAL YANG DIKAJI	**POLA KEBIASAAN**	
	Sebelum Sakit / sebelum di RS	**Di Rumah sakit**
1. Pola Nutrisi		
a. Frekuensi makan :..... X / hari	.....	.....
b. Nafsu makan : baik/tidak	.....	.....
Alasan :.....(mual, muntah, sariawan)	.....	.....
c. Porsi makanan yang dihabiskan	.....	.....
d. Makanan yang tidak disukai	.....	.....
e. Makanan yang membuat alergi	.....	.....
f. Makanan pantangan	.....	.....
g. Makanan diet	.....	.....
h. Penggunaan obat-obatan sebelum makan	.....	.....
i. Penggunaan alat bantu (NGT, dll.)		

2. Pola Eliminasi		
a. B.a.k. :		……
1) Frekuensi : ……. X / hari	……	……
2) Warna : …….	…….	……
3) Keluhan : …….	……	……
4) Penggunaan alat bantu (kateter, dll.)	……	……
b. B.a.b :	……	……
1) Frekuensi :…… X / hari	……	……
2) Waktu :	……	……
(Pagi / Siang / Malam / Tidak tentu)	……	……
3) Warna : …….	……	……
4) Konsistensi : …….	……	……
5) Keluhan : …….	…….	…….
6) Penggunaan Laxatif : …….	……	…….
3. Pola Personal Higiene	……	……
a. Mandi	……	……
1) Frekuensi :…… X / hari	……	……
2) Waktu : Pagi/ Sore/ Malam	…….	……
b. Oral Higiene	……	……
1) Frekuensi :…… X / hari	……	……
2) Waktu : Pagi / Siang/ Setelah makan	……	……
c. Cuci rambut	……	……
1) Frekuensi :…… X / minggu	……	……

4. Pola Istirahat dan Tidur a. Lama tidur siang : …. Jam / hari b. Lama tidur malam : …. Jam / hari c. Kebiasaan sebelum tidur : …….. 5. Pola Aktivitas dan Latihan. a. Waktu bekerja : Pagi/Siang/Malam b. Olah raga : ( ) Ya ( ) Tidak c. Jenis olah raga : …… d. Frekuensi olahraga : … X / minggu e. Keluhan dalam beraktivitas (Pergerakan tubuh /mandi/ Mengenakan pakaian/ Sesak setelah beraktivitas dll.) 6. Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan a. Merokok : Ya / Tidak 1) Frekuensi : …….. 2) Jumlah : …….. 3) Lama Pemakaian : …….. b. Minuman keras / NABZA: Ya / Tidak 1) Frekuensi : …….. 2) Jumlah : …….. 3) Lama Pemakaian : ……..	…… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	…… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……

4. Pengkajian Fisik :

a. Pemeriksaan Fisik Umum :

1) Berat badan : ……Kg (Sebelum Sakit : ……Kg)

2) Tinggi Badan : ……cm

3) Keadaan umum : ( )Ringan ( ) Sedang ( ) Berat

4) Pembesaran kelenjar getah bening :( ) Tidak

( ) Ya, Lokasi……..

b. Sistem Penglihatan :

1) Posisi mata : ( ) Simetri ( ) Asimetris

2) Kelopak mata : ( ) Normal ( ) Ptosis

3) Pergerakan bola mata : ( ) Normal ( ) Abnormal

4) Konjungtiva : ( ) Merah muda ( ) Anemis ( ) Sangat Merah

5) Kornea : ( ) Normal ( ) Keruh/ berkabut

( ) Terdapat Perdarahan

6) Sklera : ( ) Ikterik ( ) Anikterik

7) Pupil : ( ) Isokor ( ) Anisokor

( ) Midriasis ( ) Miosis

8) Otot-otot mata : ( ) Tidak ada kelainan ( ) Juling keluar

( ) Juling ke dalam ( ) Berada di atas

9) Fungsi penglihatan : ( ) Baik ( ) Kabur

( ) Dua bentuk / diplopia

10) Tanda-tanda radang : ……

11) Pemakaian kaca mata : ( ) Tidak (Ya) Jenis……

12) Pemakaian lensa kontak : ……

13) Reaksi terhadap cahaya :

c. Sistem Pendengaran :

1) Daun telinga : ( ) Normal ( ) Tidak, Kanan/kiri……

2) Karakteristik serumen (warna, konsistensi, bau) : .....

