



**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DIABETES MELLITUS
TIPE II DENGAN KETIDAKSTABILAN KADAR
GLUKOSA DARAH DI RSUD PASAR REBO
JAKARTA TIMUR**

KARYA TULIS ILMIAH

**DISUSUN OLEH:
RATIH SEPARINDAH
1031222138**

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

JULI, 2024



KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DIABETES MELLITUS
TIPE II DENGAN KETIDAKSTABILAN KADAR
GLUKOSA DARAH DI RSUD PASAR REBO
JAKARTA TIMUR**

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

**DISUSUN OLEH:
RATIH SEPARINDAH
1031222138**

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

JULI, 2024

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ratih Separindah

NIM : 1031222138

Program Studi : DIII Keperawatan

Institusi : Universitas Mohammad Husni Thamrin

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Tipe II
Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD
Pasar Rebo Jakarta Timur

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

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

Jakarta, 2 Juli 2024

Mengetahui
Pembimbing Utama



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

Pembuat Pernyataan



Ratih Separindah

LEMBAR PERSETUJUAN

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

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

Jakarta, 2 Juli 2024

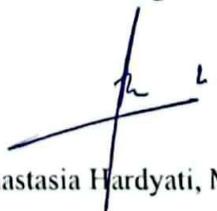
Menyetujui

Pembimbing Utama



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

Pembimbing Pendamping



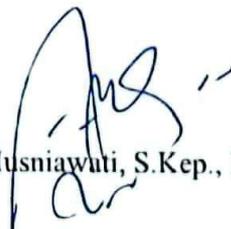
Ns. Anastasia Hardyati, M.Kep., Sp.KMB

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan

 Fakultas Universitas MH. Thamrin

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



LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh:

Nama : Ratih Separindah
NIM : 1031222138
Program Studi : DIII Keperawatan
Institusi : Universitas Mohammad Husni Thamrin
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Tipe II
Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD
Pasar Rebo Jakarta Timur

Telah berhasil dipertahanan dihadapan Tim Penguji KTI Program Studi DIII Keperawatan dan telah dilakukan revisi hasil sidang KTI

TIM PENGUJI

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

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 2 Juli 2024

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas nikmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur”. Karya Tulis Ilmiah ini digunakan untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan di Universitas MH Thamrin.

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

1. dr. Daeng Mohammad Faqih, SH., MH selaku Rektor Universitas MH Thamrin.
2. Bapak Atna Permana, M.Biomed., Ph.D selaku Dekan Universitas MH Thamrin.
3. Ns. Neli Husniawati, S.Kep., M.Kep. selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan yang telah memberikan kesempatan untuk menimba ilmu di Universitas MH Thamrin.
4. Ilah Muhafilah, S.Kp., M.Kes. selaku dosen pembimbing akademik yang telah membimbing selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ns. Anastasia Hardyati, M.Kep., Sp.KMB. selaku pembimbing pendamping Karya Tulis Ilmiah.
6. Ns. Seven Sitorus, M.Kep., Sp.Kep.MB selaku dosen penguji yang telah memberikan saran sehingga Karya Tulis Ilmiah ini lebih baik lagi.
7. Semua dosen dan staff Program Studi DIII Keperawatan Universitas MH Thamrin yang telah memberikan bimbingan dengan sabar dan wawasan serta ilmu yang bermanfaat.
8. Almarhum ayah tercinta, Hakim Harahap yang semasa hidup sampai sekarang selalu menjadi motivasi untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Yang meninggal ketika penulis memilih untuk melanjutkan pendidikan

demikian membahagiakan kedua orang tua. Semoga beliau bangga atas perjuangan anak perempuannya.

9. Untuk ibu saya Timasjuri Hasibuan yang selalu memberikan dorongan, dukungan, serta doa. Terima kasih sudah mampu membuktikan bahwa engkau mampu menjadi orang tua tunggal selama ini.
10. Keempat kakak saya, Harry Alamsyah Juniadi, Eka Nur Suciati, Annisa, Dimas Supriadi Agam yang telah memberikan arahan, perhatian, dalam bentuk moril maupun material serta doa yang tidak pernah henti kepada penulis. Serta adik penulis Muhammad Haiqal, dan Aliya Rahmi Harahap yang sedang menempuh pendidikan jauh dari orang tua dan keluarga. Penulis berharap kelak berhasil meraih apa yang di cita-citakan.
11. Sahabat penulis Laras Chania, Firly Nur Rizky, Ilni Loxctaviani, Dinastu Sangatiana Rahasari, Rofi Dwi Efriani, Sanilda, Zahra, Adista, Dian, yang telah menemani penulis dan menjadi saksi perjalanan hidup penulis.
12. Dina, Riani, Izzatul, Mega, Komang, Ayu, Prahesta, Putri Nova, Pipit, Akrista, Yulia, sahabat seperjuangan penulis dari awal masuk perkuliahan sampai lulus. Terima kasih penulis sampaikan dapat mengenal kalian dan menjalani proses bersama-sama untuk menjadi yang lebih baik. Suatu kehormatan dan kebahagiaan bisa hadir dalam hidup penulis.
13. Kepada seseorang yang tidak dapat penulis sebutkan namanya. Terima kasih atas kasih sayang, perhatian, teman cerita, serta meluangkan waktu untuk membantu dan menemani penulis.

Dan rekan-rekan mahasiswa Universitas MH Thamrin yang telah membantu dan memberi informasi serta dukungan moril maupun spiritual.

Penulis menyadari bahwa isi maupun penulisan dari Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan jauh dari sempurna, untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi kemajuan yang akan datang.

Jakarta, 2 Juli 2024

Penulis

DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	
SAMPUL DALAM	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
ABSTRAK	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah	4
1.3 Rumusan Masalah	5
1.4 Tujuan	5
1.4.1 Tujuan Umum	5
1.4.2 Tujuan Khusus	5
1.5 Manfaat	6
1.5.1 Manfaat Teoritis	6
1.5.2 Manfaat Praktis	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Diabetes Mellitus	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Etiologi	9
2.1.3 Klasifikasi	10
2.1.4 Patofisiologi	11
2.1.5 Faktor Risiko	14
2.1.6 Manifestasi Klinis	17
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	18
2.1.8 Komplikasi	21
2.1.9 Penatalaksanaan	22
2.2 Konsep Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	26
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	29
2.3.1 Pengkajian Keperawatan	29
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	34
2.3.3 Perencanaan Keperawatan	42
2.3.4 Pelaksanaan Keperawatan	52
2.3.5 Evaluasi Keperawatan	52
BAB 3 METODE PENELITIAN	55
3.1 Jenis/Desain Penelitian	55
3.2 Batasan Istilah	55
3.3 Partisipan	56
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	57
3.5 Pengumpulan Data	57
3.5.1 Wawancara	57

3.5.2 Observasi Dan Pemeriksaan Fisik	58
3.5.3 Studi Dokumentasi Dan Angket	60
3.6 Uji Keabsahan Data	60
3.7 Analisis Data Dan Penyajian Data	60
3.7.1 Pengumpulan Data	61
3.7.2 Mereduksi Data	62
3.7.3 Penyajian Data	62
3.7.4 Kesimpulan	62
3.8 Etika Penelitian	62
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	64
4.1 Hasil	64
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian	64
4.1.2 Pengkajian Keperawatan	65
4.1.3 Diagnosa Keperawatan	81
4.1.4 Perencanaan Keperawatan	84
4.1.5 Pelaksanaan Keperawatan	88
4.1.6 Evaluasi Keperawatan	100
4.2 Pembahasan	106
4.2.1 Pengkajian	106
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	107
4.2.3 Perencanaan Keperawatan	109
4.2.4 Pelaksanaan Keperawatan	111
4.2.5 Evaluasi Keperawatan	112
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	114
5.1 Kesimpulan	114
5.1.1 Pengkajian Keperawatan	114
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	114
5.1.3 Perencanaan Keperawatan	115
5.1.4 Pelaksanaan Keperawatan	115
5.1.5 Evaluasi Keperawatan	116
5.2 Saran	116
DAFTAR PUSTAKA	118

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kriteria Diabetes, Pradiabetes, dan Normal	8
Tabel 2.2 Patofisiologi Diabetes Mellitus	13
Tabel 2.3 Manifestasi Klinis Diabetes Mellitus	17
Tabel 4.1 Identitas Pasien.....	65
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit.....	66
Tabel 4.3 Pemenuhan Pola Kesehatan	70
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik	72
Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Diagnostik	76
Tabel 4.6 Therapy Obat.....	77
Tabel 4.7 Analisa Data	77
Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan.....	81
Tabel 4.9 Perencanaan Keperawatan.....	84
Tabel 4.10 Pelaksanaan Keperawatan	88
Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan	100

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian	120
Lampiran 2 Informed Consent Pasien I	121
Lampiran 3 Informed Consent Pasien II	122
Lampiran 4 Format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah	123
Lampiran 5 Lembar Konsul Pembimbing I	143
Lampiran 6 Lembar Konsul Pembimbing II	146
Lampiran 7 Matrix Sidang	148

Nama : Ratih Separindah
NIM : 1031222138
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur

