



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

KARYA TULIS ILMIAH

DISUSUN OLEH :

SILVI SAFITRI

1031222275

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS MH THAMRIN**

2024



KARYA TULIS ILMIAH

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

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

DISUSUN OLEH :

SILVI SAFITRI

1031222275

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS MH THAMRIN**

2024

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

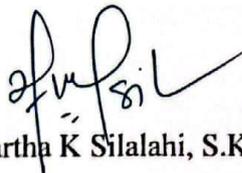
Nama : Silvi Safitri
Nim : 1031222275
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi : Univ MH. Thamrin
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Yang Mengalami Diabetes Melitus Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo

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

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

Mengetahui

Pembimbing Utama



Ns. Martha K Silalahi, S.Kep., M.Kep

Jakarta, 28 Juni 2024

Pembuat pernyataan



Silvi Safitri

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa oleh pembimbing dan telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan tim penguji KTI Program Studi D-III 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 , 28 Juni 2024

Menyetujui

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



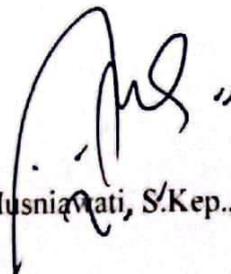
Ns. Martha K Silalahi, S.Kep., M.Kep



Ns. Jamilah, S.Kep., M.Kep

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan
Fakultas Universitas MH Thamrin



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

LEMBAR PENGESAHAN

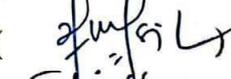
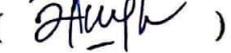
Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh:

Nama : Silvi Safitri
Nim : 1031222275
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Yang Mengalami Diabetes Melitus Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo

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 Sri Suryati, M.Kep., Sp.Kep.MB
Anggota Penguji I : Ns. Martha K Silalahi, S.Kep., M.Kep
Anggota Penguji II : Ns. Jamilah, S.Kep., M.Kep

()
()
()

Ditetapkan di : Jakarta Timur

Tanggal : Selasa , 2 Juli 2024

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah memberikan petunjuk dan rahmat-Nya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Yang Mengalami Diabetes Melitus Tipe II Di RSUD Pasar Rebo". Karya Tulis Ilmiah ini digunakan untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan di Universitas MH Thamrin.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bimbingan dan dukungan serta arahan baik secara langsung maupun tidak langsung dari berbagai pihak, maka pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terimakasih kepada:

1. dr. Daeng Mohammad Faqih, SH., MH selaku Rektor Universitas MH. Thamrin Jakarta.
2. Bapak Atna Permana, M. Biomed, Ph.D selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas MH. Thamrin.
3. Ns. Neli Husniawati, S.Kep., M.Kep, selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Kesehatan Universitas MH. Thamrin Jakarta.
4. Ibu Sri Suryati, Selaku penguji dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah
5. Ns. Martha K Silalahi, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah
6. Ns Jamilah, S.Kep., M.Kep Selaku penguji dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah
7. Kepada ibu saya tercinta Ibu Itoh yang selalu memberikan semangat, bantuan, serta dukungan secara baik dan doa yang selalu dipanjatkan disetiap sholat nya
8. Kepada bapak saya tercinta bapa sahril yang selalu memenuhi kebutuhan saya dan selalu memberikan dukungan serta doa setiap harinya
9. Kepala ruangan bapak Ns akhmad subekhi S.kep., serta staf perawat Ruang Flamboyan yang telah membantu dalam pengambilan kasus pada Karya Tulis Ilmiah ini.

10. Tn. S dan Tn. A yang sudah kooperatif dan bersedia meluangkan waktu serta bisa bekerjasama dalam proses pelaksanaan karya tulis ilmiah ini.
11. Kepada teman-teman terbaik Kia, Risca, Dewi & Hannay yang selama ini telah membantu dari awal mulai perkuliahan sampai akhir dan mensupportku dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini
12. Kepada Fahmi Hazami yang selalu memberikan semangat, support serta bantuan selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini

Penulis Menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karna itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak, sehingga hasil dari penyusunan Karya tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat untuk menambah pengetahuan dari profesi keperawatan.

Jakarta 28 Juni 2024

Penulis



(Silvi Safitri)

DAFTAR ISI

SAMPUL DALAM	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
ABSTRAK	xii
ABSTRACT	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Batasan Masalah.....	3
1.3 Rumusan Masalah.....	3
1.4 Tujuan.....	4
1.4.1 Tujuan Umum.....	4
1.4.2 Tujuan Khusus.....	4
1.5 Manfaat.....	4
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	4
1.5.2 Manfaat Praktis.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Penyakit.....	6
2.1.1 Definisi.....	6
2.1.2 Klasifikasi.....	7
2.1.3 Etiologi.....	8
2.1.4 Patofisiologi.....	8
2.1.5 Manifestasi Klinis.....	10
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang.....	10
2.1.7 Penatalaksanaan.....	11
2.1.8 Komplikasi.....	11

2.2	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.....	12
2.2.1	Pengertian.....	12
2.2.3	Penyebab Ketidakstabilan Gula Darah.....	12
2.2.3	Faktor Resiko	13
2.2.4	Tanda dan gejala ketidakstabilan gula darah.....	13
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan	14
2.3.1	Pengkajian	14
2.3.2	Diagnosa Keperawatan.....	17
2.3.3	Intervensi Keperawatan.....	18
2.3.4	Implementasi	23
2.3.5	Evaluasi	23
BAB III METODE PENELITIAN		25
3.1	Desain Penelitian.....	25
3.2	Batasan Istilah	25
3.3	Partisipan.....	25
3.4	Lokasi dan waktu penelitian.....	26
3.5	Pengumpulan data	26
3.5.1	Wawancara	26
3.5.2	Observasi.....	27
3.5.3	Dokumentasi.....	27
3.6	Uji keabsahan data	27
3.7	Analisa data	27
3.7.1	Data	28
3.7.2	Mereduksi Data	28
3.7.3	Penyajian data	28
3.7.4	Kesimpulan.....	28
3.8	Etik penelitian	28
3.8.1	Informed consent.....	28
3.8.2	Anonymity.....	28
3.8.3	Confidentiality.....	29
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....		30
4.1	Hasil	30
4.1.1	Gambaran lokasi pengambilan data	30

4.1.2	Pengkajian	30
4.1.3	Analisa Data	36
4.1.4	Diagnosa Keperawatan.....	38
4.1.5	Perencanaan Keperawatan.....	40
4.1.6	Pelaksanaan Keperawatan	44
4.1.7	Evaluasi Keperawatan	59
4.2	Pembahasan.....	63
4.2.1	Pengkajian	63
4.2.2	Diagnosa Keperawatan.....	66
4.2.3	Perencanaan Keperawatan.....	67
4.2.3	Pelaksanaan	70
4.2.4	Evaluasi	70
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		72
5.1	Kesimpulan	72
5.2	Saran	73
DAFTAR PUSTAKA.....		75

DAFTAR TABEL

Table 4. 1 Identitas Pasien.....	30
Table 4. 2 Riwayat Penyakit Pasien	31
Table 4. 3 Perubahan Pola Kesehatan Pasien.....	32
Table 4. 4 Pemeriksaan Fisik	33
Table 4. 5 Pemeriksaan Diagnostik.....	35
Table 4. 6 Daftar Obat Yang Dikonsumsi Pasien.....	35
Table 4. 7 Analisa Data	36
Table 4. 8 Diagnosa Keperawatan.....	38
Table 4. 9 Perencanaan Keperawatan.....	40
Table 4. 10 Pelaksanaan Keperawatan	44
Table 4. 11 Evaluasi Keperawatan	59

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	77
Lampiran 2	78
Lampiran 3	80
Lampiran 4	97
Lampiran 5	98
Lampiran 6	99
Lampiran 7	100
Lampiran 8	101
Lampiran 9	102
Lampiran 10	103

Nama : Silvi Safitri

NIM : 1031222275

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Yang Mengalami Diabetes Melitus
Tipe II Di RSUD Pasar Rebo

ABSTRAK

Latar Belakang. Diabetes adalah sekelompok gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemia yang disebabkan oleh defisiensi produksi *insulin*, kerja *insulin* atau keduanya (Sibarani, 2020) Provinsi DKI Jakarta berada di peringkat I untuk kasus diabetes melitus di Indonesia (Riskesdas, 2018). Ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah variasi dimana kadar glukosa darah mengalami kenaikan atau penurunan dari rentan normal yaitu mengalami hiperglikemia atau hipoglikemia (PPNI, 2016). Peran perawat untuk memberikan perawatan intensif pada pengecekan kadar glukosa darah, memberikan edukasi kepada klien dan keluarga klien mengenai kadar glukosa darah dan diabetes melitus, serta memberikan dukungan psikologis bagi klien dan keluarga klien. **Tujuan,** Melakukan Pengkajian, Menetapkan Diagnosis Keperawatan, Mengatur Rencana Keperawatan, Memberi Tindakan Keperawatan dan Meninjau Evaluasi Keperawatan pada klien Diabetes Melitus dengan masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah. **Metode,** Desain penelitian yang digunakan oleh penulis adalah studi kasus deskriptif, serta dengan melakukan wawancara dan pengkajian. **Hasil Pembahasan,** Hasil pengkajian yang ditemukan dari dua kasus dengan diagnosa yang sama yaitu terdapat perbedaan keluhan, antara pasien 1 dan pasien 2 adalah kadar glukosa yaitu pasien 1 memiliki hasil GDS 257 mg/dl dan pasien 2 memiliki hasil GDS: 248 mg/dl ditemukan diagnosa keperawatan tambahan dengan kasus nyata yang didapat pada kedua pasien diabetes melitus. Perencanaan yang digunakan dalam studi kasus pada kedua pasien dengan teori hampir semua intervensi pada setiap diagnosa sesuai dengan kebutuhan pasien Pelaksanaan tindakan kasus ini di pelaksanaan yang bisa dilakukan tindakan kolaborasi pemberian *insulin*. **Kesimpulan,** dari dua pasien tersebut dengan evaluasi terdapat 4 diagnosa keperawatan dari kedua pasien yang telah teratasi dengan baik sesuai rencana yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah

Kata Kunci : Diabetes Melitus Tipe II , Ketidakseimbangan Glukosa, Asuhan Keperawatan

Daftar Pustaka : XVIII (2016 – 2023)

Nama : Silvi Safitri

NIM : 1031222275

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Yang Mengalami Diabetes Melitus
Tipe II Di RSUD Pasar Rebo

ABSTRACT

Background. Diabetes is a group of metabolic disorders characterized by hyperglycemia caused by deficiencies in *insulin* production, *insulin* action or both (Sibarani, 2020). DKI Jakarta Province is ranked first for cases of diabetes mellitus in Indonesia (Riskesdas, 2018). Instability of blood glucose levels is a variation where blood glucose levels experience an increase or decrease from the normal range, namely experiencing hyperglycemia or hypoglycemia (PPNI, 2016). The nurse's role is to provide intensive care in checking blood glucose levels, providing education to clients and the client's family regarding blood glucose levels and diabetes mellitus, as well as providing psychological support for the client and the client's family. **Objectives:** Carrying out assessments, determining nursing diagnoses, arranging nursing plans, providing nursing actions and reviewing nursing evaluations for clients with diabetes mellitus with the problem of unstable blood glucose levels. **Method:** The research design used by the author is a descriptive case study, as well as conducting interviews and assessments. **Discussion Results,** The results of the study found from two cases with the same diagnosis, namely that there were differences in complaints, between patient 1 and patient 2 were glucose levels, namely patient 1 had a GDS result of 257 mg/dl and patient 2 had a GDS result: 248 mg/dl was found additional nursing diagnosis with real cases obtained in both diabetes mellitus patients. The planning used in the case study for the two patients is in theory that almost all interventions for each diagnosis are in accordance with the patient's needs. The implementation of this case action can be carried out in collaboration with *insulin* administration. **Conclusion,** from the two patients with evaluation there were 4 nursing diagnoses from the two patients which had been resolved well according to plan, namely instability of blood glucose levels

Keywords : Diabetes, Glucose Imbalance, Nursing Care

Bibliography : XVIII (2016 – 2023)

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Menurut Punthakee (2018) *Diabetes melitus* adalah kondisi medis yang mengenai metabolisme tubuh, yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa dalam darah yang disebabkan oleh kekurangan *insulin*, resistensi *insulin*, atau kombinasi keduanya, kondisi ini membuat tubuh mengalami kesulitan dalam memanfaatkan glukosa secara efisien. Kadar glukosa darah yang tinggi secara konsisten dapat menyebabkan penyakit serius yang memengaruhi jantung, pembuluh darah, mata, ginjal, saraf, dan gigi (IDF, 2022)

Menurut WHO (2023), diabetes adalah penyakit kronis yang terjadi ketika *pankreas* tidak memproduksi cukup *insulin* atau ketika tubuh tidak dapat menggunakan *insulin* yang dihasilkan secara efektif dan menyebabkan ketidakstabilan kadar glukosa. Sementara menurut Kementerian Kesehatan RI (2022), *diabetes melitus* adalah kondisi kronis yang disebabkan oleh peningkatan kadar gula darah dalam tubuh karena tubuh tidak dapat menghasilkan *insulin* atau menggunakan *insulin* secara efektif. Ketidakstabilan kadar glukosa darah merupakan kondisi ketika kadar glukosa dalam darah mengalami kenaikan atau penurunan dari batas normal dan dapat mengalami hiperglikemi atau hipoglikemi (PPNI, 2018).

Diabetes Melitus merupakan penyakit yang tidak menular, namun di Indonesia *diabetes Melitus* masih menjadi salah satu masalah serius, kondisi ini menunjukkan bahwa *Diabetes Melitus* telah menjadi perhatian yang signifikan dalam konteks kesehatan secara global. Sya'diyah (2020)

Data terbaru dari International Diabetes Federation (IDF) pada tahun (2021) Di Indonesia penderita Diabetes sebanyak 19,46 juta jiwa mengalami peningkatan 81,8% pada tahun 2021, IDF mengatakan bahwa tahun 2030 penderita Diabetes di Indonesia diperkirakan mencapai 23,32 juta jiwa,

Indonesia sebagai negara peringkat kelima di dunia setelah China, India, Pakistan, dan Amerika Serikat. Bahkan, Indonesia merupakan satu-satunya negara di Asia Tenggara yang masuk dalam sepuluh besar negara dengan jumlah kasus terbanyak. Menurut World Health Organisation (2023), prevalasi penderita *Diabetes Melitus* telah mencapai 422 juta orang, dengan 1,5 juta kematian yang disebabkan oleh diabetes setiap tahunnya di negara-negara berkembang, termasuk Indonesia, prevalensi kasus diabetes terus meningkat dalam beberapa tahun terakhir.

Berdasarkan data Riskesda (2018) DKI Jakarta prevalensi DM sebanyak 3,4% dari penduduk sebanyak 10,5 juta jiwa. Kunjungan penyakit tidak menular di Jakarta Timur juga menunjukkan bahwa DM menduduki posisi kedua terbanyak, dengan jumlah kunjungan sebesar 57.190 pada suatu periode tertentu. Data ini diambil dari Sudinkes Jakarta Timur (2021)

Peran perawat dalam mengatasi masalah *Diabetes Melitus* meliputi upaya *promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif*. Upaya *promotif* yang dilakukan adalah promosi kesehatan atau penyuluhan kesehatan kepada masyarakat atau pasien untuk meningkatkan pengetahuan tentang *diabetes melitus* dan lebih peduli dengan kesehatannya.

Upaya *preventif* dilakukan dengan cara menerapkan PHBS (Pola Bersih Hidup Sehat), memperhatikan pola makan (diet diabetes), menganjurkan untuk sering berolahraga sehingga seluruh fungsi tubuh berjalan dengan baik, dan memantau secara rutin gula darah untuk mendeteksi lebih awal.

Upaya *kuratif Diabetes Melitus* yaitu mengatur pola makan sesuai dengan diet DM, melakukan latihan fisik secara teratur dan tepat, mengonsumsi obat atau menyuntikan *insulin* secara teratur sesuai anjuran dokter, memonitor kadar gula darah sesuai petunjuk, melakukan senam kaki jika perlu, mengajarkan perawatan kaki untuk mencegah terjadinya ulkus kaki.

Upaya *rehabilitatif* harus lebih ditingkatkan lagi untuk mengurangi komplikasi yang akan ditimbulkan oleh penyakit *Diabetes Melitus* yaitu dengan cara memberi semangat atau motivasi untuk meningkatkan

perawatan diri, olahraga, minum obat dan kontrol secara rutin, tujuan upaya *rehabilitatif* untuk mrngontrol gula darah, meningkatkan kualitas hidup dan mencegah komplikasi DM.

Berdasarkan hal-hal yang telah dipaparkan di atas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada pasien yang mengalami *Diabetes Melitus* Tipe II dengan ketidakstabilan glukosa dalam darah.

Pengalaman merawat pasien *Diabetes Melitus* Tipe II selama praktik klinik di RS melakukan tindakan mengecek kadar glukosa darah secara rutin dan memberikan obat sesuai anjuran dokter, sekaligus memberi dukungan kepada klien, diperlukan pengetahuan seputar perawatan pasien DM tidak semua penderita DM terdapat luka dan penyakit DM sangat dipengaruhi oleh gaya hidup, perawatan penderita DM dapat dilakukan dengan mengingatkan mereka untuk tidak lupa meminum obat rutin dan menyuntik *insulin* jika perlu.

1.2 Batasan Masalah

Masalah studi kasus ini dibatasi pada asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami *Diabetes Melitus* Tipe II dengan ketidakstabilan glukosa dalam darah yang dilaksanakan Asuhan Keperawatan selama 3x24 jam di RSUD Pasar Rebo.

1.3 Rumusan Masalah

Menurut Sya'diyah (2020). *Diabetes Melitus* termasuk golongan penyakit tidak menular. Di Indonesia DM masih menjadi masalah utama. *Diabetes Melitus* adalah salah satu penyakit yang terus mengalami peningkatan di dunia baik pada negara maju ataupun negara berkembang, sehingga *Diabetes Melitus* sudah menjadi masalah kesehatan global di masyarakat. Berdasarkan data Riskesda (2018) DKI Jakarta prevalensi DM sebanyak 3,4% dari penduduk sebanyak 10,5 juta jiwa.

Berdasarkan pernyataan diatas, penulis ingin lebih mengetahui bagaimana asuhan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II dengan ketidakstabilan glukosa dalam darah

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan pada pasien yang mengalami *Diabetes Melitus* Tipe 2 dengan ketidakstabilan glukosa dalam darah

1.4.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien yang mengalami *Diabetes Melitus* Tipe II dengan ketidakstabilan glukosa dalam darah di RSUD Pasar Rebo.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien yang mengalami *Diabetes Melitus* Tipe II dengan ketidakstabilan glukosa dalam darah di RSUD Pasar Rebo.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien *Diabetes Melitus* Tipe II dengan ketidakstabilan glukosa dalam darah di RSUD Pasar Rebo.
- d. Melakukan tindakan keperawatan pada pasien yang mengalami *Diabetes Melitus* Tipe II dengan ketidakstabilan glukosa dalam darah di RSUD Pasar Rebo.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien yang mengalami *Diabetes Melitus* Tipe II dengan ketidakstabilan glukosa dalam darah di RSUD Pasar Rebo.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan bagi pembaca agar dapat melakukan pencegahan untuk diri sendiri dan orang sekitarnya agar tidak terkena penyakit *Diabetes Melitus* serta sebagai bahan pertimbangan untuk pengembangan pengetahuan terutama tentang pemberian Asuhan

Keperawatan pada klien yang mengalami *Diabetes Melitus* Tipe II dengan ketidakstabilan glukosa dalam darah.