3) Kondisi telinga tengah : ( ) Normal ( ) Kemerahan
( ) Bengkak ( ) Terdapat lesi

4) Cairan dari telinga : ( ) Tidak ( ) Ada,……
( ) Darah, nanah dll.

5) Perasaan penuh di telinga : ( ) Ya ( ) Tidak

6) Tinitus : ( ) Ya ( ) Tidak

7) Fungsi pendengaran : ( ) Normal ( ) Kurang
( ) Tuli, kanan/kiri ……

8) Gangguan keseimbangan: ( ) Tidak ( ) Ya,……

9) Pemakaian alat bantu : ( ) Ya ( ) Tidak

d. Sistem Wicara : ( ) Normal ( ) Tidak
( ) Aphasia ( ) Aphonia
( ) Dysartria ( ) Dysphasia
( ) Anarthia

e. Sistem Pernafasan :

1) Jalan nafas : ( ) Bersih
( ) Ada sumbatan; ……..

2) Pernafasan : ( ) Tidak Sesak ( ) Sesak
3) Menggunakan otot bantu pernafasan : ( ) Ya ( ) Tidak

4) Frekuensi : ……. x / menit

5) Irama : ( ) Teratur ( ) Tidak teratur

6) Jenis pernafasan : ……..(Spontan, Kausmaull, Cheynestoke, Biot, dll.)
7) Kedalaman : ( ) Dalam ( ) Dangkal
8) Batuk : ( ) Tidak (Ya) ….(Produktif/Tidak
9) Sputum : ( ) Tidak (Ya)....(Putih/Kuning/Hijau)
10) Konsistensi : ( ) Kental ( ) Encer
11) Terdapat darah : ( ) Ya ( ) Tidak

12) Palpasi dada : .....
13) Perkusi dada : .....
14) Suara nafas : ( ) Vesikuler ( ) Ronkhi
( ) Wheezing ( ) Rales
15) Nyeri saat bernafas : ( ) Ya ( ) Tidak
16) Penggunaan alat bantu nafas : ( ) Tidak ( ) Ya

Sistem Kardiovaskuler :

1) Sirkulasi Perifer

a) Nadi ……. x/ menit : Irama : ( ) Teratur ( ) Tidak teratur

Denyut : ( ) Lemah ( ) Kuat

b) Tekanan darah : ……. mm/Hg

c) Distensi vena jugularis : Kanan : ( ) Ya ( ) Tidak

Kiri : ( ) Ya ( ) Tidak

d) Temperatur kulit : ( ) Hangat ( ) Dingin

e) Warna kulit : ( ) Pucat ( ) Cyanosis ( ) Kemerahan

f) Pengisian kapiler : …… detik

g) Edema : ( ) Ya,……. ( ) Tidak

( ) Tungkai atas ( ) Tungkai bawah

( ) Periorbital ( ) muka

( ) Skrotalis ( ) Anasarka

2) Sirkulasi Jantung

a) Kecepatan denyut apikal : …… x/menit

b) Irama : ( ) Teratur ( ) Tidak teratur

c) Kelainan bunyi jantung : ( ) Murmur ( ) Gallop

d) Sakit dada : ( ) Ya ( ) Tidak

1) Timbulnya : ( ) Saat aktivitas ( ) Tanpa aktivitas

2) Karakteristik : ( ) Seperti ditusuk-tusuk

( ) Seperti terbakar ( ) Seperti tertimpa benda berat

3) Skala nyeri : ……

Sistem Hematologi

Gangguan Hematologi :

1) Pucat : ( ) Tidak ( ) Ya
2) Perdarahan : ( ) Tidak ( ) Ya, …..:
( ) Ptechie ( ) Purpura ( ) Mimisan
( ) Perdarahan gusi ( ) Echimosis