ABSTRAK

Latar Belakang : Diabetes mellitus tipe 2 merupakan penyakit kronik dimana tubuh menjadi resisten terhadap insulin atau tubuh tidak sepenuhnya merespon insulin, sehingga terjadi peningkatan atau penurunan kadar glukosa dalam darah. Jika dibiarkan dapat menyebabkan kerusakan serius pada organ-organ tubuh seperti jantung, pembuluh darah, mata, ginjal, dan saraf. **Tujuan Penelitian :** Tujuan penelitian ini adalah melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada pasien yang mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah selama 3x24 jam. **Metode :** yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan pada 2 pasien yang menderita diabetes mellitus dengan pengumpulan data melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Penelitian dilakukan selama 3x24 jam dari tanggal 20 Februari 2024 sampai tanggal 22 Februari 2024 di lantai VII, Ruang Flamboyan, Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo Jakarta Timur. **Hasil :** Hasil penelitian ini adalah terdapat diagnosa keperawatan prioritas yang sama antara pasien 1 dan pasien 2 yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah. Tindakan yang diberikan yaitu identifikasi penyebab hiperglikemi, identifikasi penyebab hipoglikemi, identifikasi tanda dan gejala, monitor tanda dan gejala, monitor kadar glukosa darah, anjurkan mematuhi diit, anjurkan membawa karbohidrat sederhana, kolaborasi pemberian cairan, kolaborasi dengan ahli gizi dalam menentukan diit makanan. Pada tahap evaluasi, pasien 1 dan pasien 2 diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi. **Kesimpulan :** Pada tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan telah dilakukan secara menyeluruh dan komprehensif disesuaikan dengan kondisi pasien. Diagnosa utama ketidakstabilan kadar glukosa darah pada pasien 1 belum teratasi, dan dilakukan *discharge*, sedangkan pasien 2 sudah teratasi.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Diabetes Mellitus Tipe II, Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.

Bibliography : XXIV (2015 – 2024).

Name : Ratih Separindah
NIM : 1031222138
Title : Nursing care for type II diabetes mellitus patients with unstable blood glucose levels at RSUD Pasar Rebo East Jakarta

ABSTRACT

Background : Type II diabetes is a chronic disease in which the body becomes resistant to insulin or the body does not fully respond to the insulin, resulting in an increase or decrease in blood glucose levels. If left, it can cause serious damage to organs such as the heart, blood vessels, eyes, kidneys, and nerves. **Objective of the study**: The objective of this study is to perform comparative nursing in patients with unstable blood glucose levels for 3x24 hours. **Method**: The method used in the study is a case study with nurseship approach in 2 patients with diabetes mellitus with data collection through interviews, observations, physical examination, and documentation studies. The research was conducted for 3x24 hours from February 20, 2024 to February 22, 2024 on the 7th floor, Flamboyan Room, Rebo East Jakarta Market Regional General Hospital. **Results**: The results of this study are that there is the same priority nursing diagnosis between client 1 and client 2 that is instability of blood glucose levels. The action is to identify the cause of hyperglycaemia, identify causes of hypoglycemia, identification of signs and symptoms, monitoring of symptoms and signs, monitor blood glucose levels, encourage compliance with diets, advise to carry simple carbohydrates, collaboration in the administration of fluids, cooperation with nutritionists in determining dietary diets. At the evaluation stage, client 1 and client 2 were diagnosed with unstable blood glucose levels overcome. **Conclusion**: Conclusion: At the examination stage, nursing diagnosis, nures planning, and nurses evaluation have been carried out in a comprehensive and comparative manner tailored to the the client's condition. The primary diagnosis of unstable blood glucose levels in patient 1 has not been resolved, and discharge planning has been initiated, whereas patient 2 has been resolved.

Keywords : Nursing care, Type II diabetes mellitus, Blood glucose level instability.
Bibliography : XXIV (2015 – 2024).

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes adalah penyakit kronis yang melibatkan gangguan metabolisme dengan karakteristik peningkatan gula dalam darah, jika tidak ditangani dapat menyebabkan kerusakan signifikan pada pembuluh darah, mata, ginjal, jantung, dan saraf. Diabetes mellitus tipe 2 umumnya terjadi pada orang dewasa. Dimana tubuh tidak menghasilkan cukup insulin atau menjadi resisten terhadap insulin. Diabetes mellitus tipe 2 telah meningkat di negara-negara dengan semua tingkat pendapatan dalam tiga puluh tahun terakhir (World Health Organization, 2024).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), sekitar 422 juta orang di seluruh dunia mengidap Diabetes Mellitus. Pada tahun 2022, diabetes diprediksi akan menjadi salah satu dari sepuluh penyebab utama kematian global (WHO, 2022). Menurut Federasi Diabetes Internasional (IDF) pada tahun 2021, sepuluh negara mengalami tingkat kejadian diabetes yang tinggi dalam rentang usia 20-79 tahun adalah sebagai berikut: China menempati posisi pertama dengan 140,9 juta kasus, diikuti oleh India dengan 74,2 juta kasus, Pakistan dengan 33 juta kasus, Amerika Serikat dengan 32,2 juta kasus, dan Indonesia menempati posisi kelima dengan 19,5 juta kasus (IDF, 2021).

Menurut Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas), prevalensi Diabetes Mellitus di Indonesia meningkat menjadi 2,0% pada 2018 dari 1,5% pada 2013, menunjukkan peningkatan sebesar 0,5% (Kementerian Kesehatan, 2018). Jakarta, sebagai Daerah Khusus Ibukota, memiliki tingkat prevalensi DM tertinggi di Indonesia. Prevalensi

tersebut meningkat dari 2,5% pada tahun 2013 menjadi 3,4% pada tahun 2018, yang mewakili sekitar 250 ribu penduduk dari total 10,5 juta jiwa di DKI Jakarta yang mengidap DM (Tim Rikesdas 2018, 2019). Prevalensi diabetes mellitus berdasarkan diagnosa dokter di Jakarta Timur mencapai 2,20%, diikuti oleh Jakarta Pusat dengan 3,19%, Kepulauan Seribu dengan 2,97%, Jakarta Utara dengan 2,88%, Jakarta Selatan dengan 2,83%, dan Jakarta Barat dengan 2,34%. (Rikesdas, 2018).

Diabetes Melitus merupakan penyakit metabolik jangka panjang yang semakin banyak terjadi di seluruh dunia, khususnya di Indonesia. Penderita diabetes yang tidak dikelola dengan baik memiliki risiko yang lebih tinggi terhadap komplikasi makrovaskular dan mikrovaskular, yang dapat menyebabkan peningkatan angka kesakitan (Ardiani et al., 2021). Tanda-tanda akut diabetes mellitus mencakup keinginan untuk minum yang berlebihan (polidipsia), nafsu makan yang meningkat (polifagia), sering buang air kecil terutama di malam hari (poliuria), penurunan berat badan yang signifikan meskipun ada peningkatan nafsu makan, dan kelelahan yang mudah dirasakan. Gejala kronis pada penderita diabetes mencakup sensasi kesemutan, kulit terasa panas, mati rasa, penglihatan kabur, kecenderungan mengantuk, dan penurunan fungsi seksual. (Agustini *et al.*, 2024).

Diabetes mellitus adalah keadaan di mana tubuh menunjukkan resistensi terhadap insulin, hormon yang bertanggung jawab untuk mengatur kadar glukosa dalam darah. Resistensi insulin menyebabkan glukosa tidak dapat dimetabolisme dengan benar menjadi energi, yang mengakibatkan hiperglikemia (Andriani & Hasanah, 2023). Konsentrasi glukosa dalam darah yang tidak stabil adalah ketika kadar glukosa dalam darah naik atau turun melebihi batas normal, yaitu di bawah 200 miligram per desiliter, Kondisi ini dapat mengakibatkan hiperglikemia

(peningkatan kadar glukosa darah yang tinggi) atau hipoglikemia (penurunan kadar glukosa darah yang rendah). (Saino, *et al.*, 2022).

Ketidakstabilan kadar glukosa darah, baik dalam bentuk hiperglikemia (kadar glukosa darah tinggi) maupun hipoglikemia (kadar glukosa darah rendah), dapat menyebabkan dampak dan komplikasi yang serius pada tubuh. Diabetes mellitus yang tidak dikelola dengan baik dan tidak diimbangi dengan gaya hidup sehat dapat mengakibatkan berbagai permasalahan penyakit seperti stroke, penyakit jantung koroner (PJK), gagal jantung kongestif, ulkus diabetik, dan bahkan berakibat fatal dan mematikan (Perkeni, 2021).