1.5.2 Manfaat Praktis

a. Manfaat Untuk Institusi Pendidikan

Studi kasus ini diharapkan dapat menjadi referensi penelitian selanjutnya, bagi pengembangan ilmu keperawatan terutama dalam asuhan keperawatan pada pasien *Diabetes Melitus* Tipe II dengan ketidakstabilan glukosa dalam darah diruang Flamboyan RSUD Pasar Rebo.

b. Manfaat Untuk Perawat

Dapat memberikan asuhan keperawatan secara baik sesuai dengan kebutuhan pasien untuk mencegah komplikasi lebih lanjut pada kasus *Diabetes Melitus* Tipe II dengan ketidakstabilan glukosa dalam darah.

c. Manfaat Untuk Rumah Sakit

Manfaat praktis tentang karya tulis ilmiah bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan bagi pasien khususnya yang mengalami *Diabetes Melitus* Tipe II dengan Ketidakstabilan glukosa dalam darah.

d. Manfaat Untuk Pasien

Manfaat bagi pasien agar memahami tentang penyakit *Diabetes Melitus* dan memiliki ketrampilan cara diet DM yang benar untuk menurunkan gula darah

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi

Diabetes Melitus (DM) adalah suatu kondisi kronis di mana terjadi peningkatan kadar glukosa dalam darah karena tubuh tidak mampu menghasilkan hormon *insulin* secara efektif. Resistensi *insulin* menyebabkan peningkatan kadar glukosa darah, yang dikenal sebagai hiperglikemia. Jika kondisi ini tidak diatasi dalam waktu yang cukup lama, dapat menyebabkan kerusakan pada organ tubuh, yang pada akhirnya dapat mengakibatkan komplikasi kesehatan serius dan bahkan mengancam jiwa, komplikasi tersebut meliputi gangguan *kardiovaskular*, *neuropati* (kerusakan saraf), *nefropati* (kerusakan ginjal), serta penyakit mata seperti *retinopati* yang dapat menyebabkan kebutaan. (IDF& Fahriza 2019 2017).

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018), *Diabetes Melitus* tipe II merupakan kondisi di mana tubuh mengalami ketidakmampuan dalam memproduksi hormon *insulin* secara optimal, yang mengakibatkan peningkatan kadar gula darah dalam tubuh. Kadar normal gula darah dalam tubuh adalah kurang dari 200 mg/dL untuk kadar gula darah sewaktu (GDS) dan kurang dari 126 mg/dL untuk kadar gula darah puasa (GDP).

Menurut Fahriza (2019) *Diabetes Melitus* merupakan penyakit kronis yang disebabkan oleh kurangnya produksi *insulin* oleh *pankreas* atau ketidakmampuan tubuh dalam menggunakan *insulin* dengan efektif. *Diabetes Melitus* adalah penyakit yang umum di Indonesia, Hal ini menunjukkan bahwa diabetes merupakan masalah kesehatan yang terbanyak di Indonesia dan pengelolaan yang tepat sangatlah penting untuk mencegah komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup penderita diabetes.

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi diabetes menurut Maiti & Bidinger (2018) dibagi dalam 4 jenis:

a. *Diabetes Melitus* Tipe 1

Diabetes Melitus tipe 1 terjadi karena akibat dari penyakit autoimun yang disebabkan oleh destruksi sel beta *pankreas*. Pada *Diabetes Melitus* tipe 1 tubuh sangat sedikit memproduksi *insulin* bahkan tidak bisa sama sekali memproduksi *insulin*. Manifestasi pertama dari penyakit ini adalah ketoasidosis.

b. *Diabetes Melitus* Tipe II

Kegagalan relative sel beta *pankreas* dan resisten *insulin* adalah penyebab *Diabetes Melitus* tipe II. Resisten *insulin* adalah ketidakmampuan *insulin* untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan menghambat produksi glukosa oleh hati. Gejala pada *Diabetes Melitus* tipe II adalah secara perlahan bahkan asimtomatik. Penderita akan berangsur pulih dengan pola hidup sehat seperti mengkonsumsi makanan bergizi seimbang, olah raga dan beraktivitas yang cukup, mengurangi merokok, menghindari stress.

c. *Diabetes Melitus* tipe lain

Diabetes Melitus tipe ini terjadi akibat gangguan metabolik dengan tanda gejala kenaikan kadar gula darah karena faktor genetik fungsi sel beta, efek genetik kerja *insulin*, penyakit endokrin *pankreas*, penyakit metabolik endokrin lain, iatogenik, infeksi virus, penyakit autoimun dan syndrome genetik yang berkaitan dengan penyakit *Diabetes Melitus*. Diabetes ini dipicu oleh bahan kimia atau obat seperti pengobatan HIV/AIDS atau setelah melakukan transplantasi organ.

d. *Diabetes Melitus* Gestasional

Diabetes Melitus yang terjadi selama masa kehamilan, dimana pada masa hamil trimester kedua dan ketiga ditemukan intoleransi glukosa. *Diabetes Melitus* gestasional berhubungan dengan meningkatnya komplikasi perinatal. Penderita *Diabetes Melitus* ini memiliki resiko

lebih besar untuk menderita *Diabetes Melitus* yang menetap dalam jangka waktu 5-10 tahun setelah melahirkan.

2.1.3 Etiologi

Diabetes Melitus dapat terjadi karena tubuh tidak dapat secara optimal menghasilkan *insulin* bahkan kemungkinan karena *pankreas* tidak dapat memproduksi *insulin* dikarenakan beberapa faktor. Penyebab lain dari *Diabetes Melitus* yaitu riwayat keluarga dan pola hidup, yang bisa dilakukan agar terhindar dari *Diabetes Melitus* dengan cara memperbaiki pola hidup dan pola makan karna jika obesitas jaringan lemak dan sel tubuh bersaing ketat akibat dari pola makan tidak sehat, hipertensi salah satu penyebab *Diabetes melitus* karena terlalu sering mengkonsumsi obat-obatan kimia dalam jangka waktu lama seperti beta bloker, kurangnya aktivitas fisik, merokok, dan stress akan mengakibatkan resistensi hormon *insulin* (Fahriza, 2019).

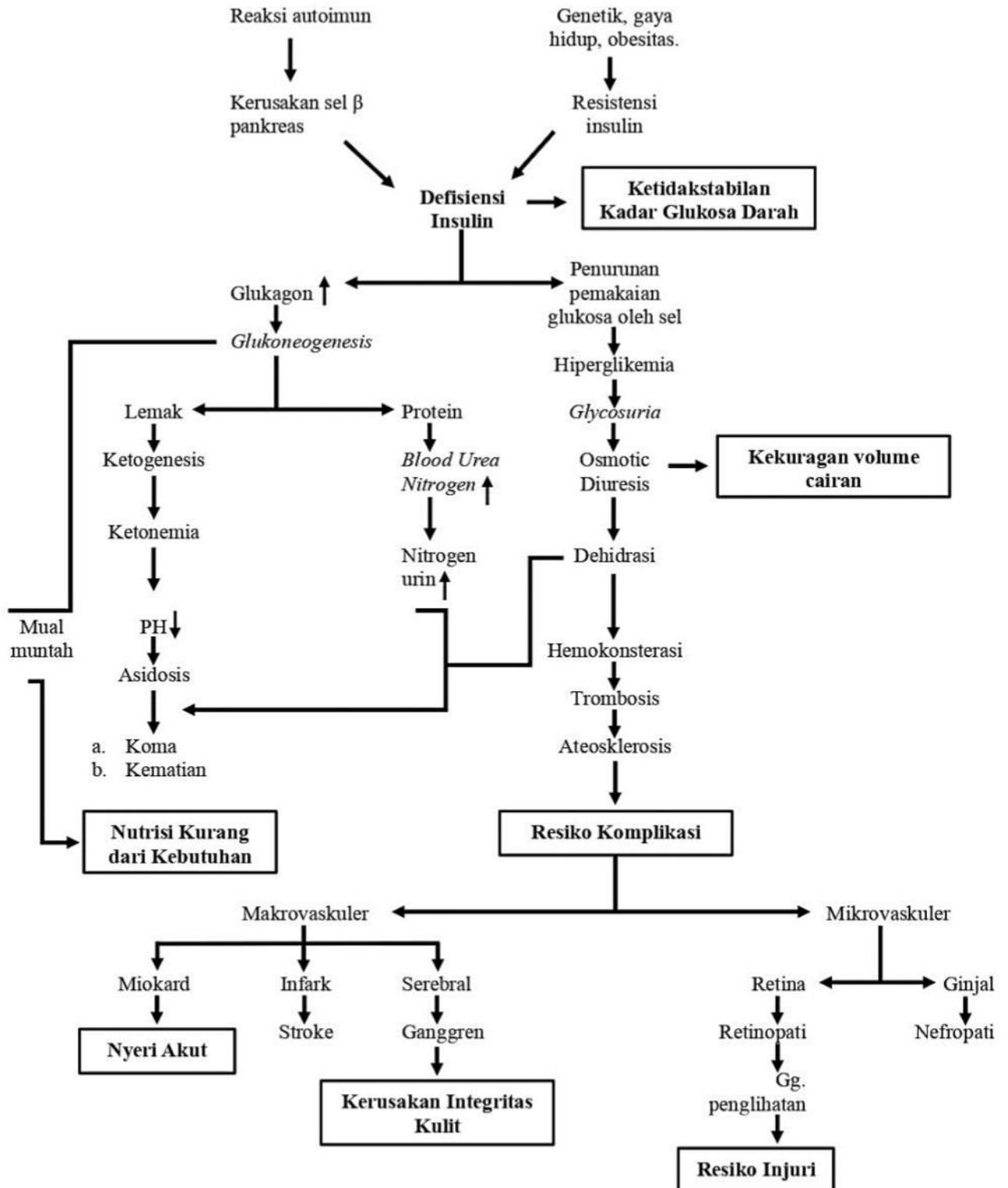
2.1.4 Patofisiologi

Diabetes Melitus tipe II disebabkan karena resistensi *insulin* yaitu sel sel sasaran *insulin* gagal atau tidak mampu merespon *insulin* secara normal. Keadaan ini disebut sebagai resistensi *insulin*. Obesitas dan kurangnya aktivitas fisik serta penuaan menjadi penyebab terjadinya resistensi *insulin*. *Glukosa hepatic* yang berlebihan juga dapat diproduksi pada penderita *Diabetes Melitus* Tipe II namun tidak terjadi pengrusakan sel-sel B langerhans, secara autoimun seperti *Diabetes Melitus* tipe II. Pada penderita *Diabetes Melitus* tipe II dapat terjadi defisiensi fungsi *insulin* tetapi hanya bersifat relatif dan tidak absolut. Pada awal perkembangan DM tipe II, sel B menunjukkan gangguan pada sekresi utama, artinya sekresi *insulin* gagal mengkompensasi resistensi *insulin*, ada perkembangan selanjutnya akan terjadi kerusakan sel-sel B *pankreas*.

Akibat dari kerusakan sel-sel B *pankreas* yang terjadi secara progresif menyebabkan defisiensi *insulin*, sehingga akhirnya penderita memerlukan *insulin eksogen*. Keadaan lain dari penderita *Diabetes Melitus* tipe II adalah penurunan sensitivitas tubuh terhadap *insulin* yang disebabkan oleh keadaan

stress karena keadaan stress dapat merangsang kenaikan hormon kortisol sedangkan hormon kortisol menyebabkan sensitivitas tubuh terhadap *insulin* menjadi menurun. (Sataloff et al., 2019).

Gambar 2. 1 Pathway Diabetes Melitus (Padila 2019)



2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Kemenkes (2019) tanda dan gejala *Diabetes Melitus* :

Gejala Utama Klasik:

- a. Sering Kencing (*Poliuri*)
- b. Cepat Lapar (*Polifagia*)
- c. Sering Haus (*Polidipsi*)

Gejala Tambahan

- a. Penurunan berat badan secara cepat tanpa penyebab yang jelas
- b. Bisul yang hilang timbul
- c. Kesemutan
- d. Gatal di daerah kemaluan wanita
- e. Penglihatan kabur
- f. Cepat lelah
- g. Keputihan pada wanita
- h. Luka sulit sembuh
- i. Mudah mengantuk
- j. Impotensi pada pria

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan glukosa darah secara enzimatis dengan bahan plasma darah vena ataupun kapiler tetap dapat dipergunakan dengan cara memperhatikan angka-angka kriteria diagnostik. Untuk tujuan pemantauan hasil pengobatan dapat dilakukan dengan menggunakan pemeriksaan glukosa darah kapiler. Pemeriksaan juga harus mengamati adanya tanda gejala *Diabetes Melitus* seperti *poliuria*, *polidipsia*, *polifagia*, dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya. Tanda dan gejala lain seperti lemas, kesemutan, gatal, mata kabur, disfungsi ereksi pada pria, serta pruritus vulvae pada wanita. Diagnosis *Diabetes Melitus* dapat ditegakkan melalui pemeriksaan darah vena dengan sistem enzimatis dengan hasil GDP \geq 126 mg/dl dan GDS \geq 200 mg/dl (Kemenkes RI, 2018).

2.1.7 Penatalaksanaan

Tujuan dari penatalaksanaan *Diabetes Melitus* adalah menormalkan atau menstabilkan kadar glukosa darah tanpa menjadikan pasien hipoglikemia maupun gangguan serius pada pola aktivitas pasien (Fahriza, 2019).

a. Diet

Tujuannya memperbaiki kesehatan umum, mempertahankan kadar gula darah normal, menekan timbulnya angiopati diabetik

b. Aktivitas fisik

Tujuannya untuk mencegah kegemukan (obesitas), meningkatkan kepekaan *insulin* atau mengurangi resistensi *insulin* pada penderita dengan obesitas, memperbaiki aliran darah perifer dan mempermudah suplai oksigen

c. Penyuluhan Kesehatan

Memberikan penyuluhan kesehatan tentang Diabetes Melitus Tipe II dengan berbagai cara seperti memberikan pendidikan kesehatan, membuat brosur tujuannya memberikan edukasi tentang *Diabetes Melitus*

d. Obat

Pengobatan menggunakan farmakologis seperti menggunakan obat-obatan seperti *insulin* dengan cara suntik subkutan, pemberian obat oral anti diabetes (OAD).

e. Cara Non Farmakologis

Terdapat beberapa cara terapi non farmakologis seperti relaksasi otot progresif, relaksasi nafas dalam, yang bertujuan membuat tubuh menjadi rileks sehingga membantu menstabilkan kadar gula darah.

2.1.8 Komplikasi

Menurut Kemenkes (2019) Komplikasi yang terkait dengan *Diabetes Melitus* berkembang secara progresif seiring waktu. Ketika kadar gula darah tinggi dalam aliran darah dalam jangka waktu yang lama, ini dapat memengaruhi berbagai sistem tubuh termasuk pembuluh darah, saraf, mata, ginjal, dan sistem kardiovaskular. Komplikasi yang mungkin timbul

meliputi serangan jantung, stroke, infeksi kaki yang parah yang dapat menyebabkan gangren dan bahkan amputasi, gagal ginjal tahap akhir, serta disfungsi seksual.

Dalam rentang waktu sekitar 10-15 tahun setelah diagnosis diabetes, prevalensi semua komplikasi diabetes cenderung meningkat secara cepat. Hal ini menunjukkan pentingnya pengelolaan diabetes yang baik serta pencegahan komplikasi dengan mengontrol kadar gula darah, mengikuti pola makan sehat, menjaga berat badan yang sehat, berolahraga secara teratur, dan mengikuti perawatan medis yang direkomendasikan.

2.2 Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

2.2.1 Pengertian

Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah pada pasien *Diabetes Melitus* disebabkan oleh disfungsi *pankreas*, resistensi *insulin*, dan disfungsi hati. Sedangkan penurunan kadar glukosa darah (*hipoglikemia*) bisa dipicu oleh penggunaan *insulin* atau obat glikemik oral, *hiperinsulinemia*, endokrinopati, disfungsi hati, disfungsi ginjal kronis, efek agen farmakologis, tindakan pembedahan *neoplasma*, dan gangguan metabolik bawaan. PPNI (2018)

2.2.3 Penyebab Ketidakstabilan Gula Darah

Hiperglikemia adalah kondisi dimana *Diabetes Melitus* (DM) pada tubuh pasien tidak terkontrol, sehingga kadar glukosa darah sangat tinggi hingga mencapai >300 mg/dL. Melihat dampak yang ditimbulkan tersebut, penting bagi masyarakat untuk mulai memperhatikan konsumsi gula dan mengetahui gejala dari *hiperglikemia*. Ketidakstabilan kadar glukosa darah (*hipoglikemia*) biasanya muncul pada pasien *diabetes melitus* yang bertahun-tahun. Keadaan ini terjadi karena mengonsumsi makanan sedikit atau aktivitas fisik yang berat. PPNI (2017)

2.2.3 Faktor Resiko

Faktor Resiko DM menurut PPNI (2017)

- a. Asuapan diet tidak cukup
- b. Gangguan status kesehatan
- c. Gangguan status mental
- d. Kehamilan
- e. Keterlambatan perkembangan kognitif
- f. Kurang pengetahuan tentang manajemen penyakit
- g. Manajemen diabetes tidak tepat
- h. Manajemen medikasi tidak efektif
- i. Pemantauan glikosa darah tidak adekuat
- j. Penambahan berat badan berlebihan

2.2.4 Tanda dan gejala ketidakstabilan gula darah

Tanda dan gejala ketidakstabilan kadar glukosa di bagi menjadi 2 yaitu Hiperglikemia dan hipoglikemia (SDKI, 2017).