Sistem Syaraf Pusat

1) Keluhan sakit kepala :……..(vertigo/migrain, dll)
2) Tingkat kesadaran : ( ) Compos mentis ( ) Apatis
( ) Somnolent ( ) Soporokoma
3) Glasgow Coma Scale(GCS) E : ……., M : ……., V : ……
4) Tanda-tanda peningkatan TIK : ( ) Tidak ( ) Ya,……..:
( ) Muntah proyektil
( ) Nyeri Kepala hebat
( ) Papil Edema
5) Gangguan Sistem persyarafan : ( ) Kejang ( ) Pelo
( ) Mulut mencong ( ) Disorientasi
( ) Polineuritis/ kesemutan
( ) Kelumpuhan ekstremitas
(kanan / kiri / atas / bawah)
6) Pemeriksaan Refleks :
a) Refleks fisiologis : ( ) Normal ( ) Tidak …….
b) Refleks Patologis : ( ) Tidak ( ) Ya ……..

i. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut :

1) Gigi : ( ) Caries ( ) Tidak

2) Penggunaan gigi palsu : ( ) Ya ( ) Tidak

3) Stomatitis : ( ) Ya ( ) Tidak

4) Lidah kotor : ( ) Ya ( ) Tidak

5) Salifa : ( ) Normal ( ) Abnormal

6) Muntah : ( ) Tidak ( ) Ya,…….

a) Isi : ( ) Makanan ( ) Cairan ( ) Darah

b) Warna : ( ) Sesuai warna makanan ( ) Kehijauan

( ) Cokelat ( ) Kuning ( ) Hitam

c) Frekuensi : …….X/ hari

d) Jumlah :……..ml

7) Nyeri daerah perut : ( ) Ya,…… ( ) Tidak

8) Skala Nyeri : ……

9) Lokasi dan Karakter nyeri :

( ) Seperti ditusuk-tusuk ( ) Melilit-lilit

( ) Cramp (Panas/seperti terbakar

( ) Setempat ( ) Menyebar

( ) Berpindah-pindah ( ) Kanan atas

( ) Kanan bawah ( ) Kiri atas

( )Kiri bawah

10) Bising usus : ……..x / menit.

11) Diare : ( ) Tidak ( ) Ya,…….

a) Lamanya : ……. Frekuensi : ……..x / hari.

b) Warna feses : ( ) Kuning ( ) Putih seperti air cucian beras

( ) Cokelat ( ) Hitam ( ) Dempul

c) Konsistensi feses : ( ) Setengah padat ( ) Cair ( ) Berdarah
( ) Terdapat lendir ( ) Tidak ada kelainan

12) Konstipasi : ( ) Tidak ( ) Ya,…….

lamanya : ……. hari

13) Hepar : ( ) Teraba ( ) Tak teraba

14) Abdomen : ( ) Lembek ( )Kembung
( ) Distensi ( )Acites

j. Sistem Endokrin

Pembesaran Kelenjar Tiroid : ( ) Tidak ( ) Ya,
( ) Exoptalmus ( ) Tremor
( ) Diaporesis

Nafas berbau keton : ( ) Ya ( ) Tidak

( ) Poliuri ( ) Polidipsi ( ) Polifagia

Luka Ganggren : ( ) Tidak ( ) Ya, Lokasi……

Kondisi Luka……..

k. Sistem Urogenitalia

Balance Cairan : Intake……ml; Output…….ml

Perubahan pola kemih : ( ) Retensi ( ) Urgency ( ) Disuria
( ) Tidak lampias ( ) Nokturia
( ) Inkontinensia ( ) Anuria

B.a.k : Warna : ( ) Kuning jernih ( ) Kuning kental/coklat
( ) Merah ( ) Putih

Distensi/ketegangan kandung kemih : ( ) Ya ( ) Tidak

Keluhan sakit pinggang : ( ) Ya ( ) Tidak

Skala nyeri : ……

l. Sistem Integumen

Turgor kulit : ( ) Elastis ( ) Tidak elastis

Temperatur kulit : ( ) Hangat ( ) Dingin

Warna kulit : ( ) Pucat ( ) Sianosis ( ) Kemerahan

Keadaan kulit : ( ) Baik ( ) Lesi ( ) Ulkus
( ) Luka, Lokasi……..

( ) Insisi operasi, Lokasi ……..
Kondisi……
( ) Gatal-gatal ( ) Memar/lebam
( ) Kelainan Pigmen
( ) Luka bakar, Grade…….. Presentasi……
( ) Dekubitus, Lokasi……

Kelainan Kulit : ( ) Tidak ( ) Ya, Jenis……..