Oleh karena itu, manajemen yang efektif terhadap kadar glukosa darah sangat penting bagi individu yang menderita diabetes mellitus. Hal ini mencakup pengaturan ketat terhadap pola makan, rutinitas aktivitas fisik, penggunaan obat-obatan yang sesuai, dan monitoring glukosa darah secara teratur. Dengan pendekatan holistik dalam perawatan termasuk peran perawat. Penting bagi perawat untuk memberikan pendidikan kesehatan yang mencakup upaya pencegahan, peningkatan kesehatan, pengobatan, dan rehabilitasi. Peran perawat secara promotif meliputi memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang diabetes mellitus, termasuk pengertian, penyebab, gejala, komplikasi, dan pencegahannya, sehingga meningkatkan pengetahuan mereka dan mendorong penerapan gaya hidup sehat untuk mencegah diabetes mellitus. Peran perawat dalam preventif meliputi penyuluhan tentang gaya hidup sehat seperti rutin berolahraga, memantau kadar gula darah secara teratur, menggunakan alas kaki yang tepat, dan mengurangi konsumsi makanan yang tinggi gula. Peran perawat kuratif meliputi pendampingan dalam penggunaan obat-obatan diabetes secara teratur dan perawatan luka bagi

pasien diabetes mellitus yang mengalami luka. Peran perawat dalam rehabilitatif termasuk mengingatkan untuk kontrol rutin ke dokter atau puskesmas, mendukung program senam diabetes mellitus, dan ikut serta dalam kegiatan komunitas yang berkaitan dengan diabetes mellitus.(Rosdiana & Clara, 2017).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Andriani dan Hasanah (2023), dalam jangka waktu 7 hari diberikan asuhan keperawatan evaluasi menunjukkan peningkatan stabilitas kadar glukosa darah.. Kadar glukosa darah awal yang mencapai 357 mg/dL dan 287 mg/dL berhasil turun menjadi 198 mg/dL dan 112 mg/dL, sementara tanda-tanda hiperglikemia juga mengalami penurunan signifikan dan kriteria hasil perawatan dianggap berhasil teratasi. Di sisi lain, penelitian yang dilakukan oleh Khasanah *et al.* (2024) melibatkan pelaksanaan keperawatan selama periode tiga hari melalui penerapan tindakan perawatan sesuai rencana yang telah ditetapkan. Evaluasi selama 3 hari ini menunjukkan bahwa ketidakstabilan kadar glukosa darah yang terkait dengan resistensi insulin berhasil diatasi.

Berdasarkan hal-hal yang telah dijelaskan di atas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Diabetes Mellitus Tipe II dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur.

1.2 Batasan Masalah

Masalah pada studi kasus ini dibatasi pada Asuhan Keperawatan pada dua pasien yang mengalami Diabetes Mellitus Tipe II dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah yang dilaksanakan Asuhan Keperawatan selama 3x24 jam di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur.

1.3 Rumusan Masalah

Prevalensi diabetes mellitus terus meningkat secara global maupun di tingkat nasional. Penyakit ini memiliki dampak serius jika tidak dikelola dengan baik, karena dapat menyebabkan komplikasi yang berbahaya, baik akut maupun kronis. Meskipun pemerintah telah mengimplementasikan berbagai program untuk menurunkan angka kejadian diabetes mellitus, namun angka prevalensi penyakit ini tetap tinggi. Sebagai profesional kesehatan, perawat memainkan peran penting dalam mendukung program pemerintah dalam pengendalian diabetes mellitus. Oleh karena itu penulis tertarik untuk mengetahui lebih jauh bagaimanakah asuhan keperawatan pasien diabetes mellitus tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah?.

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah diperolehnya pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah.

1.4.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien yang mengalami diabetes mellitus tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur.

- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien yang mengalami diabetes mellitus tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien yang mengakami diabetes mellitus tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur.
- d. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pasien yang mengakami diabetes mellitus tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur.
- e. Melakukan evaluasi pasien yang mengakami diabetes mellitus tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis adalah keuntungan yang berkelanjutan dalam perkembangan teori. Diharapkan bahwa karya tulis ilmiah ini akan meningkatkan pemahaman dan wawasan bagi pembaca agar dapat melakukan dan menerapkan pencegahan untuk diri sendiri dan orang di sekitarnya agar tidak mengalami diabetes mellitus tipe II, serta sebagai bahan pertimbangan dalam upaya pengembangan ilmu keperawatan dalam pemberian Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.

1.5.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Perawat diharapkan meningkatkan pengetahuan secara mendalam, meningkatkan keahlian dan keterampilan dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah.

b. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini bisa menjadi bahan pertimbangan dan masukkan dalam meningkatkan pelayanan terutama dibidang keperawatan agar optimal dalam memberikan asuhan keperawatan serta kolaborasi dengan tenaga medis lain.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dimaksudkan agar meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sebelum mahasiswa menjalani perawatan pada pasien dengan diabetes mellitus di rumah sakit.

d. Bagi Pasien/Keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan bahan panduan pasien untuk menjalani perawatan pasien diabetes.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Diabetes Mellitus

2.1.1 Definisi

Diabetes mellitus adalah gangguan metabolisme yang disebabkan oleh tidak mampuan pankreas untuk memproduksi hormon insulin yang cukup. Penyakit ini dapat dikatakan sebagai penyakit kronis karena dapat bersifat menahun. (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Diabetes mellitus adalah suatu keadaan ketika tubuh tidak dapat menggunakan insulin (hormon yang membawa glukosa darah ke sel-sel dan menyimpannya sebagai glikogen). Oleh sebab itu, terjadilah hiperglikemia yang disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal, yang menimbulkan kelainan metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak serta mengakibatkan berbagai komplikasi kronis pada organ tubuh (Aini & Aridiana, 2016).

Berikut kriteria diabetes, pradiabetes, dan normal menurut Dewi (2022).

Tabel 2. 1 Kriteria Diabetes, Pradiabetes, dan Normal (Dewi, 2022)

Jenis	HbA1c (%)	Glukosa Darah Puasa (mg/dL)	Glukosa Plasma 2 Jam Setelah TTGO (mg/dL)
Diabetes	$\geq 6,5$	≥ 126	≥ 200
Pre Diabetes	5,7-6,4	100-125	140-199
Normal	$< 5,7$	< 100	< 140

2.1.2 Etiologi

Penyebab dari diabetes mellitus berdasarkan klasifikasinya menurut Insana Maria (2021), adalah sebagai berikut :

a. Diabetes Mellitus Tipe 1 *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM)

Disebabkan destruktur sel beta autoimun biasanya memicu terjadinya defisiensi insulin absolut. Faktor herediter berupa antibodi sel islet, tingginya insiden HLA tipe DR3 dan DR4. Faktor lingkungan berupa infeksi virus (*Virus Coxsackie, enterovirus, retrovirus, mumps*), defisiensi vitamin D, toksin lingkungan, menyusui jangka pendek, paparan dini terhadap protein kompleks. Berbagai modifikasi epigenetik ekspresi gen juga terobsesi sebagai penyebab genetik berkembangnya diabetes mellitus tipe 1. Individu dengan diabetes mellitus tipe 1 mengalami defisiensi insulin absolut.

b. DM Tipe 2 *Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM)

Akibat resistensi insulin perifer, defek progresif sekresi insulin, peningkatan glukoneogenesis. Diabetes mellitus tipe 2 dipengaruhi faktor lingkungan berupa kegemukan, gaya hidup tidak sehat, diet tinggi karbohidrat,. Diabetes mellitus tipe 2 memiliki presimtomatis atau efek tanda gejala yang belum dimiliki sehingga menyebabkan penegakkan diabetes mellitus tipe 2 dapat tertunda 4-7 tahun.

c. Diabetes Mellitus Gestasional

Diabetes mellitus gestasional (2%-5% dari semua kehamilan). Dm yang didiagnosa selama kehamilan. Dm gestasional terjadi pada 2-5% pada perempuan hamil dan menghilang ketika kehamilannya berakhir. DM ini

lebih sering terjadi pada keturunan Amerika-Afrika, Amerika Hispanik, Amerika Pribumi, dan perempuan dengan riwayat keluarga dengan DM atau berat badan bayi lebih dari 4 kg saat lahir, dan obesitas merupakan salah satu faktor risiko terjadinya DM.

d. Diabetes Mellitus Tipe Lainnya

DM tipe spesifik lain (1%-2% kasus terdiagnosis), mungkin sebagai akibat dari defek genetik fungsi sel beta, penyakit pankreas (misal kistik fibriosis), atau penyakit yang di akibatkan efek dari obat-obatan (glukokortikoid dan tiazid) yang dapat menyebabkan DM.

2.1.3 Klasifikasi

Klasifikasi DM dibagi menjadi dua yaitu (Nurarif & Kusuma, 2015):

a. Klasifikasi Klinis

1. DM

a) DM Tipe 1 *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM)

Disebabkan oleh destruksi sel beta atau pulau langerhans akibat proses autoimun.

b) DM Tipe 2 *Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM)

Disebabkan oleh kegagalan relatif sel beta dan resistensi insulin. Resistensi insulin merupakan terganggunya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati. Pasien dengan DM tipe II ada yang mengalami obesitas dan tanpa obesitas.

2. Gangguan toleransi glukosa

3. Diabetes kehamilan
- b. Klasifikasi Risiko Statistik
1. Sebelumnya pernah menderita kelainan toleransi glukosa.
 2. Berpotensi menderita kelainan glukosa.

2.1.4 Patofisiologi

Haryono dan Susanti (2019) mengemukakan diabetes mellitus tipe 2 termasuk ke dalam jenis sindrom heterogen yang ditandai dengan adanya kelainan metabolisme karbohidrat dan lemak. Penyebab dari adanya diabetes mellitus tipe 2 adalah multi-faktoral yang melingkupi unsur genetik dan lingkungan yang dapat mempengaruhi fungsi sel beta dan jaringan seperti jaringan oto, hati, jaringan adiposa, dan pankreas agar dapat sensitif terhadap insulin. Namun demikian, mekanisme atau penyebab yang mengendalikan interaksi pada kedua gangguan tersebut sehingga sampai saat ini belum diketahui dengan pasti.