- a. Penyebab hiperglikemia
 1. Disfungsi *pankreas*
 2. Resistensi *insulin*
 3. Gangguan toleransi glukosa darah
 4. Gangguan glukosa darah puasa
- b. Penyebab hipoglikemia
 1. Penggunaan *insulin* atau obat glikemik oral
 2. *Hiperinsulinemia*
 3. *Endokrinopati*
 4. Disfungsi hati
 5. Efek agen farmakologis
 6. Tindakan pembedahan neoplasma
 7. Gangguan metabolik bawaan
- c. Gejala dan tanda mayor
 1. Hiperglikemia
Subjektif : Lelah dan lesu

Objektif : Kadar glukosa dalam darah atau urin tinggi

2. Hipoglikemia

Subjektif : Mengantuk dan pusing

Objektif : Gangguan koordinasi dan kadar glukosa dalam darah rendah

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian memiliki peran penting dalam tahap utama pemberian asuhan keperawatan, yang umumnya dilakukan untuk memastikan kesejahteraan pasien secara berkelanjutan, data pengkajian ini dikumpulkan secara sengaja dalam proses keperawatan, pengkajian harus dilakukan secara komprehensif memperhatikan aspek fisik, mental, sosial, dan spiritual. Floranty (2023)

a. Identitas Pasien

Memasukan Identitas Pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk RS.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama yang biasanya dirasakan oleh Pasien Diabetes Mellitus yaitu badan terasa sangat lemas sekali disertai dengan penglihatan kabur, sering kencing (*poliurua*), banyak makan (*polifagia*), banyak minum (*polidipsi*)

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan dominan yang dialami Pasien adalah munculnya gejala sering buang air kecil (*poliuria*), sering merasa lapar dan haus (*polifagi* dan *polidipsi*), rasa kesemutan pada kaki, penglihatan semakin kabur.cepat merasa mengantuk dan mudah lelah, serta sebelumnya Pasien mempunyai berat badan berlebih

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat Penyakit Sebelumnya Adanya riwayat penyakit DM atau penyakit-penyakit lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin

misalnya penyakit *pankreas* Adanya riwayat penyakit jantung, obesitas, maupun arterosklerosis, tindakan medis yang pernah didapat maupun obat-obatan yang biasa digunakan oleh penderita.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Dari keluarga biasanya terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita DM atau penyakit keturunan yang dapat menyebabkan terjadinya defisiensi *insulin* misalkan hipertensi, jantung

f. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum: Keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan dan tanda tanda vital. Biasanya pada penderita diabetes didapatkan berat badan yang diatas normal/obesitas
2. Tanda-tanda vital: Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, apakah ada pembesaran pada leher, kondisi mata, hidung, mulut dan apakah ada kelainan pada pendengaran. Biasanya pada penderita diabetes mellitus ditemui penglihatan yang kabur / ganda serta diplopia dan lensa mata yang keruh, telinga kadang-kadang berdenging, lidah sering terasa tebal, ludah menjadi lebih kental, gigi mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah.
3. Sistem pernapasan: Dikaji adakah sesak nafas, batuk, sputum, nyeri dada. Biasanya pada penderita *diabetes melitus* mudah terjadi infeksi pada sistem pernafasan.
4. Sistem Integumen: Biasanya pada penderita *diabetes melitus* akan ditemui turgor kulit menurun, kulit menjadi kering dan gatal. Jika ada luka atau maka warna sekitar luka akan memerah dan menjadi warna kehitaman jika sudah kering. Pada luka yang susah kering biasanya akan menjadi ganggren.
5. Sistem *Kardiovaskuler*: Pada penderita *diabetes melitus* biasanya akan ditemui perfusi jaringan menurun, nadi perifer lemah atau berkurang, takikardi atau bradikardi, hipertensi atau hipotensi, aritmia, kardiomegali

6. Sistem *Gastrointestinal*: Pada penderita *diabetes melitus* akan terjadi *polifagi*, *polidipsi*, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkaran abdomen dan obesitas
7. Sistem Perkemihan: Pada penderita *diabetes melitus* biasanya ditemui terjadinya *poliuri*, *retensio urine*, *inkontinensia urine*, rasa panas atau sakit saat berkemih
8. Sistem *Muskuloskeletal*: Pada penderita *diabetes melitus* biasanya ditemui terjadinya penyebaran lemak, penyebaran masa otot, perubahan tinggi badan, cepat lelah, lemah dan nyeri, adanya gangren di ekstremitas.
9. Sistem *Neurologis*: Pada penderita *diabetes melitus* biasanya ditemui terjadinya penurunan sensoris, parasthesia, anastesia, letargi, mengantuk, reflek lambat, kacau mental, disorientasi dan rasa kesemutan pada tangan atau kaki.
10. Pemeriksaan diagnostik
 - a) Glukosa darah: glukosa darah lebih atau kurang dari 100-200 mg/dL, gula darah puasa lebih dari 130 mg/dL, tes toleransi glukosa jika lebih dari 200 mg/dL 2 jam setelah pemberian glukosa
 - b) Kadar kolesterol HDL ≤ 35 mg/dL (0.90 mmol/L) dan/atau kadar trigliserida ≥ 250 mg/dL (2,82 mmol/L)
 - c) Aseton plasma (keton) positif secara mencolok
 - d) Asam lemak bebas: kadar lipid dan kolesterol meningkat
 - e) Osmolalitas serum meningkat kurang dari 330mOsm/L
 - f) Amilase darah terjadi peningkatan yang dapat mengindikasikan adanya *pankreatitis* akut sebagai penyebab terjadinya Diabetes Ketoacidosis
 - g) *Insulin* darah pada DM tipe 2 yang mengindikasikan adanya gangguan dalam penggunaannya (endogen dan eksogen). Resistensi *insulin* dapat berkembang sekunder terhadap pembentukan antibodi

- h) Pemeriksaan fungsi tiroid: pemeriksaan aktivitas hormone tiroid dapat meningkatkan glukosa dalam darah dan kebutuhan akan *insulin*.
- i) Urine gula darah aseton positif; berat jenis dan osmolalitas mungkin meningkat.
- j) Kultur dan sensitivitas kemungkinan adanya infeksi pada saluran kemih, infeksi saluran pernafasan serta infeksi pada luka.
- k) HbA1c: rata-rata gula darah selama 2 hingga 3 bulan terakhir yang digunakan bersama dengan pemeriksaan gula darah biasa untuk membuat penyesuaian dalam pengendalian Diabetes Mellitus (Wijaya & Putri, 2013)

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dalam proses keperawatan berupa penilaian klinis mengenai individu, keluarga, komunitas, baik bersifat aktual, resiko, atau masih gejala yang bersumber dari hasil analisa data pengkajian (Oda Debora, 2017). Sedangkan menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), diagnosa keperawatan adalah bagian vital yang berupa penilaian klinis terhadap individu, keluarga maupun komunitas dalam menentukan asuhan keperawatan untuk membantu mencapai kesehatan secara optimal. Adapun diagnosa keperawatan pada penderita diabetes mellitus menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017):

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas
- e. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor fisiologi (keengganan untuk makan)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi keperawatan terdiri dari intervensi utama dan intervensi pendukung. Intervensi utama dari diagnosa keperawatan diabetes mellitus dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah pemantauan GDS, dan pemberian *insulin*. Intervensi Keperawatan menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) yaitu

Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ketidakstabilan gula darah membaik dengan kriteris hasil:

- a. Kestabilan kadar glukosa darah membaik
- b. Nutrisi membaik
- c. Tingkat pengetahuan meningkat

Intervensi:

1. Manajemen hiperglikemia

Observasi

- a) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
- b) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan *insulin* meningkat (mis. penyakit kambuhan)
- c) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu
- d) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. *poliuri*, *polidipsia*, *polivagia*, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)
- e) Monitor intake dan output cairan
- f) Monitor keton urine, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi

Terapeutik

- a) Berikan asupan cairan oral
- b) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk
- c) Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik

Edukasi

- a) Anjurkan olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL
- b) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
- c) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
- d) Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu
- e) Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan *insulin*, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian *insulin*, jika perlu
- b) Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu
- c) Kolaborasi pemberian kalsium, jika perlu

2) Manajemen hipoglikemia

Observasi

- a) Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia
- b) Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemi

Terapeutik

- a) Berikan karbohidrat sederhana, jika perlu
- b) Batasi glucagon, jika perlu
- c) Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet
- d) Pertahankan kepatenan jalan nafas
- e) Pertahankan akses IV, jika perlu

Edukasi

- a) Anjurkan membawa karbohidrat sederhana setiap saat

- b) Anjurkan memakai identitas darurat yang tepat
- c) Anjurkan monitor kadar glukosa darah
- d) Anjurkan berdiskusi dengan tim perawatan diabetes tentang penyesuaian program pengobatan
- e) Jelaskan interaksi antara diet, *insulin*/agen oral, dan olahraga
- f) Anjurkan pengelolaan hipoglikemia (tanda dan gejala, faktor risiko dan pengobatan hipoglikemia)
- g) Ajarkan perawatan atan mandiri untuk mencegah hipoglikemia (mis. Mengurangi *insulin* atau agen oral dan/atau meningkatkan asupan makanan untuk berolahraga)

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian dextros, jika perlu
- b) Kolaborasi pemberian glucagon, jika perlu

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri akut menurun dengan kriteris hasil:

- a. Tingkat nyeri menurun
- b. Tingkat cedera menurun

Intervensi:

1. Manajemen nyeri

Observasi:

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- b) Identifikasi skala nyeri.
- c) Identifikasi respon nyeri non verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- i) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

- a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajenasi terbimbing, teknik relaksasi).
- b) Kontrol lingkungan yang memberatkan rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur.
- d) Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri.
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri.
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.
- d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.
- e) Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberin analgetik, jika perlu

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan intoleransi aktivitas membaik dengan kriteris hasil:

- 1) Toleransi aktivitas membaik
- 2) Tingkat keletihan menurun

Intervensi:

Terapi aktivitas

Observasi

- a) Identifikasi defisit tingkat aktivitas
- b) Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu

Terapeutik

- a) Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih.
- b) Libatkan keluarga dalam aktivitas
- c) Motivasi untuk memulai

Edukasi

- a) Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih.
- b) Manajemen program latihan

Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor fisiologis (keengganan untuk makan)

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko defisit nutrisi tidak terjadi dengan kriteris hasil :

- a. Pasien mampu menghabiskan porsi makan
- b. Nafsu makan klien membaik
- c. BB klien dapat ideal perlahan
- d. Pasien tampak tidak lemas lagi

Intervensi:

1. Manajemen nutrisi

Observasi

- a) Identifikasi status nutrisi.
- b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan.
- c) Identifikasi makanan yang disukai.
- d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi.

- e) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik.
- f) Monitor asupan makanan.
- g) Monitor berat badan.
- h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

- a) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu.
- b) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai.
- c) Berikan suplemen makanan, jika perlu.
- d) Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastric, jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi

- a) Anjurkan posisi duduk, jika mampu
- b) Anjurkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- a) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan

2.3.4 Implementasi

Tindakan keperawatan atau implementasi adalah suatu tindakan yang dilakukan langsung kepada pasien, keluarga, dan komunitas berdasarkan rencana keperawatan yang dibuat untuk meningkatkan manajemen asuhan keperawatan, sistem ini dikembangkan untuk memastikan adanya pelayanan prima yang berfokus pada pelayanan pasien, dengan menggunakan sistem ini kebutuhan pasien terhadap pelayanan keperawatan dapat dikaji dan pemenuhan kebutuhannya dirancang melalui standar pelayanan dan asuhan keperawatan. Seniwati., dkk (2022)

2.3.5 Evaluasi

Pada tahap ini, perawat mengevaluasi respons klien terhadap intervensi keperawatan dan membandingkannya dengan standar yang disebut "*outcome criteria*", disini perawat menilai sejauh mana tujuan atau hasil keperawatan telah tercapai, selanjutnya semua tindakan keperawatan yang

telah dilakukan didokumentasikan dalam format implementasi dan dievaluasi dengan pendekatan SOAP (*Subjective, Objective, Analysis, Planning*) selain itu setelah berinteraksi dengan pasien, perawat memberikan tugas atau kegiatan terkait dengan tindakan keperawatan yang telah dilakukan sebagai tindak lanjut. Seniwati., dkk (2022)

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penulisan yang dipakai pada karya tulis ilmiah ini adalah studi kasus. Studi kasus adalah suatu pendekatan kualitatif yang mempelajari fenomena khusus yang terjadi saat ini dalam satu sistem yang terbatas oleh waktu dan tempat, meski batas-batas fenomena dalam sistem tersebut kurang jelas, pada studi kasus peneliti mempelajari kasus yang terkini dan nyata dalam kehidupan. Studi kasus memiliki keunikan, dan keunikan dari kasus dibandingkan satu sama lain. Dalam karya tulis ini adalah studi kasus untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan Diabetes Melitus dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah di RSUD Pasar Rebo.

3.2 Batasan Istilah

Asuhan Keperawatan pasien yang mengalami *Diabetes Melitus* dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah di RSUD Pasar Rebo Asuhan keperawatan merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan dari pengkajian sampai evaluasi kepada klien yang menderita *Diabetes Melitus* dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah.

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu gangguan metabolisme kronis dengan multi etiologi yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah disertai dengan gangguan metabolisme karbohidrat, lipid dan protein sebagai akibat dari insufisiensi fungsi *insulin* (WHO 2020).

Ketidakstabilan kadar glukosa darah merupakan kondisi ketika kadar glukosa dalam darah mengalami kenaikan atau penurunan dari batas normal dan dapat mengalami hiperglikemi atau hipoglikemi (PPNI 2018)

3.3 Partisipan

Partisipan pada penelitian ini adalah pada pasien yang dirawat di rumah di RSUD Pasar Rebo. Subjek yang digunakan adalah 2 orang pasien dengan diagnosa medis Diabetes Melitus dengan ketidakefektifan kadar glukosa darah

Kriteria inklusi :

- a. Pasien yang kooperatif dan bersedia menjadi partisipan
- b. Pasien yang mengalami DM dan ketidakstabilan glukosa darah

Kriteria Ekslusi :

- a. Pasien yang tidak kooperatif

3.4 Lokasi dan waktu penelitian

Lokasi studi kasus ini dilakukan di RSUD Pasar Rebo. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan februari 2024. Waktu tersebut digunakan untuk melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari.

3.5 Pengumpulan data

Metode pengumpulan data pada Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode pengumpulan data antara lain:

3.5.1 Wawancara

Metode wawancara adalah percakapan tatap muka antara perawat dengan peserta penelitian seperti pasien, anggota keluarga pasien, pembantu dan tenaga kesehatan lainnya. Mengumpulkan data lengkap untuk perawatan pasien *Diabetes Melitus* dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah dan memiliki masalah kelebihan volume cairan. Dalam metode ini, perawat berkonsultasi dengan sumber penelitian pasien, kerabat pasien, pembantu dan tenaga kesehatan lainnya berusaha mendapatkan hasil riwayat kesehatan berdasarkan identitas pasien. Riwayat kesehatan saat ini mencakup keluhan utama pasien selama pemeriksaan. Proses wawancara dan kronologis keluhan, riwayat penyakit dahulu, riwayat alergi, riwayat penggunaan obat, riwayat keluarga, dan riwayat psikososial dan mental. Dalam proses wawancara, perawat juga harus menanyakan kepada pasien tentang kebutuhan dasarnya, seperti pola makan, cara eliminasi, kebersihan diri, pola istirahat dan tidur, kebiasaan aktivitas dan olahraga, serta kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan. Tentu saja, semua informasi diperoleh dengan jujur dan dipertimbangkan.

3.5.2 Observasi

Observasi adalah suatu cara pengumpulan data dengan pengamatan secara langsung yang dilakukan dengan teliti dan hati-hati.

3.5.3 Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan setiap hari setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dan dilakukan dengan mengisi format gula darah sewaktu dan implemntasi harian dan evaluasi pada format asuhan keperawatan medikal bedah, Peneliti menggunakan format asuhan keperawatan dengan menggunakan pengkajian. Selain itu peneliti menggunakan SOP untuk melakukan tindakan. Menggunakan alat cek gula darah sewaktu

3.6 Uji keabsahan data

Uji keabsahan data penelitian dilakukan untuk membuktikan apakah penelitian ini benar-benar merupakan penelitian yang dilakukan sehingga data data yang digunakan berupa informasi yang diperoleh dari pasien, perawat dan keluarga pasien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti, selain itu pengamatan dilakukan sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi.

Metode trigulasi merupakan teknik yang menggabungkan fakta - fakta dari hasil penelitian dilapangan baik yang dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi dan rekam medis pasien yang kemudian dikelola menjadi sebuah data yang utuh.

3.7 Analisa data

Analisa dapat dilakukan sejak penulisan di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data yang dilakukan dengan cara mengumpulkan fakta, membandingkan teori, yang ada selanjutnya dituangkan dalam pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi, wawancara yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis data adalah:

3.7.1 Data

Pengambilan data dapat dilakukan dengan tiga cara yaitu wawancara, observasi dan dokumentasi (WOD) yang ditulis dalam bentuk catatan lapangan, selanjutnya disalin ke bentuk catatan terstruktur (transkrip)

3.7.2 Mereduksi Data

Data yang telah dijadikan bentuk transkrip akan dikelompokkan menjadi 2 jenis data yaitu data *subjektif* dan *objektif*, selanjutnya dilakukan analisis berdasarkan hasil pemeriksa diagnostik dan dibandingkan dengan nilai normal.

3.7.3 Penyajian data

Data yang sudah dibandingkan dengan nilai normal dapat disajikan dalam bentuk tabel, gambar, bagan maupun teks narasi. Kerahasiaan dari pasien sendiri dapat dijamin, dengan cara menginisialkan identitas.

3.7.4 Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang disimpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi

3.8 Etik penelitian

Etika penelitian yang mendasari penyusunan Karya Tulis Ilmiah terdiri dari:

3.8.1 Informed consent

Informed consent adalah form atau lembaran yang berisikan persetujuan antara peneliti dengan respon penelitian yang telah memperoleh penjelasan secara lengkap dan rinci mengenai langkah langkah, procedure, manfaat dari penelitian ini

3.8.2 Anonimity

Dalam penelitian anonimity penting untuk dilakukan karena berhubungan dengan menjaga kerahasiaan identitas subjek penelitian yaitu tidak menuliskan nama subjek penelitian pada lembar, peneliti hanya cukup

menulisnya dengan inisial, member nomer atau kode pada masing-masing lembar tersebut.

3.8.3 Confidentiality

Confidentiality merupakan masalah etika penelitian dengan memberikan jaminan kerahasiaan dari hasil penelitiann, baik informasi maupun masalah- masalah lainnya. Semua informasi yang sudah dikumpulkan dijamin kerahasiannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian, hanya pembimbing dan tim penguji yang hanya mengetahuinya

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran lokasi pengambilan data

Pada penelitian ini dilakukan pengambilan data pada pasien Tn. A dan Tn S *Diabetes Melitus* dengan ketidakstabilan kadarglukosa darah di RSUD Pasar Rebo

4.1.2 Pengkajian

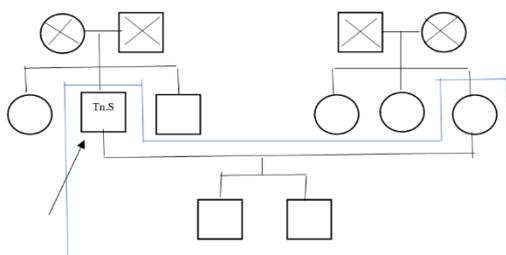
a. Identitas Pasien

Table 4. 1 Table Identitas Pasien

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
Tanggal Masuk	16 Febuari 2024	20 Febuari 2024
Tanggal Pengkajian	20 Febuari 2024	20 Febuari 2024
Nomor Register	2022-934704	2021-904217
Nama	Tn S	Tn A
Usia	54 Thn	63 Thn
Jenis Kelamin	Laki Laki	Laki Laki
Diagnosa Medis	<i>Diabetes Melitus</i>	<i>Diabetes Melitus</i>
Agama	Islam	Islam
Suku Bangsa	Jawa	Betawi
Bahasa Yang Digunakan	Bahasa Indonesia	Bahasa Indonesia
Alamat	Jl. Tanjung Barat	Jl. Cijantung
Pendidikan	SMA	STM
Pekerjaan	Tidak Bekerja	Buruh
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Sumber Informasi	Keluarga Dan Pasien	Keluarga Dan Pasien

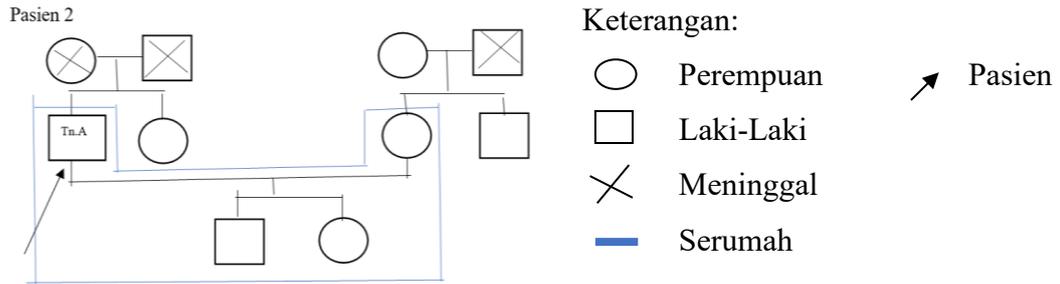
Genogram

Pasien 1



Keterangan:

- Perempuan
- Laki-Laki
- ⊗ Meninggal
- ▬ Serumah
- ↗ Pasien



b. Riwayat Penyakit

Table 4. 2 Table Riwayat Penyakit Pasien

Riwayat Penyakit	Pasien 1	Pasien 2
Keluhan Utama	Pasien mengatakan badannya cepat merasa lemas, pusing, kaki kanan pasien mengalami pembengkakan, pasien sering merasa haus dan ingin minum terus.	Pasien mengatakan suka merasa badannya cepat lemas, dan pusing, pasien juga mengatakan kepalanya nyeri bagian belakang dan sulit tidur karena nyeri kepala, mual muntah, Pasien mengatakan tangan dan kaki pasien sering merasa kesemutan, pasien mengatakan sering BAK pada malam hari, Pasien juga mengatakan sering cepat haus dan ingin minum terus, Pasien juga mengatakan berat badannya turun, Pasien mengatakan kurang nafsu makan dan makan hanya sesuai moodnya saja
Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien datang dengan keluhan lemas dan kaki kanan bengkak disertai pusing dan cepat lelah. pasien sering kesemutan ditangan dan kakinya	Pasien datang dengan keluhan mual muntah dan pusing. pasien mengatakan sering lemas dan sering kesemutan ditangan dan kakinya, pasien juga mengatakan sudah berobat kepuskesmas terdekat dan mendapatkan obat glibenclamid dan pereda nyeri
Riwayat Penyakit Dahulu	Pasien mengatakan kurang lebih 10 tahun memiliki riwayat <i>Diabetes Melitus</i> , Pasien mengatakan pernah dirawat karena gula darahnya tinggi sekitar 384 mg/dL, terakhir dirawat pada bulan Desember 2022	Pasien mengatakan mempunyai riwayat DM kurang lebih selama 4 tahun pasien minum obat glibenclamid riwayat penyakit jantung dan Riwayat HT minum obat amlodipin
Riwayat Keluarga	Klien mengatakan keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat <i>Diabetes Melitus</i>	Klien mengatakan keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat <i>Diabetes Melitus</i>
Riwayat Psikososial	Respon pada penyakitnya pasien menanggapi penyakit adalah ujian dari Tuhan	Respon pada penyakit pasien menanggapi penyakit adalah ujian dari Tuhan karena pola hidupnya tidak baik
Riwayat Spritual	Pasien mengatakan selalu berikhtiar akan kesembuhan, pasien taat dalam beribadah	Pasien mengatakan selalu berdoa untuk kesembuhannya

c. Perubahan Pola Kesehatan

Table 4. 3 Table Perubahan Pola Kesehatan Pasien

Pola Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Pola Manajemen Kesehatan	Pasien mengatakan keluarganya tau bahwa pasien menderita <i>diabetes melitus</i> , pasien tinggal bersama istrinya Dan biasanya istrinya mengantarkan pasien untuk kontrol ke puskesmas terdekat, pasien dan keluarga berharap kondisi pasien semakin membaik setiap harinya	Pasien mengatakan keluarganya tau bahwa pasien menderita <i>Diabetes Melitus</i> , Pasien tinggal dengan istri dan anaknya, pasien mengatakan kontrol ke puskesmas terdekat dari rumahnya Pasien berharap tidak ada keluhan lainnya.
Pola Nutrisi	<p>Sebelum sakit pasien mengatakan nafsu makannya baik, menghabiskan 1 porsi dengan frekuensi makan 3x sehari. Pasien mengatakan tidak ada alergi pada makanan. Tidak ada makanan pantang dan makanan diit. Tidak ada penggunaan obat-obatan sebelum makan. Tidak ada penggunaan alat bantu makan.</p> <p>Setelah sakit pasien mengatakan makan hanya 1 porsi dengan frekuensi 3 kali sehari, minum pasien 7-8 gelas/hari. Pasien mengatakan tidak ada alergi pada makanan, makanan diit bubur, lauk pauk, sayur mayur, dan buah. Tidak ada obat yang diminum sebelum makan. Tidak ada penggunaan alat bantu makan</p>	<p>Sebelum sakit pasien mangatakan nafsu makannya baik, menghabiskan 1 porsi dengan frekuensi makan 3x sehari. Tidak ada makanan yang tidak disukai dan membuat alergi. Tidak ada makanan pantangan dan makanan diit. Tidak ada penggunaan obat-obatan sebelum makan. Tidak ada penggunaan alat bantu makan</p> <p>Setelah sakit pasien mengatakan makannya hanya ¼ porsi dengan frekuensi 3x sehari, minum pasien 6-7 gelas/hari Pasien mengatakan tidak ada makanan yang tidak disukai dan yang membuat alergi, makanan diit bubur, lauk pauk, dan buah. Tidak ada obat yang diminum sebelum makan. Tidak ada penggunaan alat bantu makan</p>
Pola Eliminasi	<p>Sebelum sakit pasien mengatakan BAK 6-8x/hari, warna BAK kuning jernih. Tidak ada keluhan saat BAK Pasien BAB dengan frekuensi 1x/hari, biasanya pada pagi hari, warna feses kuning kecoklatan, konsistensi padat, tidak ada keluhan saat BAB Tidak ada penggunaan laksativ.</p> <p>Setelah sakit pasien mengatakan frekuensi BAK bertambah menjadi 7-9x/hari dan BAB tidak ada keluhan dan pasien tidak menggunakan alat bantu eliminasi</p>	<p>Sebelum sakit pasien mengatakan BAK 5-7x/hari, warna BAK kuning jernih. Tidak ada keluhan saat BAK Pasien BAB dengan frekuensi 1x/hari, biasanya pada pagi hari, warna feses kuning kecoklatan, konsistensi padat, tidak ada keluhan saat BAB. Tidak ada penggunaan laksativ.</p> <p>Setelah sakit pasien mengatakan BAK dan BAB tidak ada keluhan, dan tidak menggunakan alat bantu eliminasi</p>
Pola Personal Hygine	<p>Sebelum sakit pasien mengatakan mandi 2x sehari saat pagi dan sore hari, pasien mengatakan 2x gosok gigi saat pagi dan sore hari. Pasien cuci rambut 2x/minggu.</p> <p>Setelah sakit pasien mengatakan mandi 1x sehari saat sore hari,</p>	<p>Sebelum sakit pasien mengatakan mandi 2x sehari saat pagi dan sore hari, pasien mengatakan 2x gosok gigi saat pagi dan sore hari. Pasien cuci rambut 2x/minggu</p> <p>Setelah sakit pasien mengatakan mandi 1x sehari saat sore hari, pasien</p>

	pasien mengatakan 2x gosok gigi saat pagi dan sore hari Pasien cuci rambut 1x/ minggu	mengatakan 1x gosok gigi saat pagi dan sore hari. Pasien cuci rambut 1x minggu
Pola Istirahat Dan Tidur	<p>Sebelum sakit pasien mengatakan jarang tidur siang karena tidak terbiasa dan tidur hanya malam hari. Malam biasanya 6 jam, kebiasaan sebelum tidur adalah mengobrol dengan istrinya</p> <p>Setelah sakit pasien mengatakan tidur siang dan malam hari pada siang hari tidur 1 jam dan malam biasanya biasanya 4 jam tidur malam terganggu karena merasa ingin BAK, tidak ada kebiasaan sebelum tidur</p>	<p>Sebelum sakit pasien mengatakan tidur siang dan malam hari, pada siang hari tidur 3 jam dan malam biasanya 6 jam, tidak ada kebiasaan sebelum tidur</p> <p>Setelah sakit pasien mengatakan tidur siang dan malam hari pada siang hari tidur 1 jam dan malam biasanya 6 jam, tidak ada kebiasaan sebelum tidur</p>
Pola Aktivitas Dan Latihan	<p>Sebelum sakit pasien mengatakan pagi hari berangkat kerja sampai jam 3 sore, lalu sore pulang kerumah dan tidur saat malam</p> <p>Setelah sakit pasien mengatakan sudah tidak bekerja dan aktivitasnya sedikit, Aktivitas pasien sebagian dibantu keluarga</p>	<p>Sebelum sakit pasien mengatakan pasien hanya bekerja kalau ada panggilan saja dan pasien mengatakan aktivitasnya sedikit karena mudah lemas</p> <p>Setelah sakit pasien mengatakan aktivitasnya hanya dikit karena jika melakukan aktivitas yang berat pasien mudah lelah. Dan aktivitasnya sebagian dibantu keluarga.</p>

d. Pemeriksaan Fisik

Table 4. 4 Table Pemeriksaan Fisik

Observasi	Pasien 1	Pasien 2
Suhu	36,6	36,4
Nadi	76	83
Tekanan Darah	128/80	146/81
Pernafasan	20	20
GCS	E4M6V5 (CM)	E4M6V5 (CM)
Tinggi Badan	169	165
Berat Badan Sebelum Sakit	62	67
Berat Badan Setelah Sakit	62	65

Pemeriksaan Fisik	Pasien 1	Pasien 2
B1 : Breathing	Inpeksi tidak terdapat sesak atau nyeri pada saat bernafas, tidak ada batuk, bentuk dada simetris, tidak nampak pernafasan cuping hidung dan tidak menggunakan alat bantu penafasan pergerakan dinding dada normal dengan frekuensi 20x/menit, irama nafas teratur.	Inpeksi tidak terdapat sesak atau nyeri pada saat bernafas, tidak ada batuk, bentuk dada simetris, tidak nampak pernafasan cuping hidung dan tidak menggunakan alat bantu penafasan pergerakan dinding dada normal dengan frekuensi 20x/menit, irama nafas teratur.

	Auskultasi terdengar suara nafas vesikuler, suara ucapan terdengar jelas saat berbicara. Palpasi getaran premitus paru kanan dan kiri sama. Perkusi terdengar suara sonor	Auskultasi terdengar suara nafas vesikuler suara ucapan terdengar jelas saat berbicara. Palpasi getaran premitus paru kanan dan kiri sama. Perkusi sonor.
B2 : Bleeding	Inpeksi tidak ada pembengkakan di dada. Auskultasi bunyi jantung normal dengan tekanan darah 161/99 mmhg, nadi 114x/m, tidak ada bradikardia Palpasi tidak ada nyeri tekanan CRT <2 detik Perkusi: saat diperkusi terdengar suara pekak	Inpeksi tidak ada pembengkakan di dada Auskultasi bunyi jantung normal dengan tekanan darah 115/79 mmhg, nadi 89x/m, tidak ada takikardia atau bradikardia Palpasi tidak ada nyeri tekanan CRT 2 detik Perkusi saat diperkusi terdengar suara pekak
B3 : Brain	Inpeksi composmentis, E4M6V5, kesadaran GCS pupil isokor, ekspresi wajah lesu tidak meringis kesakitan gaya bicara terbata-bata, sukar memahami pertanyaan yang diberikan tetapi mampu menjawab dengan baik Palpasi tidak ada nyeri tekan syaraf cranial	kesadaran GCS composmentis, E4M6V5, isokor, ekspresi wajah lesu tidak meringis kesakitan, gaya bicara terbata-bata, sukar memahami pertanyaan yang diberikan tetapi mampu menjawab dengan baik Palpasi tidak ada nyeri tekan syaraf cranial
B4 : Blleder	Inpeksi tidak terpasang kateter tidak ada keluhan saat buang air kecil, kemampuan berkemih spontan produksi urine kurang lebih 1500 ml/hari pada saat diperiksa tidak terlihat adanya pembesaran kandung kemih Palpasi tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih	Inpeksi tidak terpasang kateter tidak ada keluhan saat buang air kecil kemampuan berkemih spontan produksi urine kurang lebih 1200 ml/hari pada saat diperiksa tidak terlihat adanya pembesaran kandung kemih Palpasi tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih
B4 : Bowel dan Reproduksi	Inpeksi pasien biasanya buang air besr 1 hari 1 kali dengan konsistensi feses lunak tidak keras, tidak ada keluhan saat BAB, tidak terpasang NGT bentuk abdomen simetris Auskultasi 12x/menit bising usus Palpasi tidak ada nyeri tekan tidak ada pembesaran hepar Perkusi timpani	Inpeksi pasien biasanya buang air best 1 hari 1 kali dengan konsistensi feses lunak tidak keras, tidak ada keluhan saat BAB, tidak terpasang abdomen simetris, NGT bentuk Auskultasi 12x/menit bising usus Palpasi tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar Perkusi timpani
B5 : Bone – <i>Muskolokletal</i>	Inpeksi lemas karena ekstremitas pasien sering kesemutan, kaki kanan tampak bengkak Palpast kulit pasien kering akrall dingin, pasien mengeluh lemas saja dan kelemahan maupun penurunan kekuatan otot, kekuatan otot tangan kanan dan kiri 5 dan kaki kiri dan kanan 4 karena kakinya sering kesemutan dan bengkak di kaki kanan	Inpeksi lemas karena tangan dan ekstremitas pasien kesemutan Palpasi kulit pasien kering.akral dingin pasien mengeluh lemas saja dan kelemahan,kekuatan otot tangan, kaki kanan dan kiri 5 $\begin{array}{c|c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$

	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </table>	5	5	4	4	
5	5					
4	4					
Data psiko-sosial-spiritual	Pasien aktif dalam lingkungan masyarakat, mengikuti rangkaian kegiatan didalam lingkungannya, pasien rajin berdoa dan sholat 5 waktu, pasien yakin dengan penyakitnya akan membaik	Pasien aktif dalam lingkungan masyarakat, mengikuti rangkaian kegiatan didalam lingkungannya seperti kerja bakti, pasien selalu berdoa dan sholat 5 waktu, pasien yakin penyakitnya akan membaik				

e. Pemeriksaan Diagnostik

Table 4. 5 Table Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan	Pasien 1	Pasien 2
X-Ray	Foto thorax tidak terdapat bercak berawan pada paru-paru	Foto thorax tidak terdapat bercak berawan pada paru-paru
Lab	Hemoglobin 10,5 g/dL (13,2-30,2) * Hematokroit: 31% (40-52)* Eritrosit: 3,7 juta/UL (4,4-5.9) * Leukosit 1023 UL (3.80-10.60)* Trombosit: 449 ribu/UL (150-440)* Basofil: 0% Eosinofil: 1% Neutrofil Batang: 0% (3-5) Neutrofil Segmen : 81% (50-70) Limfosit 14% (25-40) Monosit 4% Limfosit absolut:1432 /UL(1.500-4000)* Natrium 134 mmol Kalium 3,6 mmol Klorida 98 mmol GDS: 334 mg/Dl	Hemoglobin 12,2 g/dL (13,2-30,2) * Hematokroit: 36% (40-52)* Eritrosit: 4,3 juta/UL (4,4-5.9) * Leukosit 8.610 UL (3.80-10.60)* Trombosit: 558 ribu/UL (150-440)* Basofil: 0% Eosinofil: 1% Neutrofil Batang: 0% (3-5) Neutrofil Segmen : 75% (50-70)* Limfosit 16% (25-40)* Monosit 8% Limfosit absolut:1378 /UL (1.500-4000)* Natrium 132 mmol Kalium 2,9 mmol Klorida 96 mmol GDS: 243 mg/dL

f. Obat- obatan yang dikonsumsi pasien saat dirumah sakit

Table 4. 6 Daftar Obat Yang Dikonsumsi Pasien

Nama Obat dan Dosis	
Pasien 1	Pasien 2
Asam folat 3x1 tab	New diatabs 3x2tab
B12 3x1 tab	Fonylin 1x1tab
Ranitidin 2x25mg (iv)	Paracetamol 3x1tab
Ampicilin 4x1,5gr (iv)	Curcuma 2x1 tab
Ketrolak 2x1amp	Ondansetron 3x4mg (iv)
Na Diclofenak 1x1tab	Omeprazol 2x1 amp (iv)
Metformin 3x1tab	Cefoperazone 2x1gr (iv)

4.1.3 Analisa Data

Table 4. 7 Table Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan				
Pasien 1						
<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan cepat lelah - Pasien mengatakan lemas dan pusing - Pasien mengatakan sering kesemutan ditangan dan kakinya - Pasien mengatakan mudah mengantuk <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum sakit sedang - Pasien terlihat lemah - Pasien terlihat pucat - Mukosa bibir pasien kering - Pasien terlihat lesu - GDS 334 mg/dl 	Hiperglikemia	Ketidakstabilan kadar glukosa darah				
<p>Data Subyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan area kaki yang bengkak nyeri - P: Pasien mengatakan kaki saat digerakan sakit - Q: Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk - R: Pasien mengatakan nyeri di area kaki kanan yang bengkak - S: Pasien mengatakan skala nyeri 5 - T: Pasien mengatakan nyeri datang tiba-tiba <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum sakit sedang - Dikaki sebelah kanan terlihat bengkak,merah, - Terdapat bekas luka di punggung kaki 	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut				
<p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan cepat lelah - Pasien mengatakan makan dibantu oleh keluarga - Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga - Pasien mengatakan akitivitasnya terbatas karna kaki kanan bengkak dan nyeri <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas pasien terlihat dibantu keluarga - Kekuatan otot pasien tangan kanan dan kir 5,kaki kanan dan kiri 4 <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">4</td> </tr> </table>	5	5	4	4	Imobilitas	Intolaransi aktivitas
5	5					
4	4					
Pasien 2						

<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mudah mengantuk - Pasien mengatakan lemas, mual muntah dan pusing - Pasien mengatakan sering kesemutan ditangan dan kakinya - Pasien mengatakan sering merasa haus <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum sakit sedang - Pasien terlihat lemah - Pasien terlihat pucat - Pasien terlihat gemetar - Mukosa bibir pasien kering - Pasien terlihat lesu - GDS 243 mg/dl 	<p>Hiperglikemia</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>
<p>Data Subyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: Pasien mengatakan pusing saat berdiri - Q: Pasien mengatakan nyeri kepala seperti ditusuk-tusuk - R: Pasien mengatakan nyeri pada bagian belakang kepalanya - S: Pasien mengatakan skala nyeri kepalannya 5 - T: Pasien mengatakan nyeri datang secara bertahap <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum sakit sedang - Pasien tampak memegang kepalanya - TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD: 146/81 R: 20 x/menit N 83 x/menit S: 36.4°C 	<p>Agen pencedera fisiologis</p>	<p>Nyeri akut</p>
<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak nafsu makan dan makan sesuai moodnya saja - Pasien mengatakan BB nya menurun - Pasien mengatakan mual dan muntah 1x kali - Pasien mengatakan sering merasa lemas <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak makan hanya ¼ porsi 3x sehari - Pasien tampak mual dan muntah 1x - BB sebelum sakit: 67kg - BB saat sakit: 65kg - TB: 169 cm - IMT: 65: (1,69x1,69) : 22,75 	<p>faktor fisiologis (keengganan untuk makan)</p>	<p>Resiko defisit nutrisi</p>

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Table 4. 8 Tabel Diagnosa Keperawatan

Data	Tanggal Ditemukan	Tanggal teratasi	Paraf
Pasien 1			
<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah berubungan dengan hiperglikemia dibuktikan dengan:</p> <p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan cepat lelah - Pasien mengatakan lemas dan pusing - Pasien mengatakan sering kesemutan ditangan dan kakinya - Pasien mengatakan mudah mengantuk <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum sakit sedang - Pasien terlihat lemah - Pasien terlihat pucat - Mukosa bibir pasien kering - Pasien terlihat lesu - GDS 334 mg/dl 	20/2/2024	23/2/2024	
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan:</p> <p>Data Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan area kaki yang bengkak nyeri - P: Pasien mengatakan kaki saat digerakan sakit - Q: Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk - R: Pasien mengatakan nyeri di area kaki kanan yang bengkak - S: Pasien mengatakan skala nyeri 5 - T: Pasien mengatakan nyeri datang tiba-tiba <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum sakit sedang - Dikaki sebelah kanan terlihat bengkak,merah, - Tedapat bekas luka di punggung kaki 	20/2/2024	23/2/2024	
<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas dibuktikan dengan</p> <p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan cepat lelah - Pasien mengatakan makan dibantu oleh keluarga - Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga - Pasien mengatakan akitivitasnya terbatas karna kaki kanan bengkak dan nyeri <p>Data Objektif :</p>	20/2/2024	23/2/2024	

<ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas pasien terlihat dibantu keluarga - Kekuatan otot pasien tangan kanan dan kir 5,kaki kanan dan kiri 4 $\begin{array}{c|c} 5 & 5 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$			
Pasien 2			
<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah berubungan dengan hiperglikemia dibuktikan dengan:</p> <p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mudah mengantuk - Pasien mengatakan lemas, mual muntah dan pusing - Pasien mengatakan sering kesemutan ditangan dan kakinya - Pasien mengatakan sering merasa haus <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum sakit sedang - Pasien terlihat lemah - Pasien terlihat pucat - Pasien terlihat gemetar - Mukosa bibir pasien kering - Pasien terlihat lesu - GDS 243 mg/dl 	20/2/2024	23/2/2024	
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera</p> <p>Data Subyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: Pasien mengatakan pusing saat berdiri - Q: Pasien mengatakan nyeri kepala seperti ditusuk-tusuk - R: Pasien mengatakan nyeri pada bagian belakang kepalanya - S: Pasien mengatakan skala nyeri kepalannya 5 - T: Pasien mengatakan nyeri datang secara bertahap <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum sakit sedang - Pasien tampak memegang kepalanya - TTV TD: 146/81 R: 20 x/menit N 83 x/menit S: 36.4°C 	20/2/2024	23/2/2024	
<p>Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor fisiologis (keengganan untuk makan) dibuktikan dengan :</p> <p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak nafsu makan dan makan sesuai moodnya saja - Pasien mengatakan BB nya menurun 	20/2/2024	23/2/2024	

<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mual dan muntah 1xkali - Pasien mengatakan sering merasa lemas <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak makan hanya ¼ porsi 3x sehari - Pasien tampak mual dan muntah 1x - BB sebelum sakit: 67kg - BB saat sakit: 65kg - TB: 169 cm - IMT: 65: (1,69x1,69) : 22,75 			
--	--	--	--

4.1.5 Perencanaan Keperawatan

Table 4. 9 Tabel Perencanaan Keperawatan

NO Dx	Data	Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Pasien 1			
1	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah berubung dengan hiperglikemia dibuktikan dengan:</p> <p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan cepat lelah - Pasien mengatakan lemas dan pusing - Pasien mengatakan sering kesemutan ditangan dan kakinya - Pasien mengatakan mudah mengantuk <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum sakit sedang - Pasien terlihat lemah - Pasien terlihat pucat - Mukosa bibir pasien kering - Pasien terlihat lesu - GDS 334 mg/dl 	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lemas pasien berkurang - Tidak ada penurunan kesadaran - Kadar gula darah pada Pasien terkontrol dengan baik <200 mg dL - Pola dut pasien teratur - Pola hidup sehat pada pasien 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor kadar glukosa darah setiap hari - Identifikasi penyebab hiperglikemia - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis.<i>poliuria.polifagia</i>, kelemahan, malaise pandangan kabur,sakit kepala) - Monitor intake dan output cairan setiap hari - Berikan asupan cairan oral - Anjurkan kepatuhan Terhadap diit dan olahraga - Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri - Anjurkan pengelolaan diabetes (mis.penggunaan <i>insulin</i>, obat oral) - Anjurkan pasien untuk pola hidup sehat - Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Metformin 1x1 tab dan <i>insulin</i> 5ui
	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan:</p> <p>Data Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan area kaki yang bengkak nyeri 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karaktristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Monitor tanda-tanda vital setiap shif

	<ul style="list-style-type: none"> - P: Pasien mengatakan kaki saat digerakan sakit - Q: Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk - R: Pasien mengatakan nyeri di area kaki kanan yang bengkak - S: Pasien mengatakan skala nyeri 5 - T: Pasien mengatakan nyeri datang tiba-tiba <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum sakit sedang - Dikaki sebelah kanan terlihat bengkak,merah, - Tedapat bekas luka di punggung kaki 	<ul style="list-style-type: none"> - Tanda-tanda vital dalam batas normal - Nyeri berkurang dengan skala nyeri berkurang 0 - Tidak ada tanda penurunan kesadaran - Meringgis menurun 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor yang memperberat atau memperingan nyeri - Ajarkan teknik non farmakologis untuk menurangi nyeri dengan wangi-wangian dan teknik relaksasi nafas dalam - Jelaskan kepada pasien penyebab dan pemicu nyeri - Kolaborasi dengan tim medis lainnya dalam pemberian analgetik: na diklofenak 1x1 tab 				
	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas dibuktikan dengan</p> <p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan cepat lelah - Pasien mengatakan makan dibantu oleh keluarga - Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga - Pasien mengatakan akitivitasnya terbatas karna kaki kanan bengkak dan nyeri <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas pasien terlihat dibantu keluarga - Kekuatan otot pasien tangan kanan dan kir 5,kaki kanan dan kiri 4 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> </tr> </table> </div>	5	5	4	4	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas pada klien teratsi dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemudahan dalam melakukan aktivitas meningkat - Keluhan lelah menurun - Sesak dalam beraktifitas menurun - Saturasi oksigen meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kemampuan tingkat aktivitas - Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu - Fasilitas pasien dan keluarga dalam menyelesaikan lingkungan untuk mengakomodasikan aktivitas yang di pilih - Libatkan keluarga dalam aktivitas - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein - Anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri - Motivasi untuk memulai
5	5						
4	4						
	Pasien 2						
	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia dibuktikan dengan:	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor kadar glukosa darah setiap hari - Identifikasi penyebab hiperglikemia 				

	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mudah mengantuk - Pasien mengatakan lemas, mual muntah dan pusing - Pasien mengatakan sering kesemutan ditangan dan kakinya - Pasien mengatakan sering merasa haus <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum sakit sedang - Pasien terlihat lemah - Pasien terlihat pucat - Pasien terlihat gemetar - Mukosa bibir pasien kering - Pasien terlihat lesu - GDS 243 mg/dl 	<p>ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lemas pasien berkurang - Tidak ada penurunan kesadaran - Kadar gula darah pada Pasien terkontrol dengan baik <200 mg dL - Pola dut pasien teratur - Pola hidup sehat pada pasien 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. <i>poliuria</i>, <i>polifagia</i>, kelemahan, malaise pandangan kabur, sakit kepala) - Monitor intake dan output cairan setiap hari - Berikan asupan cairan oral - Anjurkan kepatuhan Terhadap diet dan olahraga - Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri - Anjurkan pengelolaan diabetes (mis, penggunaan <i>insulin</i>, obat oral) - Anjurkan pasien untuk pola hidup sehat - Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Fonylin 1x1 tab dan <i>insulin</i> 5ui
	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera</p> <p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: Pasien mengatakan pusing saat berdiri - Q: Pasien mengatakan nyeri kepala seperti ditusuk-tusuk - R: Pasien mengatakan nyeri pada bagian belakang kepalanya - S: Pasien mengatakan skala nyeri kepalanya 5 - T: Pasien mengatakan nyeri datang secara bertahap <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum sakit sedang - Pasien tampak memegang kepalanya - TTV TD: 146/81 R: 20 x/menit N 83 x/menit S: 36.4°C 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda-tanda vital dalam batas normal - Nyeri berkurang dengan skala nyeri berkurang 0 - Tidak ada tanda penurunan kesadaran - Meringgis menurun 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Monitor tanda-tanda vital setiap shift - Identifikasi faktor yang memperberat atau memperingan nyeri - Ajarkan teknik non farmakologis untuk menurunkan nyeri dengan wangi-wangian dan teknik relaksasi nafas dalam - Jelaskan kepada pasien penyebab dan pemicu nyeri - Kolaborasi dengan tim medis lainnya dalam pemberian analgetik: Paracetamol 3x1 tab
	<p>Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor fisiologis (keengganan untuk makan) dibuktikan dengan :</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan - Identifikasi makanan yang disukai

	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak nafsu makan dan makan sesuai moodnya saja - Pasien mengatakan BB nya menurun - Pasien mengatakan mual dan muntah 1xkali - Pasien mengatakan sering merasa lemas <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak makan hanya ¼ porsi 3x sehari - Pasien tampak mual dan muntah 1x - BB sebelum sakit: 67kg - BB saat sakit: 65kg - TB: 169 cm - IMT: 65: (1,69x1,69) : 22,75 	<p>resiko defisit nutrisi pada klien tidak terjadi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola makan yang di habiskan meningkat - Pengetahuan tentang pilihan makan yang sehat meningkat - Berat badan membaik - IMT membaik - Nafsu makan membaik 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien - Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric - Monitor asupan makanan - Monitor berat badan - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium - Lakukan oral hygien sebelum makan, jika perlu - Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai - Berikan suplemen makanan, jika perlu Hentikan pemberian
--	--	--	--

4.1.6 Pelaksanaan Keperawatan

Table 4. 10 Table Pelaksanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tanggal & Waktu	Implementasi Hari Ke-1	Tanggal & Waktu	Implementasi Hari Ke-2	Tanggal & Waktu	Implementasi Hari Ke-3
Pasien 1						
Ketidakstabilan Glukosa Dalam Darah	20/2/24 07.20	Mengidentifikasi penyebab hiperglikemia - H: Pasien mengatakan jarang olahraga dan makan sembarangan	21/2/24 07.15	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemi - H: Pasien tampak tirah baring	23/2/24 07.20	Memonitor intake dan output cairan pasien - H: telah memasukkan cairan infus melalui intravena sebanyak 20 tpm
	08.00	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia - H: Pasien terlihat mudah mengantuk dan lemas, pasien mengatakan sering BAK saat malam hari	07.25	Memonitor kadar glukosa darah - H: GDS: 237 mg/Dl	09.20	Memonitor pola hidup sehat dengan memakan makanan yang sehat - H: Pasien terlihat mulai patuh terhadap diit
	08.10	Melakukan pemberian asupan cairan melalui intravena - H: memasukkan infus intravena RL 20 tpm	07.55	Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian <i>insulin</i> - H: <i>insulin</i> 5 unit/24 jam	10.20	Menganjurkan olahraga ringan saat pasien tidak lemas - H: Pasien mengatakan akan lebih sering berolahraga lagi saat sehat
	09.20	Memonitor kadar glukosa darah - H: GDS: 334 mg/Dl	08.35	Menganjurkan pasien untuk kepatuhan dalam diit - H: Pasien mengatakan sudah patuh diit DM	10.30	Memonitor makanan yang dimakan oleh pasien - H: Makan habis
	10.20	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia	08.45	Menganjurkan pasien agar tidak melakukan olahraga saat kadar gula darah lebih dari 250 mg/dL. - H: Pasien mengatakan mengerti dan tidak akan melakukan	11.25	Memantau obat yang psien konsumsi - H: metformin 3x500mg

		- H: kadar glukosa darah pasien tinggi		aktivitas yang berat saat GD tinggi	11.35	Memonitor kadar glukosa darah pasien
	10.30	Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat dan <i>insulin</i>	09.50	Memonitor makanan yang dimakan oleh pasien		- H: GDS: 151 mg/Dl
		- H: <i>insulin</i> 5 unit/24 jam Metformin 3x500 mg		- H: Makan habis	12.05	Menganjurkan pasien untuk Kepelayanan kesehatan apabila tanda dan gejala hoperglukemia tetap ada dan memburuk
	11.10	Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas yang ringan	11.00	Memantau obat yang pasien konsumsi		- H: Pasien mengatakan akan memanfaatkan FASKES yang ada
		- H: Pasien mengatakan akan mencoba aktivitas kecil seperti duduk ditempat tidur		- H: metformin 3x500mg		
	11.20	Menganjurkan pasien untuk kepatuhan dalam diit	11.10	Memonitor asupan cairan pasien melalui intravena		
		- H: Pasien mengatakan akan patuh diit diabetes	12.14	- H: memasukkan infus intravena RL 20 tpm		
	11.30	Memonitor makanan yang dikonsumsi pasien	13.15	Memonitor kadar gula darah pasien		
		- H: Makan habis ½ porsi		- H: GDS: 229 mg/Dl		
	13.50	Memantau obat yang dikonsumsi pasien	16.00	Pemberian <i>insulin</i> 5 unit		
		- H: metformin 3x500mg		- H: <i>Insulin</i> masuk 5 ui melalui SC		
	15.00	Melakukan pemberian asupan cairan melalui intravena	18.00	Memonitor kadar glukosa darah		
		- H: memasukkan infus intravena RL 20 tpm		- H: GDS: 237 mg/Dl		
				Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian <i>insulin</i>		
				- H: <i>insulin</i> 5 unit/24 jam		

	16.00	Memonitor kadar glukosa darah - H: GDS: 274 mg/Dl	20.00	Menganjurkan pasien untuk kepatuhan dalam diit - H: Pasien mengatakan sudah patuh diit DM		
	20.00	Menganjurkan pasien untuk kepatuhan dalam diit - H: Pasien mengatakan akan patuh diit diabetes	06.00	Menganjurkan pasien agar tidak melakukan olahraga saat kadar gula darah lebih dari 250 mg/dL. - H: Pasien mengatakan mengerti dan tidak akan melakukan aktivitas yang berat saat GD tinggi		
	06.00	Memonitor makanan yang dikonsumsi pasien - H: Makan habis ½ porsi				
	07.00	Memantau obat yang dikonsumsi pasien - H: metformin 3x500mg	07.00	Memonitor makanan yang dimakan oleh pasien - H: Makan habis		
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	20/2/24 07.20	Memonitor tanda-tanda vital pasien H: TD: 128/80 mmHg N: 76x/m S: 36,6°C R: 20x/m	21/2/24 07.20	Memonitor tanda-tanda vital pasien - H: TD: 130/80 mmHg N: 99x/m S: 36,6°C R: 20x/m	23/2/24 07.20	Memonitor tanda-tanda vital pasien - H: TD: 120/82 mmHg N: 88x/m S: 36,2°C R: 20x/m
	08.00	Mengidentifikasi karakteristik, lokasi, durasi, dan frekuensi nyeri	08.00	Memonitor skala nyeri pasien dan memberikan terapi dengan tehnik no farmakologis untuk meredakan nyeri	08.00	Mengidentifikasi skala nyeri pasien - H: slaka nyeri 2

		- H: pasien mengatakan nyeri pada bagian kaki, sakitnya seperti ditusuk-tusuk, frekuensi sebanyak 3x dan durasi 5-6 menit		- H: Na Diklofenak 1x1 tab	09.00	Berkolaborasi dengan dokter Dalam pemberian analgetik
	09.00	Mengidentifikasi skala nyeri pasien	08.40	Memonitor istirahat dan tidur pasien		- H: Ketrolak 3cc
		- H: skala nyeri pasien 5	08.45	Menganjurkan pasien untuk pemberian posisi yang nyaman	10.20	Menganjurkan untuk mengontrol nyeri ssecara mandiri dengan cara teknik yang sudah diajarkan
	09.40	Melakukan pemberian cairan melalui intravena		- H: sudah memberikan psien posisi semi fowler	10.30	- H: Pasien paham
		- H: RL 500cc + keterolak 3 cc	09.20	Melakukan tekhnik untuk Meredakan nyeri dengan tekhnik relaksasi nafas dalam	11.00	Mengidentifikasi skala nyeri
	10.20	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri		- H: Pasien melakukan dengan baik		- H: skala nyeri 1
		- H: pasien mengatakan nyerinya ketika pasien bergerak	09.30	Menganjurkan pasien untuk mengontrol nyeri secara mandiri dengan teknik yang telah diajarkan (komprs hangat)	11.15	Menganjurkan pemberian aromatherapy agar pasien lebih tenang dan nyaman
	10.30	Menganjurkan pemberian posisi yang nyaman		- H: Pasien paham		- H: telah diberikan wangian aromaterapi
		- H: sudah memberikan posisi semi fowler untuk pasien	10.00	Kolaborasi dengan keluarga dalam pemberian terapi baik untuk posisi duduk, aromatherapy dan komres hangat		Memonitor tanda-tanda vital pasien
	11.00	Menganjurkan untuk pemberian aromatherapy atau wangi-wangian agar pasien lebih tenang		- H: Pasien dan keluarga paham		- H: TD: 121/86 mmHg
				Memonitor tanda-tanda vital pasien		N: 81x/m
				- H: TD: 131/85 mmHg		S: 36.0°C
						R: 20x/m

		- H: telah diberikan wangian aromatherapy	13.00	N:92x/m S: 36.8°C R:19x/m		
	11.05	Menjelaskan tehnik untuk meredakan nyeri pada kaki yaitu kompres hangat pada daerah yang bengkak	16.00	Memonitor istirahat dan tidur pasien		
	11.50	- H: telah melakukan kompres hangat Mengidentifikasi skala nyeri pasien	20.00	- H: Pasien mengatakan tidur kurang nyeyak Menganjurkan pasien untuk pemberian posisi yang nyaman		
	12.25	- H: skala nyeri pasien 4 Monitor tanda-tanda vital pasien H: TD: 110/90 mmHg N: 105x/m S: 36,3°C R20x/m	06.20	- H: sudah memberikan psien posisi semi fowler Melakukan tehnik untuk Meredakan nyeri dengan tehnik relaksasi nafas dalam		
	14.00	Mengidentifikasi skala nyeri pasien - H: skala nyeri pasien 5	07.00	- H: Pasien melakukan dengan baik Menganjurkan pasien untuk mengontrol nyeri secara mandiri dengan tehnik yang telah diajarkan (komprs hangat)		
	16.00	Melakukan pemberian cairan melalui intravena - H: RL 500cc + keterolak 3 cc		- H: Pasien paham		

	20.00	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - H: pasien mengatakan nyerinya ketika pasien bergerak				
	06.00	Menganjurkan pemberian posisi yang nyaman - H: sudah memberikan posisi semi fowler untuk pasien				
	07.00	Menganjurkan untuk pemberian aromatherapy atau wangi-wangian agar pasien lebih tenang - H: telah diberikan wangian aromaterapi				
Intolaransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas	20/2/24	Mengidentifikasi aktivitas pasien	21/2/24	Memonitor tingkat aktivitas pasien	23/2/24	Memonitor tingkat aktivitas pasien
	07.20	- H: aktvitas pasien total dibantu oleh keluarga	07.20	- H: Pasien sudah bisa duduk di tempat tidur secara mandiri	07.20	- H: Pasien mampu duduk ditempat tidur, makan secara mandiri dan berdiri secara mandiri
	08.00	Mengidentifikasi kemampuan aktivitas tertentu - H: semua aktvitas pasien dibantu oleh keluarga	08.00	Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - H: Pasien melakukan aktivitas mulai dari yang ringan (duduk ditempat tidur dan makan secara mandiri)	08.00	Memonitor kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas - H: Pasien sudah mampu melakukan aktivitas ringan
	08.40	Memfasilitasi pasien dan keluarga dalam aktvitas			11.20	Memonitor tingkat aktivitas pasien - H: aktivitas pasien sudah mandiri

	09.40	- H: Telah disediakan kursi roda Memonitor tingkat aktivitas pasien	09.00	Memotivasi untuk melakukan aktivitas secara mandiri	11.30	Memberikan pujian atas kemampuan aktivitas pasien
	10.00	- H: aktivitas pasien masih dibantu oleh keluarga Memotivasi pasien untuk memulai	20.00	Mengidentifikasi kemampuan aktivitas tertentu		- H: Pasien merasa senang sudah bisa melakukan aktivitas ringan
	10.30	- H: pasien mengatakan belum bisa untuk melakukan aktivitasnya sendiri Memonitor aktivitas pasien	07.00	Memonitor tingkat aktivitas pasien		
	18.00	- H: pasien terlihat bedrest Mengidentifikasi kemampuan aktivitas tertentu		- H: aktivitas pasien sebagian dibantu oleh keluarga		
	06.00	- H: semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga Memfasilitasi pasien dan keluarga dalam aktivitas				
	07.00	- H: Telah disediakan kursi roda Memonitor tingkat aktivitas pasien				
		- H: aktivitas pasien masih dibantu oleh keluarga				