Kondisi kulit daerah pemasangan Infus :……

Keadaan rambut : - Tekstur : ( ) Baik ( ) Tidak ( ) Alopesia

- Kebersihan : ( ) Ya ( ) Tidak, …….

m. Sistem Muskuloskeletal

Kesulitan dalam pergerakan : ( ) Ya ( ) Tidak

Sakit pada tulang, sendi, kulit : ( ) Ya ( ) Tidak

Fraktur : ( ) Ya ( ) Tidak

Lokasi : ……

Kondisi:…….

Kelainan bentuk tulang sendi : ( ) Kontraktur ( ) Bengkak

( ) Lain-lain, sebutkan : ……

Kelainan struktur tulang belakang:( ) Skoliosis ( ) Lordosis

( ) Kiposis

Keadaan Tonus otot : ( ) Baik ( )Hipotonis
( ) Hipertonik ( ) Atonis

Kekuatan Otot :

… … … …	… … … …
… … … …	… … … …

Data Tambahan (Pemahaman tentang penyakit):

……

……

……

……

5. **Data Penunjang** (Pemeriksaan diagnostik yang menunjang masalah : Lab, Radiologi, Endoskopi dll)

   ……

   .....

   .....

   ……

   .....

   .....

   .....

   .....

6. **Penatalaksanaan** (Terapi/ pengobatan termasuk diet)

   ……

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

7. Data Fokus

Data Subyektif	Data Obyektif

8. Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN (Sesuai Prioritas)

No.	Diagnosa Keperawatan (P&E)	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi	Nama Jelas

C. PERENCANAAN KEPERAWATAN

(Meliputi tindakan keperawatan independen dan interdependen)

Tgl.	No.	Diagnosa Keperawatan (PES)	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Paraf & nama jelas

D. PELAKSANAAN KEPERAWATAN (CATATAN KEPERAWATAN)

Tgl./ Waktu	No. DK.	Tindakan Keperawatan dan Hasil	Paraf dan Nama Jelas

E. E V A L U A S I (CATATAN PERKEMBANGAN)

No. DK.	Hari/Tgl./ Jam	Evaluasi Hasil (SOAP) (Mengacu pada tujuan)	Paraf dan Nama Jelas

Lampiran 5

MATRIK PERBAIKAN HASIL SIDANG KARYA TULIS ILMIAH PROGRAMSTUDI DIII KEPERAWATAN UNIVERSITAS MH THAMRIN

NO	Materi	**Ketua Penguji** Ns. Seven Sitorus M.Kep., S.Kep.MB	**Anggota I** Ibu Ilah Muhafilah., S.Kp., M.Kes.	**Anggota Penguji II** Ns. Anastasia Hardyati., M.Kep.Sp.KMB
1.	Cover Dan Logo	Saran : Pada bagian abstrak ditambahkan daftar pustaka	Tidak Ada	Tidak Ada
2.	BAB I	Tidak Ada	Tidak Ada	Saran : Perhatikan Spasi dan jika dalam satu pemikiran bua satu kalimat saja
3.	BAB II	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
4.	BAB III	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
5.	BAB IV	Saran : Pada pembahasan bagian pengkajian menyesuaikan bahasa yang dipadukan	Tidak Ada	Saran : Pada bagian diagnosa ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi kompleks atau lama (Pasien 1) tambahkan data-datanya
6.	BAB V	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada

Lampiran 6

LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama : Ellen Marchelia Putri

NIM : 1031222092

Pembimbing : Ilah Muhafilah,. S.Kep., M.Kes

Judul KTI :Asuhan Keperawatan Pada Pasien Yang Mengalami Diabetes Melitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo

No.	Hari / Tanggal	Materi Konsultasi	Arahan Pembimbing	TTD Pembimbing
1.	Rabu 21 Februari 2024	Judul	ACC	
2.	Selasa 28 Mei 2024	Kata Pengantar	Perhatikan cara penulisan (typo)	
3.	Selasa 28 Mei 2024	BAB 1	Pada rumusan massalah diganti menjadi prevalensi	
4.	Selasa 28 Mei 2024	BAB 2	Pada perencanaan bagian kriteria hasil di buat narasi agar tidak terlalu banyak	
5.	Selasa 28 Mei 2024	BAB 3	1. Pada Kriteria ekslusi point 2 dan 3 dihapus 2. Pada kriteria inklusi di hapus point 2	
6.	Senin 24 Juni 2024	Abstrak	Metode diganti menjadi : metode deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan	