Akan tetapi ada beberapa faktor yang disebut-sebut sebagai kemungkinan dalam menghubungkan resistensi insulin dan disfungsi sel beta dalam patogenesis diabetes tipe 2. Faktor-faktoe tersebut ditentukan dari sebagian besar individu yang pusat adiposa viseral. Oleh karena itu, jaringan adiposa memainkan peranan penting dalam patogenesis diabetes tipe 2. Meskipun paradigma utama yang digunakan untuk menjelaskan hubungan ini adalah hipotesis portal atau viresal yang memberikan peran kunci dalam

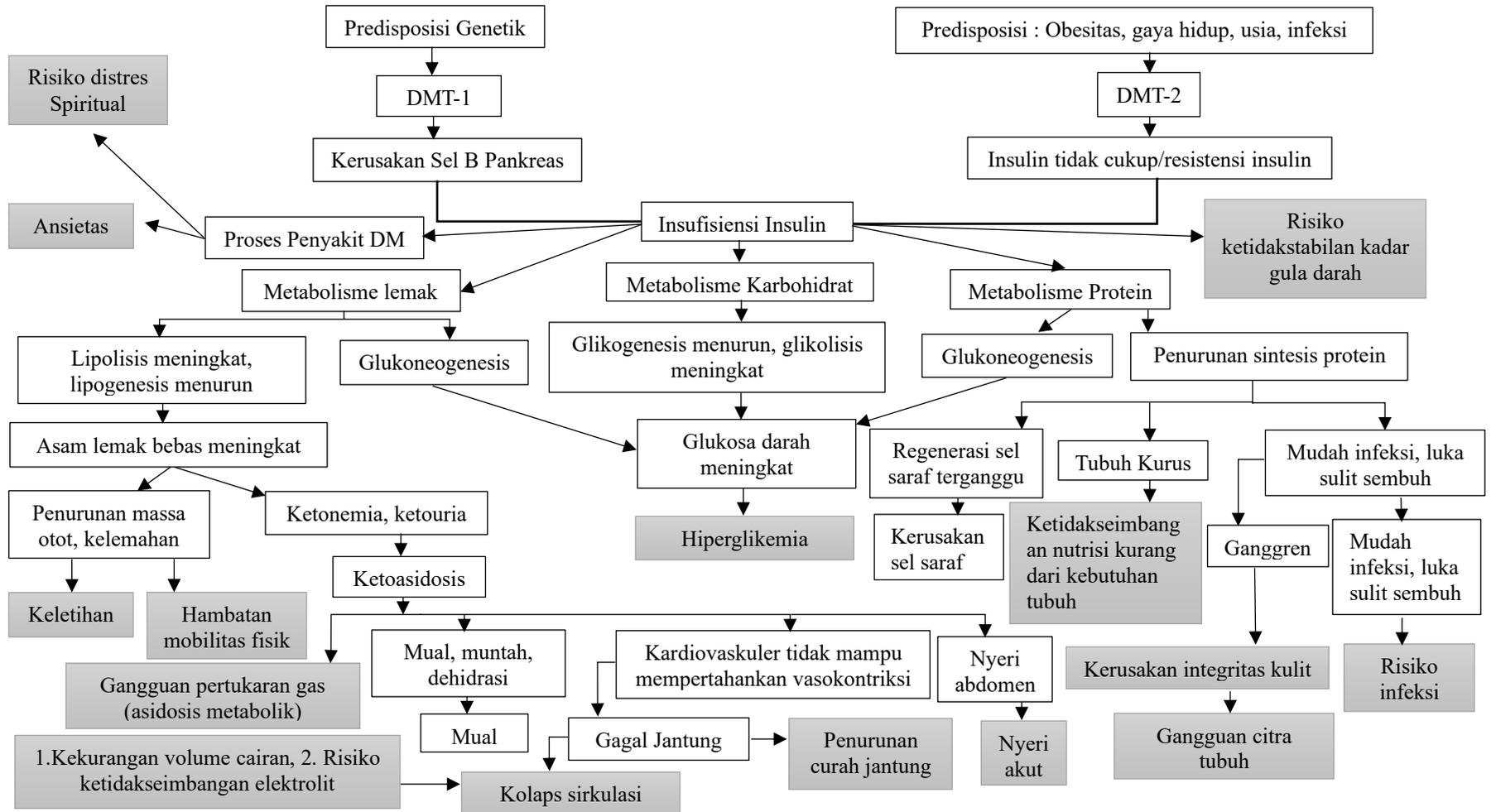
peningkatan konsentrasi asam lemak non-esterifikasi. Ada dua paradigma baru yang muncul setelah paradigma utama ditegakkan, yakni :

- a. Sindrom penyimpanan lemak ektopik atau deposisi trigliserida di otot, hati dan sel pankreas.
- b. Jaringan adiposa sebagai hipotesis organ endokrin yang meliputi sekresi sebagian adipocytokins, yaitu leptin, TNF-alpha, resistin, adiponektin yang terlibat dalam resistensi insulin dan kemungkinan berpengaruh juga terhadap disfungsi sel beta.

Menurut teori yang dikemukakan Saputra tahun 2014 (dikutip dalam Haryono dan Susanti 2019), patofisiologi pada diabetes mellitus tipe 2 dirumuskan ke dalam lima hal, yaitu :

- a. Diabetes mellitus tipe 2 adalah keadaan di mana pelepasan insulin berkurang dan terganggunya reseptor insulin dalam jaringan perifer.
- b. Deplesi insulin di sel-sel yang dependen insulin mengakibatkan laju ambilan glukosa pada sel berkurang secara nyata.
- c. Glukogenesis mengalami peningkatan karena berkurangnya stimulasi metabolisme glukosa, di mana keadaan tersebut menyebabkan hiperglikemia dan glukosuria.
- d. Insulin yang berkurang dapat memicu pelepasan asam-asam lemak bebas yang tidak dapat dimetabolisir dan dilepas dalam bentuk keton bodies ke dalam darah dan urine.

Tabel 2. 2 Patofisiologi Diabetes Mellitus (Aini & Aridiana, 2016)



2.1.5 Faktor Risiko

Berdasarkan laporan penelitian data yang diperoleh selama 10 tahun terakhir telah mengidentifikasi beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan diabetes mellitus tipe 2, yaitu faktor risiko yang tidak dapat diubah dan faktor risiko yang dapat diubah (Utomo, et al., 2020).

a. Faktor Risiko Yang Tidak Dapat Diubah

1. Riwayat Keluarga Dengan DM. Peran genetik riwayat keluarga dapat meningkatkan risiko DM. Jika ada anggota keluarga yang mengidap DM maka akan mempunyai resiko lebih tinggi terkena DM. Hal ini dibuktikan dengan faktor penentu genetik diabetes yang berhubungan, dengan tipe histokompatibilitas HLA yang spesifik.
2. Usia. Usia mempengaruhi risiko terkena diabetes. Di negara berkembang usia beresiko adalah usia di atas 45 tahun, dan negara maju populasi beresiko usia 65 tahun ke atas. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fauziyyah & Utama (2024) yang melaporkan bahwa sebanyak 6 dari 7 artikel penelitian (80% yang menunjukkan bahwa usia berpengaruh dengan kejadian diabetes mellitus.

Faktor yang tidak dapat diubah selanjutnya adalah jenis kelamin. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Laia & Veronika (2024) jenis kelamin perempuan memiliki faktor risiko lebih tinggi sebanyak 85,8% terkena DM, sedangkan laki-laki sebesar 14,2% dengan jumlah responden 106 orang.

b. Faktor Risiko Yang Dapat Diubah

1. **Obesitas.** Obesitas merupakan penimbunan lemak yang sangat besar di dalam tubuh. Kalori yang masuk ke dalam tubuh lebih besar dibandingkan aktivitas fisik yang dibakar, sehingga lemak menumpuk dan meningkatkan risiko terjadinya DM tipe 2. Kriteria obesitas adalah BMI (*Body Mass Indeks*) diatas atau sma dengan 25 atau lingkar perut diatas atau sama dengan 80 cm pada wanita dan diatas atau sama dengan 90 cm pada pria.
2. **Kurang Aktifitas Fisik.** Kurangnya aktivitas fisik yang dapat membakar kalori meningkatkan risiko terjadinya DM tipe 2. Kelompok sosial yang berpendapatan tinggi biasanya jarang melakukan aktivitas fisik. Strategi terbaik untuk mencegah DM tipe 2 adalah pengendalian berat badan dan aktivitas fisik minimal 30 menit sehari.
3. **Hipertensi.** Dalam penelitian didapatkan riwayat hipertensi erat kaitannya dengan kasus DM tipe 2. Risikonya menjadi 2,629 kali lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak menderita hipertensi.
4. **Dislipidemia.** Dislipidemia adalah suatu kondisi dimana kadar lemak dalam darah meningkat. Hal ini dapat menyebabkan risiko DM tipe 2. Dislipidemia tidak menimbulkan gejala sehingga kita harus melakukan pemeriksaan darah untuk mendeteksi dislipidemia pada tahap awal. Dislipidemia sering mengiringi DM, baik dislipidemia primer (akibat kelainan genetik) maupun dislipidemia sekunder (akibat DM, karena resistensi maupun defisiensi insulin). Toksisitas lipid memicu proses aterogenesis menjadi lebih progresif. Lipoprotein

akan mengalami pergantian akibat perubahan metabolik pada DM seperti proses glikasi beserta oksidasi. Hal ini sapat menyebabkan risiko resistensi insulin semakin tinggi sehingga menyebabkan terjadinya DM tipe 2.