Diagnosa Keperawatan	Tanggal & Waktu	Implementasi Hari Ke-1	Tanggal & Waktu	Implementasi Hari Ke-2	Tanggal & Waktu	Implementasi Hari Ke-3
Pasien 2						
Ketidakstabilan Glukosa Dalam Darah	20/2/24 07.20	Mengidentifikasi penyebab hiperglikemia - H: Pasien mengatakan suka makan sembarangan, tidak pernah olahraga dan perokok aktif	21/2/24 07.20	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia - H: Pasien terlihat lemas, pasien mengatakan mudah ngantuk	23/2/24 08.10	Memonitor intake dan output cairan pasien - H: telah memasukkan cairan infus melalui intravena sebanyak 20 tpm
	08.00	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia - H: Pasien terlihat lemas, pasien mengatakan mudah ngantuk dan sering BAK	08.10	Melakukan pemberian asupan cairan melalui intravena - H: memasukkan infus intravena RL 20 tpm	08.20	Memonitor pola hidup sehat dengan memakan makanan yang sehat - H: Terlihat pasien memakan makanan yang sehat
	08.10	Melakukan pemberian asupan cairan melalui intravena - H: memasukkan infus intravena RL 20 tpm	08.20	Memonitor kadar glukosa darah - H: GDS: 255 mg/Dl	09.20	Menganjurkan olahraga ringan saat pasien tidak lemas - H: Pasien mengatakan akan olahraga saat sudah sehat
	08.40	Memonitor kadar glukosa darah - H: GDS: 243 mg/Dl	09.20	Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat dan <i>insulin</i> - H: <i>insulin</i> 5 unit/24 jam Fonylin 1x1 tab	09.20	Menganjurkan olahraga ringan saat pasien tidak lemas - H: Pasien mengatakan akan olahraga saat sudah sehat
	09.35	Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat dan <i>insulin</i>	09.30	Menganjurkan pasien untuk tidak melakukan aktivitas yang berat - H: GDS: 255 mg/Dl	12.25	Memonitor makanan yang dimakan oleh pasien - H: Makan Habis
			12.10	Menganjurkan pasien untuk kepatuhan dalam diet	12.35	Memantau obat yang psien konsumsi - H: Fonylin 1 tab

	09.50	- H: <i>insulin</i> 5 unit/24 jam Fonylin 1x1 tab Menganjurkan pasien untuk tidak melakukan aktivitas yang berat		H: Pasien mengatakan akan patuh terhadap diit yang diberikan Menganjurkan pola hidup sehat dengan makan makanan yang sehat dan sesuai kebutuhan	13.15	Memonitor tanda dan gejala Hiperglikemia - H: Pasien terlihat tidak lemas
	11.10	- H: Pasien Paham Menganjurkan pasien untuk kepatuhan dalam diit	12.25	H: Pasien mengatakan akan mulai hidup sehat	13.20	Memantau obat yang dikonsumsi oleh pasien - H: Obat sudah dikonsumsi
	12.00	H: Pasien mengatakan akan patuh terhadap diit yang diberikan Menganjurkan pola hidup sehat dengan makan makanan yang sehat dan sesuai kebutuhan	13.45	Memantau obat yang dikonsumsi pasien - H: obat sudah dikonsumsi	13.55	Memonitor kadar glukosa darah pasien - H: GDS: 127 mg/Dl
	12.20	H: Pasien mengatakan akan mulai hidup sehat Memantau obat yang dikonsumsi pasien	12.45	- H: Makan habis ½ porsi dan snake tidak dimakan	14.00	Menganjurkan pasien untuk Kepelayanan kesehatan apabila tanda dan gejala hoperglikemia tetap ada dan memburuk - H: Pasien mengatakan rutin kontrol ke FASKES terdekat
	12.50	- H: obat sudah dikonsumsi	18.00	Menganjurkan pasien untuk kepatuhan dalam diit		
	16.00	Memonitor makanan yang dikonsumsi pasien - H: Makan habis ¼ porsi dan snake tidak dimakan	06.00	H: Pasien mengatakan akan patuh terhadap diit yang diberikan Menganjurkan pola hidup sehat dengan makan makanan yang sehat dan sesuai kebutuhan		
	18.00	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia		H: Pasien mengatakan akan mulai hidup sehat		

		<ul style="list-style-type: none"> - H: Pasien terlihat lemas, pasien mengatakan mudah ngantuk dan sering BAK <p>Memonitor kadar glukosa darah</p> <ul style="list-style-type: none"> - H: GDS: 243 mg/Dl <p>Menganjurkan pasien untuk tidak melakukan aktivitas yang berat</p> <ul style="list-style-type: none"> - H: Pasien Paham 	07.00	<p>Memantau obat yang dikonsumsi pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - H: obat sudah dikonsumsi 		
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	20/2/24	<p>Memonitor tanda-tanda vital pasien</p> <p>H: TD: 146/81 mmHg</p> <p>N: 83x/m</p> <p>S: 36,4°C</p> <p>R: 20x/m</p> <p>Mengidentifikasi karakteristik, lokasi, durasi, dan frekuensi nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - H: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala belakang, nyeri seperti ditusuk-tusuk, frekuensi sebanyak 3x dan durasi 5-6 menit <p>Mengidentifikasi skala nyeri pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - H: skala nyeri pasien 5 	21/2/24	<p>Memonitor tanda-tanda vital pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - H: TD: 130/80 mmHg N: 99x/m S: 36,6°C R: 20x/m <p>Memonitor skala nyeri pasien dan memberikan terapi dengan tehnik no farmakologis untuk meredakan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - H: Paracetamol 500mg/tab <p>Memonitor istirahat dan tidur pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - H: Pasien mengatakan tidur kurang nyenyak karna pusing <p>Menganjurkan pasien untuk pemberian posisi yang nyaman</p>	23/2/24	<p>Memonitor tanda-tanda vital pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - H: TD: 120/70 mmHg N: 88x/m S: 36,2°C R: 20x/m <p>Mengidentifikasi skala nyeri pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - H: slaka nyeri 2 <p>Kolaborasi dengan keluarga dalam pemberian terapi baik untuk posisi maupun aromaterapi</p> <ul style="list-style-type: none"> - H: Ruangan telah diberikan aromaterapi <p>Berkolaborasi dengan dokter Dalam pemberian analgetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - H: Paracetamol 500mg/tab

	08.50	Melakukan pemberian cairan melalui intravena - H: RL 500cc		- H: sudah memberikan psien posisi semi fowler	11.45	Mengidentifikasi skala nyeri - H: skala nyeri 1
	09.20	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - H: pasien mengatakan nyerinya ketika pasien bergerak	09.20	Melakukan tehnik untuk Meredakan nyeri dengan tehnik relaksasi nafas dalam - H: Pasien melakukan dengan baik	12.05	Menganjurkan pasien untuk mengontrol nyeri secara madniri di rumah - H: Pasien mengerti
	09.30	Menganjurkan pemberian posisi yang nyaman - H: sudah memberikan posisi semi fowler untuk pasien	09.30	Menganjurkan pasien untuk mengontrol nyeri secara mandiri dengan cara mengurangi cahaya ketika tidur, mendengar musik dan melakukan tehnik relaksasi - H: Pasien mengatakan akan melakukan	14.00	Memonitor tanda-tanda vital pasien - H: TD: 121/86 mmHg N: 81x/m S: 36.0°C R: 18x/m
	10.00	Menganjurkan untuk pemberian aromatherapy atau wangi-wangian agar pasien lebih tenang - H: telah diberikan wangian aromaterapi	10.00	Mengidentifikasi skala nyeri pasien - H: skala nyeri pasien 3		
	10.10	Menjelaskan tehnik untuk meredakan nyeri pada kepala yaitu tehnik relaksasi nafas dalam - H: telah melakukan tehnik relaksasi nafas dalam	10.15	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik - H: Paracetamol 1 tab dan mengontrol nyeri secara mandiri		
	10.50	Mengidentifikasi skala nyeri pasien	13.15	Memonitor tanda-tanda vital pasien - H: TD: 121/85 mmHg N: 92x/m S: 36.8°C		

		- H: skala nyeri pasien 4		R:19x/m		
	10.55	Kolaborasi dengan keluarga dalam pemberian terapi baik dari posisi maupun aroma terapi	18.00	Memonitor skala nyeri pasien dan memberikan terapi dengan tehnik no farmakologis untuk meredakan nyeri		
		- H: Pasien dan keluarga mengerti		- H: Paracetamol 500mg/tab		
	11.25	Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik	06.00	Memonitor istirahat dan tidur pasien		
		- H:Paracetamol 500mg/tab		- H:Pasien mengatakan tidur kurang nyeyak karna pusing		
	13.35	Memonitor tanda-tanda vital pasien	06.30	Menganjurkan pasien untuk pemberian posisi yang nyaman		
		- H: TD 130/80 mmHg N:90 x/m S: 35,6°C R: 21x/m		- H: sudah memberikan psien posisi semi fowler		
	15.00	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	07.00	Melakukan tehnik untuk Meredakan nyeri dengan tehnik relaksasi nafas dalam		
		- H: pasien mengatakan nyerinya ketika pasien bergerak		- H: Pasien melakukan dengan baik		
	20.00	Menganjurkan pemberian posisi yang nyaman				
		- H: sudah memberikan posisi semi fowler untuk pasien				

	06.00	Menganjurkan untuk pemberian aromatherapy atau wangi-wangian agar pasien lebih tenang - H: telah diberikan wangian aromaterapi				
	06.30	Menjelaskan teknik untuk meredakan nyeri pada kepala yaitu teknik relaksasi nafas dalam - H: telah melakukan teknik relaksasi nafas dalam				
	07.00	Kolaborasi dengan keluarga dalam pemberian terapi baik dari posisi maupun aroma terapi - H: Pasien dan keluarga mengerti				
Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor fisiologis (keengganan untuk makan)	20/2/24	Mengidentifikasi kemungkinan penyebab BB turun	21/2/24	Memonitor asupan makan pasien	23/2/24	Memonitor asupan makanan pasien
	07.20	- H: pasien mengatakan tidak nafsu makan	07.20	- H: frekuensi makan pasien 3x dengan porsi ½	07.20	- H: frekuensi makan pasien 3x dengan 1 porsi
	08.00	Mengidentifikasi makanan yang disukai - H: pasien mengatakan apa saja disukai	09.40	Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian suplemen makanan - H: curcuma 1 tab	08.00	Melakukan oral hygien sebelum dan setelah makan - H : Pasien melakukan
	09.40	Melakukan oral hygien sebelum dan setelah makan	09.50	Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menyajikan makanan secara menarik dan menentukan jumlah	10.40	Memonitor berat badan secara terjadwal - H: BB 65,5kg

	10.00	- H: Pasien melakukan Memonitor asupan makanan pasien		kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan	11.40	Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian suplementasi
		- H: Makan habis ¼ porsi dan snake tidak dimakan		- H: Makan disajikan dengan baik dan masih hangat		- H: curcuma 1 tab
	10.15	Memonitor berat badan secara terjadwal	10.20	Menganjurkan pasien makan untuk duduk	13.15	Memonitor frekuensi makanan pasien
		- H: BB 65kg		- H: Pasien mengerti		- H: Makan siang habis 1 porsi dan tidak mual
	10.20	Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian suplemen makanan	11.35	Memonitor pasien meminum suplemen	13.25	Anjurkan pasien saat dirumah patuh diit
		- H: curcuma 1 tab	20.00	- H: vitamin telah dikonsumsi		- H: Pasien mengatakan akan patuh
	11.15	Menganjurkan makan untuk duduk		Memonitor asupan makan pasien		
		- H: Terlihat pasien makan dudk	06.00	- H: frekuensi makan pasien 3x dengan porsi ½		
	11.30	Memonitor pasien meminum suplemen		Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian suplemen makanan		
		- H : vitamin telah dikonsumsi	06.30	- H: curcuma 1 tab		
	18.00	Memonitor asupan makanan pasien		Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menyajikan makanan secara menarik dan menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan		
		- H: Makan habis ¼ porsi dan snake tidak dimakan	07.00	- H: Makan disajikan dengan baik dan masih hangat		
				Menganjurkan pasien makan untuk duduk		

	06.00	Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian suplemen makanan		- H: Pasien mengerti		
	07.00	Memonitor pasien meminum suplemen H : vitamin telah dikonsumsi				

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Table 4. 11 Table Evaluasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Hari ke-1	Hari ke-2	Hari ke-3
Pasien 1			
Ketidakstabilan Glukosa Dalam Darah	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan penyebab hiperglikemia karena tidak menjaga pola makan dan tidak menjaga pola hidup yang sehat - Pasien mengatakan badannya lemas jika gula darahnya naik - Pasien mengatakan kaki yang bengkak terasa nyeri - Pasien mengatakan merasa cepat lelah - Pasien mengatakan jarang berolahraga bahkan pada saat waktu luang - Pasien mengatakan masih belum bisa untuk memenuhi dietnya - Pasien mengatakan terkadang lupa untuk meminum obat rutinnya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat - Pasien tampak mudah mengantuk - Pasien tampak lesu - Pasien bedrest - GDS: 334 mg/Dl - Pasien diberikan <i>insulin</i> sebanyak 10 unit selama 24 jam - Pasien tampak belum rutin dalam meminum obatnya - GCS: E4M6V5 <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah mulai memakan makanan yang sehat, seperti mengurangi kadar gula dalam makanan maupun minumannya - Pasien mengatakan lemasnya sudah berkurang - Pasien mengatakan sudah mulai rutin dalam meminum obatnya - Pasien mengatakan olahraga yaitu dengan melakukan aktivitas kecil (meregangkan ekstremitas dengan olahraga sederhana) <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat lemasnya berkurang - Pasien tampak sudah tidak terlalu pucat - Pasien sudah diberikan <i>insulin</i> 5 unit sesuai anjuran dokter - Pasien terlihat lebih aktif - Obat untuk pasien tampak mulai diminum dengan rutin - Metformin 3x500mg - GDS: 229 MG/DL - GCS: E4M6V5 <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak lemas - Pasien mengatakan sudah rutin meminum obatnya - Pasien mengatakan tahu bagaimana mengontrol guladarahnya - Pasien mengatakan tahu apa yang harus dilakukan ketika ada tanda dan gejala gula darahnya tinggi muncul <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sudah tidak ada gejala hiperglikemia - Pasien sudah tidak mendapat <i>insulin</i> karena glukosa darah normal - Pasien terlihat lebih semangat - GDS: 151 mg/Dl - GCS: E4M6V5 <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosadarah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>

	P: Intervensi Dilanjutkan		
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kaki nyeri, lokasi dikaki kanan, seperti ditusuk-tusuk, durasi 3 detik, skala nyeri 5, terasa saat digerakkan - Pasien mengatakan hanya meminum obat pereda nyeri - Pasien mengatakan belum memahami cara untuk mengontrol nyeri dengan cara kompres air hangat dan teknik relasasi nafas dalam <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV TD: 110/90 mmHg N: 105x/m S: 36,3°C R20x/m - Pasien terlihat meringis - Kaki pasien terlihat bengkak - Pasien terlihat sedikit pucat - Pasien sudah diberikan obal analgetik dan meminumnya Na diklofenak 1x1tab <p>A: Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, lokasi dikaki kanan pasien, seperti ditusuk-tusuk, dengan durasi sudah mulai berkurang, skala nyeri 2 - Pasien mengatakan nyaman dan tenang saat dengar murotal dan mencium aromatherapy - Pasien mengatakan badannya lebih enakan - Pasien mengatakan sudah paham apa yang harus dilakukan saat sedang nyeri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV TD: 131/85 mmHg N: 92x/m S: 36.8°C R:19x/m - Pasien pucatnya sudah berkurang - Pasien tampak tidak meringis lagi - Bengkak di area kaki berkurang - Pasien sudah diajarkan tehnik relaksasi, kompres hangat dan aromatherapy - GCS: E4M5V6 (composmentis) <p>A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak nyeri - Pasien mengatakan kaki sudah bisa digerakkan - Pasien mengatakan lingkungannya sudah nyaman - Pasien mengatakan sudah paham dan selalu melakukan apa yang sudah diajarkan tentang tehnik untuk nyeri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV TD: 121/86 mmHg N: 81x/m S: 36°C R:20x/m - Pasien terlihat tidak pucat - Pasien terlihat lebih nyaman - Pasien terlihat lebih semangat - Pasien sudah tidak terlihat meringis lagi - Pasien tidak ada tanda-tanda penurunan kesadaran - GCS E4M6V5 (composmentis) <p>A: Masalah nyeri akut teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
Intolaransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan aktivitasnya sepenuhnya dibantu oleh keluarga - Pasien merasakan masih merasa lemas - Pasien mengatakan makan dan minum dibantu keluarga 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan aktivitasnya ke kamar mandi sendiri tapi masih daipantau oleh keluarga - Pasien mengatakan lemasnya sedikit berkurang 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat beraktivitas - Pasien mengatakan aktivitasnya sudah mandiri - Pasien mengatakan makan dan minum sendiri

	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan minum obat dibantu keluarga <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lesu - Pasien terlihat seluruh aktivitasnya dibantu keluarga - Keluarga belum paham bagaimana cara untuk memotivasi pasien agar melakukan aktivitas secara mandiri <p>A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan minum obat sudah dilakukan sendiri - Pasien mengatakan sudah mulai melakukan aktivitas kecil seperti Merapihkan tempat tidur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas pasien sebagian tampak masih dibantu keluarga - Pasien sudah tampak melakukan olahraga kecil - Keluarga sudah mulai memotivasi pasien agar melakukan aktivitasnya secara mandiri <p>A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan minum obat sendiri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak ada tanda dan gejala merasa lemas - Pasien tampak melakukan aktivitasnya sendiri tanpa dibantu keluarga <p>A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
Pasien 2			
Ketidakstabilan Glukosa Dalam Darah	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih mudah lemas - Pasien mengatakan merasa mual dan pusing saat gula darahnya naik - Pasien mengatakan belum bisa menjadwalkan program diet DM nya - Pasien mengatakan belum rutin minum obat - Pasien mengatakan nafsu makannya berkurang saat hiperglikemianya muncul <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak masih lemas dan kurang aktif - GDS: 243mg/Dl - TTV 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemas nya sedikit berkurang - Pasien mengatakan sudah memulai program dietnya dalam kepatuhan - Pasien mengatakan mengonsumsi makanan sudah mulai rutin - Meminum obat - Pasien mengatakan sudah mulai bisa bergerak santai <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak masih lemas - GDS: 255 mg/Dl - Pasien diberikan <i>insulin</i> sebanyak 5 unit - TTV - TD 121/85 mmHg - N: 92x/menit - S: 36,8°C - R: 20x/menit 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak mudah lemas lagi - Pasien mengatakan sudah mulai rutin minum obat - Pasien mengatakan sudah berjalan- jalan kecil sekitar 15 menit <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih segar - GDS: 127 mg/Dl - Pasien tampak tidak lesu - Pasien terlihat olahraga kecil - Pasien tidak ada tanda dan gejala hiperglikemia - Pasien tidak ada tanda-tanda penurunan kesadaran - TTV:

	<p>TD130/80 mmHg N: 90x/menit S: 35,6°C R: 20x/menit GCS: E4M6V5 (composmentis)</p> <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi Dilanjutkan</p>	<p>GCS: E4M6V5 (composmentis)</p> <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	<p>TD 120/70 N 84x/m S 36°C R 20x/m GCS: E4M6V5 (composmentis)</p> <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p>	<p>S: - Pasien mengatakan kepala nyeri saat bangun, lokasi kepala belakang, seperti ditusuk-tusuk, durasi 3 detik, skala nyeri 5, terasa saat digerakkan - Pasien mengatakan hanya meminum obat pereda nyeri - Pasien mengatakan belum memahami cara untuk mengontrol nyeri dengan cara teknik relasasi nafas dalam dan aromaterapi</p> <p>O: - TTD TD 130/80 mmHg N: 90x/menit S: 35,6°C R: 20x/menit - Pasien terlihat meringis - Pasien terlihat memegang kepala - Pasien terlihat sedikit pucat - Pasien sudah diberikan obal analgetik dan meminumnya Paracetamol 3x1</p> <p>A: Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	<p>S: - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, lokasi kepala belakang pasien, seperti ditusuk-tusuk, dengan durasi sudah mulai berkurang, skala nyeri 2 - Pasien mengatakan nyaman dan tenang saat dengar music dan mencium aromatherapy - Pasien mengatakan badannya lebih enak - Pasien mengatakan sudah paham apa yang harus dilakukan saat sedang nyeri</p> <p>O: - TTV TD 121/85 mmhg N: 92x/menit S: 36,8°C R: 20x/menit - Pasien pucatnya sudah berkurang - Pasien tampak tidak meringis lagi - Pasien sudah diajarkan tehnik relaksasi dan aromatherapy - GCS: E4M5V6 (composmentis)</p> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	<p>S: - Pasien mengatakan sudah tidak nyeri - Pasien mengatakan kepala sudah tidak pusing - Pasien mengatakan lingkungannya sudah nyaman - Pasien mengatakan sudah paham dan selalu melakukan apa yang sudah diajarkan tentang tehnik untuk nyeri</p> <p>O: - TTV: TD 120/70 mmHg N 84x/menit S 36°C R 20x/menit - Pasien terlihat tidak pucat - Pasien terlihat lebih nyaman - Pasien terlihat lebih semangat - Pasien sudah tidak terlihat meringis lagi - Pasien tidak ada tanda-tanda penurunan kesadaran - GCS E4M6V5 (domposmentis)</p> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>

Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor fisiologis (keengganan untuk makan)	S:	S:	S:
	- Pasien mengatakan tidak nafsu makan - Pasien mengatakan BB nya berkurang - Pasien mengatakan masih mual - Pasien mengatakan belum mampu mengatur dirinya	- Pasien mengatakan sudah mulai sedikit nafsu makan - Pasien mengatakan sudah mampu mengatur diitnya - Pasien mengatakan masih mual - Pasien mengatakan senang dan bersemangat	- Pasien mengatakan sudah nafsu makan - Pasien mengatakn BB nya naik - Pasien mengatakan sudah mampu mengatur diitnya - Pasien mengatakan senang dan bersemangat
	O:	O:	O:
	- Pasien tampak menghabiskan makannya hanya ¼ porsi dengan frekuensi 3x sehari - Pasien terlihat masih lemas - Pasien meminum suplemen	- Pasien tampak memghabsikan makan ½ poris dengan frekuensi 3x sehari dan memakan snack dan buah - Pasien terlihat sudah mulai bersemangat - Pasien meminum suplemen	- Pasien tampak menghabiskan makanan I porsi dengan frekuensi 3x sehari dan memakan snack dan buah - Pasien terlihat sudah bersemangat - Pasien meminum suplemen
A: Masalah resiko defisit nutrisi belum teratasi	A: Masalah resiko defisit nutrisi teratasi sebagian	A: Masalah resiko defisit nutrisi tidak terjadi	A: Masalah resiko defisit nutrisi tidak terjadi
P: Intervensi dilanjutkan	P: Intervensi dilanjutkan	P: Intervensi dihentikan	P: Intervensi dihentikan

4.2 Pembahasan

Pada penelitian ini penulis menguraikan beberapa kesenjangan yang terjadi, antara tinjauan kasus dengan tinjauan teori dalam "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Yang Mengalami *Diabetes Melitus* Dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah" di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur yang dilakukan pada tanggal 20 Febuari sampai dengan 25 Februari 2024. Selain itu penulis akan membahas mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan dan implementasi keperawatan.

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah suatu tahap awal dari asuhan keperawatan yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data, baik dari data primer maupun data sekunder. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

Dari hasil pengkajian yang sudah dilakukan, ditemukan 2 kasus yang sama yaitu *diabetes melitus* dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah pada pasien 1 Tn. s berusia 54 th dan Tn A berusia 63 th.

a. Keluhan

Pasien 1 dengan keluhan suka merasa badannya cepat lernas, nyeri di kaki dan sulit tidur karena nyeri pada kaki, tangan dan kaki kesemutan, sering BAK pada malam hari, pandangan kabur dan merasa sering cepat haus dan ingin minum terus. Dilihat dari riwayat penyakit terdahulu pasien sudah menderita *diabetes melitus* selama 10 tahun, pasien juga tidak menjaga pola makan dan jarang olahraga, dari hasil pemeriksaan ttv pasien: Suhu: 36,6°C, Nadi 76x/m, TTV: 128/89 mmhg, Pernafasan: 20x/m, GCS: E4M6V5, GDS: 334 mg/dl.

Pasien 2 dengan keluhan badannya cepat merasa lemas, pusing, mual muntah saat gula darahnya tinggi, kaki sering kesemutan, sering merasa haus dan ingin minum terus. Dilihat dari riwayat penyakit terdahulu pasien sudah menderita *diabetes melitus* selama 4 tahun, dari hasil pemeriksaan ttv pasien: Suhu 36,4°C, Nadi 83x/m, TTV: 146/81 mmhg, Pernafasan 20x/m, GCS: E4M6V5, GDS: 243 md/dl.

Menurut teori yang menyatakan bahwa *Diabetes Melitus* tipe II merupakan kondisi di mana tubuh mengalami ketidakmampuan dalam memproduksi hormon *insulin* secara optimal, yang mengakibatkan peningkatan kadar gula darah dalam tubuh. (Kemenkes 2018). Dilihat dari keluhan dan pengkajian 2 pasien, baik pasien I dan pasien 2 sama yaitu mengalami kenaikan hasil gula darah dan menurut teori keluhan pasien sesuai dengan pengertian dan tanda dan gejala *diabetes melitus* yang ada di teori

b. Etiologi

Pasien I dengan keluhan suka merasa badannya cepat lemas, Nyeri di area kaki dan sulit tidur karena nyeri kepala, tangan dan kaki

kesemutan, sering BAK pada malam hari, sering cepat haus dan ingin minum terus.

Pasien 2 dengan keluhan badannya cepat merasa lemas, pusing, mual muntah saat gula darahnya tinggi, kaki sering kesemutan, sering merasa haus dan ingin minum terus.

Diabetes melitus tipe 2 menurut NANDA NIC-NOC (2016) adalah Diabetes yang disebabkan oleh kegagalan relative sel beta dan resistensi *insulin*. Faktor resiko yang berhubungan dengan proses terjadinya *diabetes melitus* tipe 2 yaitu obesitas (kegemukan), hipertensi, riwayat keluarga *diabetes melitus*, usia, faktor genetik, alkohol dan rokok, kurangnya aktivitas fisik, dan kurangnya waktu tidur.

a. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis dari penyakit diabetes melitus dalam (Kemenkes 2019) yaitu antara lain *poliuria* (sering buang air kecil), *polifagia* (cepat merasa lapar), *polidipsi* (cepat merasa haus), berat badan menurun, pandangan kabur, lernah dan letih, dan ketonuria.

Pada pasien 1 terdapat tanda dan gejala seperti teori pasien datang dengan keluhan lemas dan pusing dan cepat lelah, nyeri pada kaki dan kesemutan ditangan dan kakinya, pasien juga mengatakan sering cepat haus dan ingin minum terus, setelah sakit frekuensi BAK pasien bertambah menjadi 7-9x/hari

Pada pasien 2 terdapat tanda dan gejala seperti teori pasien datang dengan keluhan lemas dan pusing dan cepat lelah, pusing dan kesemutan ditangan dan kakinya, pasien juga mengatakan sering cepat haus dan ingin minum terus, pasien juga mengatakan bahwa berat badannya turun.

Dilihat dari tanda dan gejala 2 pasien, baik pasien 1 dan pasien 2 sama dan menurut teori keluhan pasien sesuai dengan tanda dan gejala *diabetes melitus* yang ada di teori.

b. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang *Diabetes melitus* menurut (NANDA NIC-NOC, 2016) ada 3 yaitu pemeriksaan kadar glukosa darah sewaktu, pemeriksaan kadar glukosa darah puasa dan pemeriksaan kadar glukosa 2 jam postprandial. Dari hasil diagnostik pada pasien 1 nilai gula darah sewaktu 334 mg/dl dan pada pasien 2 nilai gula darah sewaktu 243 mg/dl. Menurut peneliti gula darah sewaktu kedua pasien baik pasien 1 dan pasien 2 diatas batas normal. Yang artinya kedua pasien tersebut mengalami diabetes.

Pada kedua kasus hanya dilakukan pemeriksaan gula darah sewaktu saja karena intervensi utama dari diagnosa keperawatan *diabetes melitus* dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah dengan pemantauan gula darah sewaktu

c. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut Fahriza (2019), penatalaksanaan medis yang terdapat pada *diabetes melitus* adalah Terapi farmakologis diberikan bersama dengan pengaturan makanan dan latihan jasmani (gaya hidup sehat). Terapi farmakologis terdiri dari obat oral dan suntikan. Berdasarkan kasus tersebut pasien telah diberikan metformin 500 mg (3x sehari 1 tab), Fonylin 60 mg (1x sehari 1 tab) dan Inuslin Nevoramid 5Ui . Sedangkan untuk teapi non farmakologis diberikan bersama dengan pengaturan makanan dengan diit rendah gula, dan pemberian 50-60 kalori yang berasal dari karbohidrat 60-70%, protein 12-20% dan lemak 20-30% dan latihan jasmani (gaya hidup sehat).

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan analisa data menurut SDKI., SIKI PPNI (2017), ditemukan diagnosa keperawatan sebagai berikut:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas
- e. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor fisiologi (keengganan untuk makan)

Pada kasus pertama ditemukan 3 diagnosa keperawatan yaitu:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas

Pada kasus kedua ditemukan 3 diagnosa kepetawatan yaitu:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas
- c. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor fisiologis (keengganan untuk makan)

Diagnosa yang terdapat di pasien 1 dan pasien 2 terdapat perbedaan yaitu pasien 1 terdapat diagnosa Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas sementara di pasien 2 tidak terdapat diagnosa tersebut, pada pasien 2 terdapat diagnosa resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor fisiologis (keengganan untuk makan), sementara di pasien 1 tidak terdapat diagnosa tersebut karena keluhan pasien 1 dan 2 berbeda.

Diagnosa keperawatan yang ada diteori tidak terdapat dikasus yaitu resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis. Diagnosa ini tidak terdapat dikasus karena tidak ada data-data yang mendukung untuk diangkat diagnosa tersebut.

Sedangkan diagnosa yang terdapat dikasus dan ada diteori yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, nyeri aktu berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas dan resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psiologis (keengganan untuk makan)

4.2.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan (nursing care plan) adalah acuan tertulis yang terdiri dari berbagai intervensi keperawatan yang direncanakan

dapat mengatasi diagnosis keperawatan sehingga klien dapat terpenuhi kebutuhannya. Sifat intervensi keperawatan yang dapat dilakukan perawat, yaitu bersifat bantuan, bersifat higienis, bersifat rehabilitas, bersifat suportif, bersifat *preventif*, bersifat observasi, dan memberikan informasi yang akurat dan memuaskan ruang pengobatan

Intervensi menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), yaitu:

Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ketidakstabilan gula darah membaik dengan kriteria hasil:

1. Kestabilan kadar glukosa darah membaik
2. Nutrisi membaik
3. Tingkat pengetahuan meningkat

Intervensi:

Manajemen hiperglikemia

Observasi

- a. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
- b. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan *insulin* meningkat (mis. penyakit kambuhan)
- c. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu
- d. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. *poliuri*, *polidipsia*, *polivagia*, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)
- e. Monitor intake dan output cairan
- f. Monitor keton urine, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi

Terapeutik

- a. Berikan asupan cairan oral
- b. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk
- c. Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik

Edukasi

- Anjurkan olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL
- Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
- Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
- Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu
- Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan *insulin*, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian *insulin*, jika perlu
- Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu
- Kolaborasi pemberian kalsium, jika perlu

Data	Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Pasien 1 dan 2		
Ketidakstabilan kadar glukosa darah berubungan dengan hiperglikemia	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lemas pasien berkurang - Tidak ada penurunan kesadaran - Kadar gula darah pada Pasien terkontrol dengan baik <200 mg dL - Pola diet pasien teratur - Pola hidup sehat pada pasien 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor kadar glukosa darah setiap hari - Identifikasi penyebab hiperglikemia - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. <i>poliuria</i>, <i>polifagia</i>, kelemahan, malaise pandangan kabur, sakit kepala) - Monitor intake dan output cairan setiap hari - Berikan asupan cairan oral - Anjurkan kepatuhan Terhadap diet dan olahraga - Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri - Anjurkan pengelolaan diabetes (mis, penggunaan <i>insulin</i> Sui, obat oral) - Anjurkan pasien untuk pola hidup sehat - Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Metformin 3x1 tab (Pasien 1) Fonylin 1x1 Tab (Pasien 2) dan <i>insulin</i> Sui

Masalah pada kasus pertama dan kasus kedua sama dengan teori yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, yang berbeda adalah ditinjau, menurut teori tidak ditetapkan kriteria waktu sedangkan pada kasus ditetapkan kriteria waktu yaitu 3x24 jam karena penulis akan melakukan evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan, kriteria hasil antara teori dan kasus juga sama tidak ada perbedaan, dan untuk intervensi antara teori dan kasus juga tidak terdapat perbedaan pada intervensi.

4.2.3 Pelaksanaan

Dalam melakukan tindakan keperawatan selama tiga hari penulis tidak mempunyai hambatan, semua rencana yang telah ditetapkan dapat dilaksanakan. Dalam melakukan pelaksanaan ada beberapa faktor penunjang yang menyebabkan semua rencana tindakan dapat dilaksanakan dengan baik. Hal-hal yang menunjang dalam pelaksanaan dalam asuhan keperawatan itu antara lain adanya kerja sama yang baik antara perawat, pasien dan keluarga.

Pada diagnosa keperawatan dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas, dan resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor fisiologis (keengganan untuk makan). Tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat berdasarkan teori. Selama melakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam perawat bekerja sama dengan keluarga pasien mengenai tindakan keperawatan.

4.2.4 Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan dimana pada tahap ini untuk melihat perkembangan yang disesuaikan dengan kriteria waktu, kriteria hasil, dan tujuan yang dicapai, penyajian data pada pembahasan evaluasi ini, penulis menggambarkan pedoman SOAP (Subjektif, Objektif, Asesment, Planing).

Pada kasus pertama terdapat 3 diagnosa keperawatan yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas. Teratasi pada hari ke tiga setelah dilakukan pada tanggal 20-23 Februari 2024.

Pada kasus kedua terdapat 3 diagnosa keperawatan yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas, resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan), Teratasi pada hari ke tiga setelah dilakukan pada tanggal 20-23 Februari 2024.

Menurut peneliti pada catatan perkembangan pada kasus 1 dan 2 mengalami kemajuan yang signifikan dan menyesuaikan kepatuhan terhadap intervensi yang dilaksanakan oleh perawat serta keluarga pasien yang sangat komprehensif untuk proses penyembuhan pasien, dan dalam melakukan evaluasi keperawatan penulis tidak mengalami hambatan dikarenakan penulis dapat mengevaluasi hasil tindakan keperawatan dengan adanya kerja sama antara pasien.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Setelah melakukan tindakan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami *diabetes melitus* pada Tn.A dan Tn.S dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah di RSUD pasar rebo, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang dibuat berdasarkan laporan kasus adalah sebagai berikut:

a. Pengkajian

Dilihat dari pengkajian pada pasien 1 dan pasien 2 ditemukan adanya *diabetes melitus* dari saat pengkajian penyebab utama *diabetes melitus* adalah pola makan yang tidak teratur dan gaya hidup yang tidak sehat. Pada pengkajian pasien 1 dan pasien 2 didapatkan data dan tanda dan gejala *diabetes melitus* yaitu, sering buang air kecil, sering merasa haus, sering merasa lemas dan pusing, hasil GDS pasien 1: 334 mg/dl dan hasil GDS pasien 2 243 mg/dl.

b. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pada teori diatas, diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien I yaitu ketidakstabilan kadarglukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia), dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas. Sedangkan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien 2 yaitu, ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor fisiologis (keengganan untuk makan)

c. Intervensi Keperawatan

Dalam melakukan perencanaan penulis membuatnya dengan landasan teori, dan dibuat berdasarkan asuhan keperawatan. Dalam menyusun rencana keperawatan yaitu pada tanggal 20 Febuari - 23 Febuari sudah diberikan

manajemen hiperglikemia, manajemen nyeri, terapi aktivitas dan manajemen nutrisi

d. Implementasi Keperawatan

Dalam melakukan tindakan/pelaksanaan keperawatan ini, penulis bekerjasama dengan pasien serta adanya discharge planning sehingga penulis dapat melaksanakan asuhan keperawatan tanpa adanya hambatan.

e. Evaluasi Keperawatan

Dalam melakukan evaluasi tindakan keperawatan penulis menggunakan pedoman SOAP (Subjektif, Objektif, Asesment, Planning), dalam karya tulis ini penulis akan membahas mengenai evaluasi tindakan terhadap intervensi keperawatan yang muncul pada kedua pasien tersebut. Penulis dapat mengevaluasi hasil tindakan keperawatan dengan adanya kerja sama antara keluarga pasien.

5.2 Saran

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan diagnosa medis *diabetes melitus*, penulis akan memberikan ulasan dan beberapa masukan yang positif khususnya dibidang kesehatan, antara lain:

a. Bagi Pasien dan Keluarga

Sebaiknya mengikut sertakan dalam pemberian asuhan keperawatan pasien yang mengalami *diabetes melitus* dukungan dan keaktifan dari keluarga khususnya sangat menunjang dalam mengatasi permasalahan pasien dan membantu intervensi keperawatan Kepada Tn A dan Tn.S diharapkan dapat menjaga pola makan dengan baik dan teratur, menjaga olahraga minimal 20 menit sehari, menjaga lingkungan rumah agar tidak menjadi sumber penyakit dan dapat melakukan cek gula darah sendiri dan terkontrol

b. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan khususnya perpustakaan memberikan literatur atau buku-buku sumber update untuk asuhan keperawatan, guna memperluas wawasan keilmuan terbaru mahasiswanya

c. Bagi Mahasiswa

Keseriusan belajar, kemauan untuk mempermudah ilmu pengetahuan sangat diperlukan guna mempertinggi kualitas ilmu dan keterampilan. Khususnya mahasiswa Universitas MH Thamrin untuk lebih banyak membaca literatur dan memahami konsep tentang asuhan keperawatan dengan *diabetes melitus*, trkhususnya sebelum terjun kelapangan sehingga dapat melakukan asuhan keperawatan dengan baik

d. Bagi Penulis Selanjutnya

Melihat keterbatasan penelitian yang dilakukan dalam karya tulis ini, penulis berharap dalam penulisan laporan mengenai asuhan keperawatan yang sama, penulis selanjutnya mampu memanfaatkan waktu dengan seefektif mungkin, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien secara optimal. Penulisan yang dilakukan oleh penulis masih banyak kekurangan, sehingga kritik dan saran sangat diharapkan untuk memperbaiki penulisan dari studi ini untuk menghasilkan karya yang dapat diterima dan baik untuk dibaca.

DAFTAR PUSTAKA

- Fahriza, M. (2019). *faktor yang mempengaruhi penyebab diabetes melitus. Tetrahedron Letters*, 11(3), 296–300.
- International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas Ninth Edition* 2019. IDF; 2019.
- International Diabetes Federation (IDF). *International Diabetic Federation Diabetic Atlas 10th edition*. IDF; 2021.
- Maiti, & Bidinger. (2018a). *Jurnal Diabetes Melitus Tipe 2. Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9).
- Nanda Nic-Noc. (2016). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Edisi 1*. Jakarta EGC
- Padila. (2019). *Buku Ajar : Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- PPNI: (2016). *Ketidaksabihan Kadar Glukosa Darah*. (2010). *Terjadinya Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah*. Soegondo
- Punthakee, Z., Goldenberg, R., & Katz, P. (2018). *Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes, Prediabetes and Metabolic Syndrome. Canadian Journal of Diabetes*, 42, S10–S15.
<https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2017.10.003>
- P2PTM Kemenkes RI. *Prinsip 3J Penderita Diabetes*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2022). Available at:
https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1671/prinsip-3j-penderita-diabetes
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018*. Diakses mei 2024
[http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_2018/Hasil%20Riskesdas%202018 .pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_2018/Hasil%20Riskesdas%202018.pdf)
- Sataloff, R. T., Johns, M. M., & Kost, K. M. (2019). *Diabetik Penyakit Tidak Menular*.