7.	Senin 24 Juni 2024	Bab 1	Pada bagian rumusan masalah diganti menjadi : Prevalensi diabetes melitus tipe II terus meningkat baik secara global maupun nasional ,demikian juga halnya di RSUD Pasar Rebo penderita DM terus meningkat dan yang dirawat inap dari dari bulan Januari sampai Desember 2023 mencapai 2.803 orang (2,40%). Tingginya prevalensi DM di Indonesia membuat pemerintah berupaya dengan berbagai program untuk menurunkan prevalensi DM mengingat dampaknya yang cukup serius Jika penyakit DM tidak terkendali. Dampak yang ditimbulkan berupa komplikasi baik akut maupun kronis yang berakibat pada munculnya masalah pada berbagai sistem tubuh. Perawat sebagai bagian dari tim kesehatan mempunyai peranan cukup besar	

			dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pasien DM, oleh karena itu penulis ingin mengetahui lebih lanjut bagaimana asuhan keperawatan pasien yang mengalami diabetes melitus tipe II di RSUD Pasar Rebo ?	
8.	Senin 24 Juni 2024	BAB 2	ACC	
9.	Senin 24 Juni 2024	BAB 3	1. Desain Penulisan pada studi kasus diganti menjadi : Studi kasus ini bertujuan untuk memberikan gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe Dengan Teknik pengumpulan data primer melalui wawancara , observasi, pemeriksaan fisik dan data sekunder melalui studi dokumentasi pasien. 2. Pada bagian pemeriksaan fisik dari B6 diganti menjadi pemeriksaan fisik per sistem	

10.	Senin 24 Juni 2024	BAB 4	1. Pada tabel riwayat kesehatan sekarang bagian pemeriksaan fisiknya di hapus 2. Pada tabel kesehatan dahulu tambahkan data apakah riwayat penyakit Pasien terkontrol atau tidak 3. Pada tabel yang telah diberikan ditambahkan data terapi farmakologi sebelum masuk RS 4. Pada tabel pemeriksaan fisik diganti menjadi pemeriksaan fisik per sistem 5. Pada bagian perencanaan, diagnosa ds. do Pasien sesuai dengan buku SDKI dan yang tidak ada di SDKI di hapus datanya serta masukan data penunjang	
19	Sabtu 29 Juni 2024	BAB 4	Pada bagian perubahan pola kesehatan di ganti mengikuti teori pada bab 2, jika pada teori bab 2 kurang maka dapat ditambahkan pada askep	

		BAB 5	perhatikan lagi pada bagian kesimpulan, di ringkas saja	

Lampiran 7

LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama : Ellen Marchelia Putri

NIM : 1031222092

Pembimbing : Ns. Anastasia Hardyati, M.Kep,. Sp. KMB

Judul KTI :Asuhan Keperawatan Pada Pasien Yang Mengalami Diabetes Melitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo

No.	Hari / Tanggal	Materi Konsultasi	Arahan Pembimbing	TTD Pembimbing
1.	Kamis 20 Juni 2024	Cover	ACC	
2.	Kamis 20 Juni 2024	BAB 1	1. Pada latar belakang menambahkan kata sambung pada bagian prevalensi 2. Pada latar belakang upaya pemerintah ditambahkan data di RS tempat mengambil kasus	
3.	Kamis 20 Juni 2024	BAB 2 dan 3	Perhatikan Spasi	
4.	Selasa 02 Juli 2024	BAB 1	Perhatikan Spasi dan jika dalam satu pemikiran buat satu kalimat saja	
5.	Selasa 02 Juli 2024	BAB 4	Pada bab 4 bagian diagnosa ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi kompleks	

			atau lama (Pasien 1) tambahkan data-datanya	
6.	Selasa 02 Juli 2024	BAB 1	Saran : Perhatikan Spasi dan jika dalam satu pemikiran buat satu kalimat saja	
7.	Selasa 02 Juli 2024	BAB 5	Saran : Pada bagian diagnosa ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi kompleks atau lama (Pasien 1) tambahkan data-datanya	
8.	Selasa 02 Juli 2024	BAB 2	Perhatikan Spasi dan jika dalam satu pemikiran buat satu kalimat saja	