5. Kebiasaan Merokok. Merokok merupakan faktor risiko paling umum untuk beberapa penyakit, termasuk DM tipe 2. Penelitian menunjukkan nikotin dan bahan kimia berbahaya lainnya dapat menurunkan sensitivitas insulin. Nikotin dapat meningkatkan kadar katekolamin dalam tubuh, termasuk adrenalin dan noradrenalin. Naiknya tekanan darah, denyut jantung, glukosa darah, dan pernapasan merupakan efek yang disebabkan oleh pelepasan adrenalin tersebut.
6. Pengelolaan Stress. Ketika penderita DM tipe 2 mengalami tekanan mental, gula darahnya meningkat. Adrenalin dan kortisol merupakan hormon yang muncul saat stress. Hormon ini meningkatkan kadar hormon katekolamin dalam tubuh.

Selain itu faktor risiko lainnya yang dapat membuat DM tipe 2 terjadi karena kualitas tidur yang kurang baik. Sebuah penelitian oleh Wardani *et al* tahun 2019 (dikutip dalam Bingga 2021) yang melaporkan kualitas tidur yang baik merupakan kondisi dimana seseorang puas terhadap tidurnya sehingga tidak menunjukkan perasaan lelah saat tidur, lesu, gelisah, kehitaman disekitar mata, konjungtiva merah, sering menguap, atau mengantuk sehingga sakit kepala. Kualitas tidur yang terganggu dapat menjadi salah satu faktor risiko

penyakit DM dan sebaliknya DM dapat menyebabkan gangguan tidur karena munculnya gejala *nocturia* dan nyeri.

2.1.6 Manifestasi Klinis

Tabel 2.3 Manifestasi Klinis Diabetes Mellitus (*Dewi, 2022*)

Manifestasi Klinis	Dasar Patofisiologi
Poliuri (Sering Buang Air Kecil)	Air tidak diserap kembali oleh tubulus ginjal sekunder untuk aktivitas osmotik glukosa, mengarah kepada kehilangan air, glukosa, dan elektrolit.
Polidipsi (Haus Berlebihan)	Dehidrasi sekunder terhadap poliuri menyebabkan haus.
Polifagi (Lapar Berlebihan)	Kelaparan sekunder terhadap katabolisme jaringan menyebabkan rasa lapar.
Penurunan Berat Badan	Kehilangan awal sekunder terhadap penipisan simpanan air, glukosa, dan trigliserid; kehilangan kronis sekunder terhadap penurunan massa otot, karena asam amino dialihkan membentuk glukosa dan keton.
Pandangan Kabur	Sekunder terhadap paparan kronis retina dan lensa mata terhadap cairan hiperosmolar.
Ketonuria	Ketika glukosa tidak dapat digunakan untuk energi oleh sel tergantung insulin, asam lemak akan dipecah menjadi keton dalam darah dan dieksresikan oleh ginjal; pada DM tipe 2, insulin cukup untuk menekan berlebihan penggunaan asam lemak tapi tidak cukup untuk penggunaan glukosa.
Lemah dan Letih, Pusing	Penurunan isi plasma mengarah kepada postural hipertensi, kehilangan kalium dan katabolisme protein berkontribusi terhadap kelemahan.
Sering Asimtomatik	Tubuh dapat “menyesuaikan” terhadap peningkatan pelan-pelan kadar glukosa darah sampai tingkat lebih besar dibandingkan peningkatan yang cepat.

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015), manifestasi klinis DM dikaitkan dengan konsekuensi *metabolic defisiensi insulin*. Berikut tanda dan gejala pada DM :

- a. Kadar glukosa puasa tidak normal.
- b. Hiperglikemia berat berakibat glucosuria yang akan menjadi diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urine (polyuria) dan timbul rasa haus (polidipsia).

- c. Rasa lapar yang semakin besar (polifagia), berat badan menurun.
- d. Lelah dan mengantuk.
- e. Gejala lain yang dikeluhkan adalah kesemutan, gatal, mata kabur, impotensi, dan peruritis vulva.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang biasa diterapkan pada pasien diabetes mellitus tipe 2 yakni :

- a. Tes *Glycated Hemoglobin* (A1C)

Pada tes darah ini, bertujuan untuk memperlihatkan bebrapa kadar gula darah rata-rata di dalam tubuh selama dua hingga tiga bulan terakhir. A1C nantinya akan mengukur presentase gula darah yang melekat pada hemoglobin, dan protein yang membawa oksigen ke dalam sel darah merah. Jika ditemukan semakin tinggi kadar gula darahnya, maka akan semakin banyak hemoglobin dengan gula yang menempel. Saat hasil tes menunjukkan tingkat A1C adalah 6,5% atau bahkan lebih dan terjadi jumlah seperti itu berturut-turut pada tes terpisah, maka hal tersebut telah positif menunjukkan seseorang menderita diabetes. Hasil antara 5,7%-6,4% masih dianggap pradiabetes, yang nantinya akan membuat seseorang dengan kadar itu beresiko tinggi terkena diabetes; sedangkan untuk kadar normalnya adalah di bawah 5,7% (Haryono & Susanti, 2019).

- b. Tes Gula Darah Puasa

Sampel darah akan diambil setelah puasa semalam selama 8-10 jam. Tingkat gula darah puasa kurang dari 100 mg/dL (5,6 mmol/L) adalah

normal. Tingkat gula darah puasa lebih dari 100-125 mg/dL (5,6-6,9 mmol/L) dianggap prediabetes. Jika 126 mg/dL (7 mmol/L) atau lebih pada dua tes terpisah berarti pasien menderita diabetes (Subiyanto, 2019).

c. Tes Gula Darah Acak

Sampel darah akan diambil pada waktu acak. Pada pemeriksaan ini, biasanya nilai gula darah dinyatakan dalam miligram per desiliter (mg/dL) atau milimoles per liter (mmol/L). Tentunya pemeriksaan ini terlepas dari kapan seseorang terakhir makan, jika kadar gula darah acak ditemukan sebesar 200 mg/dL atau 11,1 mmol/L berarti hasil positif menunjukkan diabetes, terutama bila data tersebut dikaitkan dengan salah satu tanda dan gejala diabetes, seperti sering buang air kecil dan haus ekstrim (Haryono & Susanti, 2019).

d. Tes Toleransi Glukosa Oral

Pada tes ini proses pengambilan sample darah tidak berbeda jauh dengan tes gula darah puasa, dimana pasien harus berpuasa dalam waktu 8-10 jam, namun minum air putih tanpa gula tetap diperbolehkan. Setelah diperiksa kadar gula darah puasa, pasien diberi glukosa 75 gram yang dilarutkan dalam air 250 cc, lalu diminum dalam waktu 5 menit, selanjutnya berpuasa kembali. Setelah 2 jam kemudian glukosa darah diperiksa. Kadar gula darah kurang dari 140 mg/dL (7,8 mmol/L) adalah normal. Kadar gula antara 140 dan 199 mg/dL (7,8 mmol/L dan 11,0 mmol/L) menunjukkan prediabetes. Kadar gula 200 mg/dL (11,0 mmol/L) atau lebih tinggi setelah dua jam pembebanan glukosa dapat mengindikasikan diabetes.

e. Tes Gula Darah Sewaktu

Glukosa Darah Sewaktu (GDS) atau *Blood Sugar Sometimes* (BSS) adalah pengukuran kadar glukosa dalam darah pasien yang dilakukan tanpa keharusan berpuasa dan dapat dilakukan kapan saja. Pemeriksaan GDS sering digunakan sebagai alat skrining untuk diabetes serta untuk memantau kadar glukosa darah secara rutin pada pasien diabetes. Metode pemeriksaan glukosa darah sewaktu dapat menggunakan test strip untuk sampel darah kapiler dan menggunakan fotometer untuk sampel serum atau plasma. (Badrawi & Nugraha, 2018)

Nurarif dan Kusuma (2015), mengungkapkan dalam teorinya jenis tes laboratorium pada pasien diabetes mellitus dapat berupa tes saring, tes diagnostik, tes pemantauan terapi, dan tes untuk mendeteksi komplikasi. Berikut pemaparannya :

a. Tes Saring

1. GDP, GDS

2. Tes Glukosa Urine

a) Tes Konvensional (metode reduksi/*Benedict*)

b) Tes Carik Celup (metode *glucose oxidase*/hexokinase)

b. Tes Diagnostik

Tes yang dilakukan yaitu : GDP, GDS, GD2PP (Glukosa Darah 2 Jam Post Prandial), Glukosa jam ke-2 TTGO

c. Tes Pemantauan Terapi

1. GDP : Plasma vena, darah kapiler

2. GD2PP : Plasma vena

3. A1C : Darah vena, darah kapiller
- d. Tes Untuk Mendeteksi Komplikasi
1. Mikroalbuminuria : Urin
 2. Ureum, Kreatinin, Asam Urat
 3. Kolestrol total : Plasma vena (puasa)
 4. Kolestrol LDL : Plasma vena (Puasa)
 5. Kolestrol HDL : Plasama vena (Puasa)
 6. Trigliserida : Plasma vena (puasa)