Sibarani, Roy Panusunan. (2020). "*Diabetes Melitus*". Novo Nordiks (Diabetes Melitus):52

Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

World Population. (2021). "*Daftar Negara Dengan Angka Prevalensi Diabetes Tertinggi di Dunia*". [online]. Diakses 06 Juni 2024 dari <https://goodstats.id>

WHO. *Global Report on Diabetes*. [Internet]. [cited 2023 april 21] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>

World Health Organization . *Diabetes [Internet]*. 2023 [dikutip 18 Februari 2024]. Tersedia dari : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

LAMPIRAN 1

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Kami adalah peneliti berasal dari institusi/jurusan/program studi DIII Keperawatan, Universitas Mohammad Husni Thamrin. Dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dengan penelitian yang berjudul asuhan keperawatan pada pasien *Diabetes Melitus Tipe II* di RSUD Pasar Rebo
2. Tujuan penelitian studi kasus ini adalah untuk memberikan manfaat berupa ilmu yang dapat di pelajari dan sebagai acuan pada perawat dan peneliti lain. Prosedur pengambilan bahan data dengan wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung lebih kurang 15-20 menit. Cara ini mungkin menyebabkan penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan/pelayanan keperawatan.
3. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikut sertaan anda pada penelitian ini adalah turut terlibat aktif mengikut perkembangan asuhan/tindakan yang diberikan.
4. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
5. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti pada e-mail silvisftr16@gmail.com

PENELITI



Silvi Safitri

LAMPIRAN 2

INFORMED CONSENT

Persetujuan menjadi partisipan

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Issabela Anggraeni dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Yang Mengalami *Diabetes Melitus Tipe II* dengan ketidakstabilan glukosa”

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada peneliti ini secara sukarela tanpa paksaan, bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Jakarta, 20 Februari 2024

Saksi



(Ny.S)

Yang Memberikan Persetujuan



(Tn.S)

Peneliti



Silvi Safitri
1031211034

INFORMED CONSENT

Persetujuan menjadi partisipan

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Issabela Anggraeni dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Yang Mengalami *Diabetes Melitus Tipe II* dengan ketidakstabilan glukosa”

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada peneliti ini secara sukarela tanpa paksaan, bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Jakarta, 20 Februari 2024

Saksi



(Ny.I)

Yang Memberikan Persetujuan



(Tn.A)

Peneliti



Silvi Safitri
1031211034

LAMPIRAN 3

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Silvi Safitri

Tempat/ Tanggal : Jakarta, 16 Oktober 2003

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat : Jalan Dukuh V Rt 02/05, Kelurahan Dukuh, Kecamatan
Kramat Jati, Jakarta Timur

LAMPIRAN 4

DIII KEPERAWATAN
UNIVERSITAS MH THAMRIN

Nama Mhs :	_____
NIM :	_____

ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

A. PENGKAJIAN

- Tanggal Pengkajian :
- Tanggal Masuk :
- Ruang/ Kelas :
- Nomor Register :
- Diagnosa Medis :

1. Identitas Klien

- Nama Klien :
- Jenis kelamin :
- Usia :
- Status Perkawinan :
- Agama :
- Suku bangsa :
- Pendidikan :
- Bahasa yang digunakan.....
- Pekerjaan :
- Alamat :
- Sumber biaya (Pribadi, Perusahaan, Lain-lain) :
- Sumber Informasi (Klien / Keluarga) :

- 2. Resume**
-
-
-

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 klien)

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

.....
.....

e. Riwayat Psikososial dan Spiritual.

1) Adakah orang terdekat dengan klien :

.....
.....

2) Interaksi dalam keluarga : a) Pola Kominikasi :
b) Pembuatan Keputusan :.....
c) Kegiatan Kemasyarakatan :.....

3) Dampak penyakit klien terhadap keluarga :

.....

4) Masalah yang mempengaruhi klien :

.....
.....

5) Mekanisme Koping terhadap stress

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pemecahan masalah | <input type="checkbox"/> Minum obat |
| <input type="checkbox"/> Makan | <input type="checkbox"/> Cari pertolongan |
| <input type="checkbox"/> Tidur | <input type="checkbox"/> Lain-lain (Misal : marah, diam) |

6) Persepsi klien 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

<i>HAL YANG DIKAJI</i>	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 Hygiene	...	.....
a. Mandi	.....	.....
1) Frekuensi : X / hari	...	.....
2) Waktu : Pagi/ Sore/ Malam	.....	.....
b. Oral Hygiene	...	.....
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 beraktifitas 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,.....
 Pemakaian alat bantu : () Ya () Tidak

d. Sistem Wicara :

- () Normal () Tidak
 :.....
 () Aphasia () Aponia
 () Dysarthria () Dysphasia
 () Anarthria

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 Peripher
- 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 apical : 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 Reflek :
 - a) Reflek fisiologis : () Normal () Tidak
 - b) Reflek 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) Saliva : () 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 faeces : () Kuning () Putih seperti air cucian beras
- () Cokelat () Hitam () Dempul
- c) Konsistensi faeces : () Setengah padat () Cair () Berdarah () Terdapat lendir () Tidak ada kelainan
- 12) Konstipasi : () Tidak () Ya,..... lamanya : hari
- 13) Hepar : () Teraba () Tak teraba
- 14) Abdomen : () Lembek () Kembung () Acites () Distensi

j. Sistem Endokrin

- Pembesaran Kelenjar Tiroid : () Tidak () Ya, () Exoptalmus () Tremor () Diaporesis
- Nafas berbau keton : () Ya () Tidak () Poliuri () Polidipsi ()
- Poliphagi*
- Luka Ganggren : () Tidak () Ya, Lokasi..... Kondisi Luka.....

k. Sistem Urogenital

- Balance Cairan : Intake.....ml; Output.....ml
- Perubahan pola kemih : () Retensi () Urgency () Disuria () Tidak lampias () Nocturia ()
- 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 :

1. 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.....
 Prosentase.....
 () 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 () Hipotoni
 Hipertoni () Atoni
 Kekuatan Otot :

...
...

Data Tambahan (Pemahaman tentang penyakit):

.....
.....

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

.....
.....

6. Penatalaksanaan (Therapi/ 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. EVALUASI (CATATAN PERKEMBANGAN)

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

LAMPIRAN 5

Lembar Wawancara

Identitas pasien	:
Riwayat penyakit keluarga	:
Riwayat penyakit klien	:
Riwayat pengobatan	:
Riwayat penyakit yang di alami	:
Pola keseharian	:
Pola komunikasi	:
Pola manajemen kesehatan	:

LAMPIRAN 6

**LEMBAR OBSERVASI ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
DIABETES MELITUS DENGAN MASALAH KETIDAKSTABILAN
KADAR GLUKOSA DARAH**

Pasien 1 : Tn. S

Lama DM : 10 Th

Usia: 54 Th

Pasien 2 : Tn. A

Lama DM : 4 Th

Usia: 63 Th

Pasien 1	Pernyataan	Hari 1	Hari 2	Hari 3
	GDS	GDS pada jam 09.00 dengan hasil 334 mg/dl	GDS pada jam 11.00 dengan hasil 229 mg/dl	GDS pada jam 12.00 dengan hasil 151 mg/dl
	Penyuntikan Insulin	Klien telah diberikan insulin sebanyak 10 unit/24 jam	Klien telah diberikan insulin sebanyak 5 unit/24 jam	Tidak diberikan Insulin
Pasien 2	GDS	GDS pada jam 10.00 dengan hasil 243 mg/dl	GDS pada jam 11.00 dengan hasil 255 mg/dl	GDS pada jam 12.00 dengan hasil 127 mg/dl
	Penyuntikan Insulin	Klien telah diberikan insulin sebanyak 5 unit/24 jam	Klien telah diberikan insulin sebanyak 5 unit/24 jam	Tidak diberikan Insulin

LAMPIRAN 7

SOP PEMERIKSAAN GDS

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	PEMERIKSAAN GLUKOSA DALAM DARAH (GDS)
Pengertian	Pemeriksaan gula darah digunakan untuk mengetahui kadar gula darah seseorang
Nilai normal GDS	Dewasa serum dan plasma: 140 mg/dl Darah lengkap :120 mg/dl Anak: 120 mg/dl Lansia: serum dan plasma 160 mg/dl Darah lengkap: 140 mg/dl
Indikasi	1. Klien yang tidak mengetahui penyakitnya 2. Penderita DM
Tujuan	Untuk mengetahui kadar gula sewaktu sebagai indikator adanya metabolisme karbohidrat
Persiapan Alat	1. Glukometer/alat monitor kadar glukosa darah 2. Kapas alkohol 3. Hand scone bila perlu 4. Stik GDA/strip tes glukosa darah 5. Lanset/jarum penusuk 6. Bengkok 7. Tempat sampah
Persiapan Lingkungan	1. Menjaga privasi pasien 2. Sebelum melakukan tindakan probandus/orang diberi infoemasi untuk tidak makan (puasa) mulai jam 10 malam sekitar 12 jam sebelum praktikum dimulai
Prosedur	1. Jelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien 2. Mencuci tangan 3. Memakai hand scone bila perlu 4. Atur posisi pasien nyaman mungkin 5. Dekatkan alat disamping pasien 6. Pastikan alat bisa digunakan 7. Pastikan stik GDA pada alat glukometer 8. Mengurut jari yang akan ditusuk (darah diambil dari salah ujung jari telunjuk, jari tengah, jari manis tangan kiri/kanan) 9. Disinfeksi jari yang akan ditusuk dengan kapas alkohol 10. Menusukkan lanset di jari tangan pasien, dan biarkan darah mengalir secara spontan 11. Tempatkan ujung strip tes glukosa darah (bukan diteteskan) secara otomatis terserap kedalam strip 12. Menghidupkan alat glukometer yang sudah terpasang GDA 13. Menusuk bekas tusukan lanset menggunakan kapas alkohol 14. Alat glukometer akan berbunyi dan bacalah angka yang tertera pada monitor

LAMPIRAN 8

SOP PEMBERIAN INSULIN MELALUI INJEKSI

Pengertian	Insulin merupakan hormon yang diproduksi oleh sel beta di dalam pankreas dan digunakan untuk mengontrol kadar glukosa dalam darah. Insulin berperan dalam penggunaan glukosa oleh sel tubuh untuk pembentukan energi, apabila tidak ada insulin maka sel tidak dapat menggunakan glukosa sehingga proses metabolisme menjadi terganggu
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Mencapai kadar gula darah dalam batas normal2. Menyelaraskan sekresi insulin fisiologis3. Menghindari hipoglikemia/hiperglikemia4. Meningkatkan kualitas hidup dan menurunkan resiko komplikasi5. Memperbaiki kemampuan exercise dan penampilan kerja6. Mengurangi malformasi janin7. Mengurangi angka kematian janin dan ibu hamil8. Mencapai kadar glukosa darah dalam batas normal9. Memberikan tambahan insulin eksogen Menghilangkan gejala primer glukostun10. Meningkatkan rasa nyaman/sejahtera (sense of well-being)11. Mencegah ketoasidosis dan koma hiperosmolar12. Memulihkan berat badan yang kurus13. Mengurangi kejadian infeksi14. Mencegah-menghentikan-menghambat komplikasi vaskular mikro dan makro
Kebijakan	Dilakukan pada pasien penderita Diabetes Melitus
Indikasi	<ol style="list-style-type: none">1. Intra vena bekerja sangat cepat yakni dalam 2-5 menit akan terjadi penurunan glukosa darah2. Intramuskuler penyerapannya lebih cepat 2 kali lipat daripada subkutan3. Subkutan penyerapannya tergantung lokasi penyuntikan, pemijatan, kedalaman, konsentrasi. Lokasi abdomen lebih cepat. dari paha maupun lengan
Persiapan alat	<ol style="list-style-type: none">1. Bak injeksi2. Penfill yang berisi insulin3. Jarum steril4. Kapas alkohol dalam tempatnya5. Bengkok6. Perlak dan alasnya7. Buku catatan pemberian obat8. Insulin sesuai kebutuhan9. Sarung tangan
Persiapan	Persiapan pasien

Lampiran 9

**MATRIK PERBAIKAN HASIL SIDANG KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
UNIVERSITAS MH. THAMARIN**

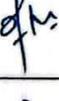
N0	Materi	Ketua Penguji Ibu Sri Suryati	Anggota Penguji 1 Ibu Ns. Martha K Silahi, S.Kep., M.Kep	Anggota Penguji 2 Ns. Jamilah, S.Kep., M.kep
1	Bab I	Pertanyaan 1. Mengapa mengambil judul KTI ini DKI 2. Kenapa menjadi peringkat pertama pada penderita DM	Saran Tambahkan materi yang sesuai dengan penelitian	Tidak ada
2	Bab II	Pertanyaan 1. Sebutkan klasifikasi DM 2. Yang sangat tergantung dengan insulin itu DM tipe berapa dan kenapa 3. Didalam manifestasi klinis akut, bagaimana bisa terjadi poliuria 4. Kenapa DM bisa menyebabkan gagal ginjal	Saran Materi lebih diperdalam dan rinci untuk setiap masalah	Pertanyaan Data apa yang menunjang pada glukosa darah
3	Bab III	Pertanyaan 1. Cara mendapat participant bagaimana 2. Cara mengumpulkan data pada pasien bagaimana	Tidak ada	Pertanyaan 1. Pada saat mengumpulkan data, apakah ada kendala 2. Apa fungsi informed consent
4	Bab IV	Pertanyaan 1. Apa diagnosa yang di angkat 2. Apa saja intervensi	Saran Periksa pembahasan sudah sesuai atau belum	Pertanyaan 1. Apakah ada kesenjangan dalam teori 2. Untuk melakukan

		<p>mandiri yang sudah dilakukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Apakah pelaksanaan sudah sesuai 4. Pada saat melakukan tindakan apa yang dimonitor dan evaluasi 		<p>GDS berapa kali dalam 24 jam</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Apakah ada kendala saat melakukan asuhan keperawatan
5	Bab V	<p>Pertanyaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dari kesimpulan dan saran, kasus ini DM tipe berapa 2. Apa manfaat untuk kamu dalam mengambil kasus ini 	Tidak ada	Tidak ada
6	Lampiran	Tidak ada	<p>Saran</p> <p>Sesuaikan dengan urutan dan lengkapi</p>	Tidak ada

LAMPIRAN 10

**LEMBAR KONSUL KTI PRODI DIII KEPERAWATAN
UNIVERSITAS MH THAMRIN**

Pembimbing utama : Ns. Martha K Silalahi, S.Kep., M.Kep
 Mahasiswa : Silvi Safitri
 Judul Karya Tulis Ilmiah :Asuhan Keperawatan Pada Pasien Yang Mengalami *Diabetes Melitus Tipe II* dengan ketidakstabilan glukosa

NO	WAKTU	ISI KONSULTASI	HASIL KONSULTASI	PARAF
1	Rabu, 17 April 2024	Cover/judul BAB 1 Latar belakang kurang tepat Cara penulisan sumber tidak tepat Dan melanjutkan BAB II	Perbaikan ACC Latar belakang sudah disesuaikan	
2	Jumat, 21 Juni 2024	BAB II dan BAB III Kesalahan di paragraf	Paragraf dan margin sudah sesuai pedoman	
3	Sabtu, 22 Juni 2024	Konsultasi melalui Gmeet Pembahasan BAB IV	Pembahasan di BAB IV sudah dijelaskan antara kesenjangan teori dan penelitian yang diambil	
4	Senin, 24 Juni 2024	Konsultasi BAB I-BAB V	Hasil revisian sudah dikirim melalu pesan online berupa word	
5	Rabu, 25 Juni 2024	Konsultasi BAB IV Tabel tidak sesuai margin	Sudah perbaikan tabel dan sudah sesuai margin	
6	Kamis, 27 Juni 2024	Abstrak tidak sesuai pedoman, daftar isi tidak sesuai, kata pengantar tidak sesuai pedoman BAB III partisipan revisi	Abstrak sudah diperbaiki Daftar isi sudah sesuai dengan pedoman Revisi BAB III sudah diperbaiki	
7	Jumat, 28 Juni 2024	Konsul Revisi Bab I-V	Acc sidang hari selasa 2 Juli 2024	
8	Jumat, 5 Juli 2024	Setelah sidang, merivisi semua masukan saat sidang, yaitu di bagian kesimpulan dan saran	Sudah direvisi bagian yang harus direvisi	

**LEMBAR KONSUL KTI PRODI DIII KEPERAWATAN
UNIVERSITAS MH THAMRIN**

Pembimbing utama : Ns. Jamilah, S.Kep., M.Kep

Mahasiswa : Silvi Safitri

Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Yang Mengalami *Diabetes Melitus Tipe II* dengan ketidakstabilan glukosa

NO	WAKTU	ISI KONSULTASI	HASIL KONSULTASI	PARAF
1	Rabu, 12 Juni 2024	Cover/judul BAB I Latar belakang kurang tepat Cara penulisan sumber tidak tepat Dan melanjutkan BAB II	Perbaikan ACC Latar belakang sudah disesuaikan	
2	Senin 17 Juni 2024	Konsul BAB II dan BAB III	Perbaikan penulisan yang kurang tepat	
3	Rabu, 19 Juni 2024	Konsul BAB II dan BAB III	Paragraf dan margin sudah sesuai pedoman	
4	Jumat, 21 Juni 2024	Konsultasi melalui via telepon WA	Perbaikan DS DO dan pembahasan di BAB IV sudah dijelaskan antara kesenjangan teori dan penelitian yang diambil	
5	Sabtu, 22 Juni 2024	Konsultasi BAB I-BAB V	Periksa kembali penulisan, sesuaikan dengan	
6	Senin, 24 juni 2021	Abstrak tidak sesuai pedoman, daftar isi tidak sesuai, kata pengantar tidak sesuai pedoman BAB III partisipan revisi	Abstrak sudah diperbaiki Daftar isi sudah sesuai dengan pedoman Revisi BAB III sudah diperbaiki	
7	Jumat, 28 Juni 2024	Konsultasi BAB IV	Sudah perbaikan tabel dan sudah sesuai margin	
8	Jumat, 5 Juli 2024	Setelah sidang, merevisi semua masukan saat sidang, yaitu bagian kesimpulan dan saran	Sudah direvisi bagian yang harus direvisi	

Silvi Safitri_D3 Kep_F_2024_ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN YANG MENGALAMI DIABETES TIPE II DENGAN KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH DI RSUD PASAR REBO

ORIGINALITY REPORT

9% SIMILARITY INDEX	10% INTERNET SOURCES	6% PUBLICATIONS	6% STUDENT PAPERS
-------------------------------	--------------------------------	---------------------------	-----------------------------

PRIMARY SOURCES

1	repository.stikstellamarismks.ac.id Internet Source	1%
2	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source	1%
3	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	1%
4	eprints.untirta.ac.id Internet Source	1%
5	digilib.stikeskusumahusada.ac.id Internet Source	1%
6	repository.thamrin.ac.id Internet Source	1%
7	www.researchgate.net Internet Source	1%
8	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	1%

DIPERIKSA
07/24/2024

PERPUSTAKAAN MOHAMMAD HUSNI THAMRIN

DICETAK
---:-- WIB