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi Diabetes Mellitus yang seing terjadi adalah sebagai berikut (Huda, 2017) :

- a. Akut
 1. Hipoglikemia atau hiperglikemia.
 2. Penyakit makrovaskuler : mengenal pembuluh darah besar, penyakit jantung koroner (cerebrivaskuler, penyakit pembuluh darah kapiler).
 3. Penyakit mikrovaskuler, mengenal pembuluh darah kecil, retinopati, nefropati.
 4. Neuropati saraf sensorik (berpengaruh terhadap ekstremitas) saraf otonom berpengaruh pada gastro intestinal kardiovaskuler.
- b. Komplikasi menahun Diabetes Mellitus
 1. Neuropatik diabetik
 2. Retinopatik diabetik
 3. Nefropati diabetik
 4. Proteinuria

5. Kelainan koroner
6. Ulkus/ganggren

Terdapat lima grade ulkus diabetikum antara lain :

- a) Grade 0 : Tidak ada luka
- b) Grade I : Kerusakan hanya sampai pada permukaan kulit
- c) Grade II : Kerusakan kulit mencapai otot dan tulang
- d) Grade III : Terjadi abses
- e) Grade IV : Ganggren pada kaki bagian distal
- f) Grade V : Ganggren pada seluruh kaki dan tungkai bawah distal

2.1.9 Penatalaksanaan

Menurut teori yang di kemukakan oleh PERKENI tahun 2015 (dikutip dalam Dewi 2022) menyebutkan bahwa tujuan penatalaksanaan secara umum adalah meningkatkan kualitas hidup penyandang diabetes mellitus. Tujuan penatalaksanaan meliputi :

- a. Tujuan jangka pendek : Menghilangkan keluhan DM, memperbaiki kualitas hidup, dan mengurangi risiko komplikasi akut.
- b. Tujuan jangka panjang : Mencegah dan menghambat progresivitas penyulit mikroangiopati dan makroangiopati.
- c. Tujuan akhir pengelolaan adalah turunya morbiditas dan mortalitas DM.

Menurut (Parkeni, 2021) dalam penatalaksanaan Diabetes Mellitus terdapat 5 pilar yang harus dilakukan dengan tepat, yaitu:

- a. Pendidikan/edukasi

Peran perawat sebagai edukator, dimana pembelajarannya adalah pendidikan kesehatan, mengacu pada semua tahapan kesehatan dan tingkat pencegahannya. Perawat harus mampu memberikan pendidikan kesehatan dalam bidang pencegahan penyakit, pemulihan, penyusunan program pendidikan kesehatan, dan informasi kesehatan yang tepat. Agar perawat dapat menjalankan perannya sebagai pendidik pasien dan keluarga, perawat harus memiliki pemahaman dengan prinsip belajar dan mengajar.

b. Pemantauan Glukosa Darah Mandiri

Pemantauan Glukosa Darah Mandiri (PGDM) merupakan pemeriksaan glukosa darah secara berkala yang dapat dilakukan oleh kasus Diabetes Mellitus yang telah mendapatkan edukasi dari tenaga kesehatan terlatih, PGDM dapat memberikan informasi tentang variabilitas glukosa darah harian. seperti glukosa darah setiap belum makan, satu atau dua jam setelah makan, atau sewaktu-waktu pada kondisi tertentu. Penelitian menunjukkan bahwa PGDM mampu memperbaiki pencapaian kendali glukosa darah, menurunkan morbiditas, mortalitas, serta menghemat biaya kesehatan jangka panjang yang terkait dengan komplikasi akut maupun kronik (Parkeni, 2019).

c. Terapi gizi medis

Mengatur pola makan penderita diabetes sangatlah penting. Tujuan dari penatalaksanaan nutrisi ini adalah untuk membantu pasien memperbaiki nutrisi dan memperbaiki kontrol metabolik yang terermin pada glukosa, lipid dan tekanan darah. Mengatur pola makan penderita diabetes tipe 2 merupakan bagian dari pengelolaan diabetes secara keseluruhan.

1. Jumlah makanan

Kalori yang dikonsumsi penderita diabetes per hari dibagi menjadi 3 besar dan 3 kecil, dengan sarapan pagi mengkonsumsi 20% kalori, makanan ringan antara sarapan dan makan siang mengkonsumsi 10% kalori, dan makan siang mengkonsumsi 25% kalori, makan malam mengkonsumsi 25% kalori dan snack sebelum tidur 10% kalori.

Untuk menentukan jumlah kalori yang dibutuhkan penderita diabetes mellitus dengan memperhatikan faktor-faktor sebagai berikut

- a) Jenis kelamin
- b) Umur
- c) Aktifitas fisik/pekerjaan
- d) Berat badan (BB)

2. Jenis makanan.

Makanan yang harus dihindari antara lain makanan tinggi karbohidrat sederhana, makanan tinggi kolesterol, lemak trans dan lemak jenuh, serta tinggi sodium. Makanan yang mengandung karbohidrat yang mudah dicerna seperti sirup, gula, dan jus buah sebaiknya dihindari. Sayuran berkarbohidrat tinggi seperti buncis, kacang panjang, wortel, daun singkong dan bayam sebaiknya dibatasi untuk menghindari jumlah yang banyak. Buah-buahan berkalori tinggi seperti nanas, anggur, mangga, sup, pisang, alpukat, dan sawo harus dibatasi. Sayuran yang boleh dimakan bebas adalah sayuran rendah kalori seperti ketimun, labu siam, labu siam, lobak, selada air, jamur kuping dan tomat (ADA, 2010). Makanan yang diperbolehkan adalah sumber karbohidrat

kompleks, produk serat yang larut dalam air, dan makanan yang telah diproses dengan sedikit minyak. Penggunaan gula murni hanya diperbolehkan sebagai bumbu

d. Latihan jasmani

Aktivitas fisik dilakukan secara rutin 3-4 kali seminggu selama 30 menit. Olah raga yang dianjurkan adalah aerobik (berjalan, bersepeda santai, jogging dan berenang). Pelatihan fisik menyesuaikan dengan usia dan meningkatkan aktivitas aktif. Latihan fisik berguna untuk menurunkan berat badan dan meningkatkan sensitivitas insulin, yang meningkatkan gula darah.

Latihan fisik sangat penting dalam mengobati diabetes karena menurunkan gula darah dan mengurangi faktor risiko kardiovaskular. Latihan fisik menurunkan gula darah dengan meningkatkan pengambilan glukosa ke dalam otot dan meningkatkan penggunaan insulin. Latihan fisik juga meningkatkan sirkulasi dan kondisi otot. Latihan ketahanan (resistance training) dapat meningkatkan massa tubuh tanpa lemak sehingga meningkatkan laju metabolisme istirahat (resting) Anda. Semua efek tersebut sangat bermanfaat pada penderita diabetes karena dapat menurunkan berat badan, menghilangkan stres dan menjaga kesegaran tubuh.

e. Terapi farmakologis

Diberikan bersama dengan pengaturan makan dan latihan jasmani (gaya hidup sehat). Terapi farmakologis terdiri atas obat oral dan bentuk suntikan.

1. Tablet atau obat hipoglikemik oral (OHO)

Merupakan obat yang menurunkan kadar gula darah dan diresepkan oleh dokter khusus untuk penderita diabetes. Obat gula darah bukanlah hormon insulin yang diberikan secara oral. OHO bekerja dalam beberapa cara untuk menurunkan kadar glukosa.

2. Insulin

Insulin yang beredar di pasaran saat ini adalah insulin manusia, yang relatif murni dan dibuat secara genetik. Insulin adalah bahan sintetis yang tidak berasal dari hewan. Insulin bekerja melalui reseptor insulin, yang ditemukan terutama di sel hati, sel otot, dan sel lemak. Insulin berfungsi untuk mengangkut glukosa dari darah ke dalam sel. Kini juga telah dikembangkan cara baru suntik insulin yang sangat mudah dan aman serta dapat Anda bawa kemana saja karena berbentuk pulpen. Penderita diabetes yang menerima insulin secara mandiri. Dokter atau perawat Anda akan mengajari Anda bagaimana dan di mana menyuntik dengan benar. Hipoglikemia merupakan komplikasi yang memerlukan perhatian dan dapat terjadi bila terdapat ketidaksesuaian antara pola makan, aktivitas fisik, dan jumlah insulin yang disuntikkan.

2.2 Konsep Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

a. Pengertian Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah variasi dimana kadar glukosa darah mengalami peningkatan atau penurunan dari kadar nilai normal yaitu mengalami hiperglikemia atau hipoglikemia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Hiperglikemia merupakan kondisi medik yang terjadi akibat peningkatan kadar glukosa di dalam darah melebihi batas normal atau lebih besar dari 125 mg/dL saat puasa dan lebih dari 180 mg/dL dua jam postprandial. Hipoglikemia (kadar glukosa darah di bawah nilai normal atau rendah) terjadi apabila kadar glukosa turun di bawah 50 sampai 60 mg/dL. Hipoglikemia sering didefinisikan sebagai kadar glukosa plasma di bawah 70 mg/dL, namun tanda dan gejala sering kali tidak muncul sampai kadar glukosa plasma turun di bawah 55 mg/dL (Boy & Rosares, 2022).

b. Penyebab Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017) penyebab dari ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitu :

1. Hiperglikemia

- a) Disfungsi pankreas
- b) Resistensi insulin
- c) Gangguan toleransi glukosa darah
- d) Gangguan glukosa darah puasa

2. Hipoglikemia

- a) Penggunaan insulin atau obat glikemik oral
- b) Hiperinsulinemia (misalnya insulinoma)
- c) Endokrinopati (misalnya kerusakan adrenal atau pituitari)
- d) Disfungsi hati
- e) Disfungsi ginjal kronis
- f) Efek agen farmakologis
- g) Tindakan pembedahan neoplasma

- h) Gangguan metabolik bawaan (misalnya gangguan penyimpanan lisosomal, galaktosemia, gangguan penyimpanan glikogen).

Kondisi klinis yang mengakibatkan glukosa dalam darah tidak stabil yaitu :

1. Diabetes mellitus
2. Ketoasidosis diabetik
3. Hipoglikemia
4. Hiperglikemia
5. Diabetes gestasional
6. Penggunaan kortikosteroid
7. Nutrisi parental total (TPN)

c. Tanda dan Gejala Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Ada 2 jenis tanda dan gejala yaitu tanda gejala mayor, dan tanda gejala minor. Mayor adalah tanda dan gejala yang ditemukan 80%-100% untuk menegakkan diagnosis. Sedangkan minor adalah tanda dan gejala yang tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat menunjang untuk penegakkan diagnosis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) Berikut merupakan tanda gejala yang muncul karena ketidakstabilan kadar glukosa darah :

1. Hiperglikemia

a) Tanda dan gejala mayor

Subjektif : Mengeluh lelah atau lesu.

Objektif : Hasil kadar glukosa dalam darah/urin cenderung naik atau tinggi.

b) Tanda dan gejala minor

Subjektif : Mulut terasa kering, dan rasa haus meningkat.

Objektif : Peningkatan jumlah urin.

2. Hipoglikemia

a) Tanda dan gejala mayor

Subjektif : Mengeluh mudah mengantuk, dan kepala terasa pusing.

Objektif : Terlihat adanya gangguan koordinasi, dan hasil kadar glukosa dalam darah/urin cenderung turun atau rendah.

b) Tanda dan gejala minor

Subjektif : Palpitasi atau jantung terasa berdenyut kencang serta sensasi seperti berdebar tidak beraturan, dan mengeluh lapar.

Objektif : Gemetar, kesadaran menurun, perilaku aneh, kesulitan dalam berbicara, dan keringat berlebih.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Data yang dikumpulkan dalam pengkajian ini meliputi bio-psiko-sosio-spiritual (Huda, 2017).

Pengkajian pasien DM tipe 2 meliputi :

a. Identitas Pasien

1. Usia (DM tipe 2 umur diatas 45 tahun)

2. Jenis kelamin ini sebagian besar dijumpai pada perempuan dibandingkan laki-laki, karena faktor risiko terjadi diabetes mellitus pada perempuan 3-7 kali lebih tinggi.
- b. Riwayat Keperawatan
1. Keluhan Utama/ Alasan Masuk Rumah Sakit
Pasien mengungkapkan mudah lelah, mudah mengantuk, kram otot, sering kencing, penglihatan kabur, hingga penurunan kesadaran.
 2. Kronologis keluhan
- c. Riwayat Kesehatan
1. Riwayat Penyakit Sekarang
Sering BAK, lapar serta haus. Berat badan naik. Pengidap umumnya belum mengetahui apakah mereka mengalami penyakit diabetes mellitus samapi setelah mereka melakukan pemeriksaan.
 2. Riwayat Penyakit Dahulu
Diabetes mellitus tipe 2 bisa berkembang sebagai akibat dari kehamilan, penyakit pankreas, terganggunya penerimaan insulin, gangguan hormonal, mengonsumsi obat-obatan diantaranya glukokortikoid, furosemide, thiazide, beta bloker, kontrasepsi yang berisi estrogen, hipertensi, serta obesitas.
 3. Riwayat Penyakit Keluarga
Ditemukan adanya kelainan genetik yang menyebabkan tubuh tidak bisa memproduksi insulin dengan baik.
- d. Riwayat psikososial dan spiritual meliputi :

Adakah orang terdekat dengan pasien, interaksi dalam keluarga, dampak penyakit pasien terhadap keluarga, masalah yang mempengaruhi pasien, mekanisme coping terhadap stress, persepsi pasien terhadap penyakitnya, sistem nilai kepercayaan, kondisi lingkungan rumah.

Pola kebiasaan sebelum dan dirumah sakit. Hal yang dikaji sebagai berikut :

1. Pola Nutrisi meliputi : Frekuensi makan, nafsu makan, alasan tidak nafsu makan, porsi makan yang dihabiskan, makanan yang tidak disukai, makanan yang membuat alergi, makanan pantangan, makanan diet, penggunaan obat-obatan sebelum makan, penggunaan alat bantu (NGT, dll).
2. Pola Eliminasi : BAK : frekuensi perhari, warna, keluhan, penggunaan alat bantu (kateter, dll). BAB : Frekuensi, waktu (pagi/siang/malam/tidak tentu), warna, konsistensi, keluhan, penggunaan laxatif.
3. Pola Personal Hygiene : Mandi : Frekuensi, waktu (pagi/sore/malam). Oral hygiene: Frekuensi berapa kali perhari, waktu (pagi/siang/setelah makan). Cuci rambut : frekuensi per minggu.
4. Pola Istirahat tidur : Lama tidur siang berapa jam/hari, lama tidur malam berapa jam perhari, dan kebiasaan sebelum tidur.
5. Pola Aktifitas dan latihan : Waktu bekerja (pagi/siang/malam), olahraga, jenis olahraga, frekuensi olahraga, keluhan dalam beraktifitas (pergerakan tubuh/mandi/mengenakan pakaian/sesak setelah beraktivitas dll).

6. Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan: Merokok : frekuensi, jumlah, lama pemakaian. Minuman keras/NABZA : Frekuensi, jumlah, lama pemakaian.

e. Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan fisik umum meliputi : Berat badan, tinggi badan, keadaan umum, pembesaran kelenjar getah bening.
2. Sistem pengelihatn terdiri atas : Posisi mata, kelopak mata, pergerakan bola ,mata, konjungtiva, kornea, sklera, pupil, otot-otot mata, fungsi pengelihatn, tanda-tanda radang, pemakaian kontak lens, reaksi terhadap cahaya.
3. Sistem pendengaran meliputi : Kondisi kedua daun telinga, karakteristik serumen (warna, konsistensi, bau), kondisi telinga Tengah, cairan dari telinga, perasaan penuh di telinga, tinnitus, fungsi pendengaran, gangguan keseimbangan, pemakaian alat bantu.
4. Sistem wicara meliputi : Normal atau tidaknya system wicara pada pasien.
5. Sistem pernapasan terdiri dari :Jalan nafas, pernapasan sesak atau tidak, penggunaan otot bantu pernapasan, frekuensi pernapasan, irama nafas, jenis pernapasan, kedalaman napas, batuk ada atau tidak, sputum ada atau tidak, konsistensi, terdapat darah atau tidak, palpasi dada, perkusi dada, suara napas, nyeri saat bernapas, penggunaan alat bantu napas.
6. Sistem kardiovaskuler meliputi : Sirkulasi peripher : Nadi, tekanan darah, distensi vena jugularis, temperature kulit, warna kulit,

- pengisian kapiler, edema. Sirkulasi jantung : kecepatan denyut apical, irama, kelainan bunyi jantung, sakit dada (timbulnya karakteristik, skala nyeri).
7. Sistem hematologi terdiri dari : Ada pucat atau tidak, ada perdarahan atau tidak.
 8. Sistem syaraf pusat meliputi : Keluhan sakit kepala, tingkat kesadaran, GCS, tanda-tanda peningkatan TIK, gangguan sistem persyarafan (kejang, pelo, mulut mencong, polineuritis/kesemutan, kelumpuhan ekstremitas kanan/kiri/atas/bawah), pemeriksaan reflek fisiologis, reflek patologis.
 9. Sistem pencernaan meliputi : Keadaan mulut. gigi, penggunaan gigi palsu, stomatitis, lidah kotor, salifa, muntah (isi, warna, frekuensi, jumlah), nyeri daerah perut, skala nyeri, lokasi dan karakteristik nyeri, bising usus, diare (lamanya, warna faeces), konstipasi, hepar, abdomen.
 10. Sistem endokrin meliputi : Pembesaran kelenjar tiroid, nafas berbau keton, poliuri, polidipsi, poliphagi, luka ganggren, dan kondisi luka.
 11. Sistem urogenital meliputi : Balance cairan, perubahan pola berkemih, BAK, distensi/ketegangan kandung kemih, keluhan sakit pinggang, skala nyeri.
 12. Sistem integumen meliputi : Turgor kulit, temperatur kulit, warna kulit, keadaan kulit, adakah luka, kelainan kulit, kondisi kulit daerah pemasangan infus, keadaan rambut.

13. Sistem muskuloskeletal meliputi : Kesulitan dalam pergerakan, sakit pada tulang, sendi, kulit, fraktur, lokasi fraktur, kondisi fraktur, kelainan bentuk tulang sendi, kelainan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot, serta kekuatan otot.
14. Data tambahan (Pemahaman pasien tentang penyakitnya).
15. Data penunjang.
16. Penatalaksanaan (Therapi/pengobatan termasuk diet).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

a. Definisi

Masalah keperawatan merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respon pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya (PPNI, 2017).

b. Kriteria mayor dan minor

Kriteria mayor adalah tanda dan gejala yang ditemukan sekitar 80-100% untuk validasi diagnose. Sedangkan kriteria minor adalah tanda dan gejala yang tidak harus ditemukan, namun dapat mendukung penegakkan diagnosis (PPNI, 2017).

c. Faktor yang berhubungan

Kondisi atau situasi yang berkaitan dengan suatu masalah yang dapat menunjang kelengkapan data untuk menegakkan suatu diagnosis atau masalah keperawatan (PPNI, 2017).

d. Definisi diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap respon pasien dan terhadap suatu masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017)

Diagnosa keperawatan yang dapat terjadi pada pasien diabetes mellitus tipe 2 yaitu :

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027).
 - a) Definisi : Variasi kadar glukosa dalam darah meningkat/menurun dari rentang normal
 - b) Penyebab : Hiperglikemia ; Disfungsi pankreas, resistensi insulin, gangguan toleransi glukosa darah). Hipoglikemia ; Penggunaan insulin atau obat glikemik oral, hiperinsulinemia (mis. Insulinoma), endokrinopati (mis. Kerusakan adrenal atau pituitari), disfungsi hati, disfungsi ginjal kronis, efek agen farmakologis, tindakan pembedahan neoplasma, gangguan metabolik bawaan (mis. Gangguan penyimpanan lisosomal, galaktosemia, gangguan penyimpanan glikogen).
 - c) Tanda dan gejala mayor
Subjektif : Hiperglikemia ; Lelah atau lesu. Hipoglikemia ; Mengantuk, pusing.
Objektif : Hiperglikemia ; Kadar glukosa dalam darah/urin rendah.. Hipoglikemia ; Gangguan koordinasi, kadar glukosa dalam darah/urin rendah.
 - d) Tanda gejala minor

Subjektif : Hiperglikemia ; Mulut kering, haus meningkat.
Hipoglikemia ; Palpitasi, mengeluh lapar.

Objektif : Hiperglikemia ; Jumlah urin meningkat. Hipoglikemia ;
Gemetar, kesadaran menurun, perilaku aneh, sulit berbicara,
berkeringat.

2. Defisit nutrisi (D.0019).

a) Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan
metabolisme

b) Penyebab : Ketidakmampuan menelan makanan,
ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan
mengabsorpsi nutrient, peningkatan kebutuhan metabolisme,
faktor ekonomi (finansial tidak mencukupi), faktor psikologis
(stress, keengganan untuk makan).

c) Tanda dan gejala mayor

Subjektif : (Tidak tersedia)

Objektif : Berat badan menurun, minimal 10% dibawah rentang
ideal

d) Tanda dan gejala minor

Subjektif : Cepat kenyang setelah makan, kramas atau nyeri
abdomen, serta nafsu makan berkurang.

Objektif : Bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot
menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, serum
albumin turun, rambut rontok berlebih, serta diare.

3. Hipovolemia (D.0034).

a) Definisi : Penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan atau intaselular.

b) Penyebab : Kehilangan cairan aktif, kegagalan mekanisme regulasi, peningkatan permeabilitas kapiler, kekurangan intake cairan, evaporasi.

c) Tanda dan gejala mayor

Subjektif : (Tidak tersedia).

Objektif : Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat.

d) Tanda dan gejala minor

Subjektif : Merasa lemah, mengeluh haus.

Objektif : Pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, konsentrasi urin meningkat, berat badan turun tiba-tiba.

4. Nyeri akut (D.0077).

a) Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan

b) Penyebab : Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, dan neoplasma), agen pencedera fisik (abses, amputasi, terbakar,

terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, dan latihan fisik berlebihan).

c) Tanda dan gejala mayor :

Subjektif ; Mengeluh nyeri.

Objektif ; Terlihat meringis, bersikap protektif (waspada, posisi menghindar nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur.

d) Tanda dan gejala minor

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif : Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis

5. Gangguan integritas kulit/ jaringan (D.0129).

a) Definisi : Kerusakan kulit (dermis atau epidermis), jaringan (membrane mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartila kapsul sendi atau ligamen)

b) Penyebab : Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan atau kelebihan volume cairan, suhu lingkungan ekstrem, kelembapan.

c) Tanda dan gejala mayor

Subjektif : (Tidak tersedia).

Objektif : Kerusakan jaringan atau lapisan kulit.

d) Tanda dan gejala minor

Subjektif : (Tidak tersedia)

Objektif : Nyeri, perdarahan, kemerahan, serta hematoma

6. Risiko infeksi di tandai dengan penyakit kronis (diabetes mellitus).

(D.0142)

a) Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

b) Penyebab :

Faktor Risiko : Penyakit kronis (mis. diabetes. Melitus), efek prosedur invasi, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok, statis cairan tubuh), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, imununosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat).

Kondisi Klinis : AIDS, luka bakar, penyakit paru obstruksi kronis, diabetes mellitus, tindakan invasif, kondisi penggunaan terapi steroid, ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW), kanker, gagal ginjal, imunosupresi, lymphedema, leukositopenia, gangguan fungsi hati.

7. Keletihan berhubungan dengan kondisi psikologis (D.0057)

a) Definisi : Penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat.

b) Penyebab : Gangguan tidur, gaya hidup monoton, kondisi fisiologis (mis, penyakit kronis, penyakit terminal, anemia, malnutrisi, kehamilan), program perawatan/pengobatan jangka panjang, peristiwa hidup negatif, stress berlebihan, depresi.

c) Tanda dan gejala mayor

Subjektif : Merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur, merasa kurang tenaga, mengeluh lelah.

Objektif : Tidak mampu mempertahankan aktivitas, terlihat lesu.

d) Tanda dan gejala minor

Subjektif : Merasa bersalah akibat tidak mampu tanggung jawab, libido menurun.

Objektif : Kebutuhan istirahat meningkat.

8. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *preload* *afterload*. (D.0008).

a) Definisi : Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.

b) Penyebab : Perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan *preload*, perubahan *afterload*.

c) Tanda dan gejala mayor

Subjektif :

(1) Perubahan irama jantung : Palpitasi.

(2) Perubahan Preload : Lelah.

(3) Perubahan Afterload : Dispnea.

(4) Perubahan Kontraktilitas : Paroxysmalnocturnal dyspnea (PND), ortopnea, batuk.

Objektif :

(1) Perubahan irama jantung : Bradikardial / Takikardia, ambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi.

(2) Perubahan Preload : Edema, distensi vena jugularis, *central venous pressure* (CVP) meningkat/menurun, hepatomegali.

(3) Perubahan Afterload : Tekanan darah meningkat / menurun, nadi perifer teraba lemah, *capillary refill time* > 3 detik, oliguria, warna kulit pucat dan / atau sianosis.

(4) Perubahan Kontraktilitas : Terdengar suara jantung S3 dan /atau S4, *ejection fraction* (EF) menurun.

d) Tanda dan gejala minor

Subjektif :

(1) Perubahan irama jantung : (Tidak tersedia).

(2) Perubahan Preload : (Tidak tersedia).

(3) Perubahan Afterload : (Tidak tersedia).

(4) Perubahan Kontraktilitas : Cemas, gelisah.

Objektif :

(1) Perubahan *Preload* : Murmur jantung, berat badan bertambah, *pulmonary artery wedge pressure* (PAWP) menurun.

(2) Perubahan *Afterload*: *Pulmonary vascular resistance* (PVR) meningkat/menurun, *systemic vascular resistance* (SVR) meningkat/menurun.

- (3) Perubahan Kontraktilitas : *Cardiac index* (CI) menurun, *left ventricular stroke work index* (LVSWI) menurun, *stroke volume index* (SVI) menurun .
- (4) Perilaku/emosional : (Tidak tersedia).

2.3.3 Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan merupakan langkah ketiga dari proses keperawatan. Setelah menetapkan diagnosis keperawatan, kita menyusun rencana tindakan keperawatan sebagai dasar pelaksanaan tindakan/intervensi keperawatan. Renpra tersebut juga harus didokumentasi dengan baik sebagai dasar tindakan berikutnya atau sebagai dasar penilaian. (Abdillah dan Hadinata, 2022).

Menurut Tim POKJA SIKI PPNI (2018), berikut perencanaan dan intervensi keperawatan :

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, hipoglikemia (D.0027). Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan di harapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil (L.03022) koordinasi meningkat, mengantuk menurun, pusing menurun, lelah/lesu menurun, keluhan lapar menurun, gemetar menurun, berkeringat menurun, mulut kering menurun, rasa haus menurun, perilaku aneh menurun, kesulitan bicara menurun, kadar glukosa dalam darah membaik, kadar glukosa dalam urin membaik, palpitasi membaik, perilaku membaik, jumlah urin membaik.
Intervensi : Manajemen Hiperglikemia (I. 03115).

Obesrvasi:

1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis: penyakit kambuhan)
3. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu
4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis: polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)
5. Monitor intake dan output cairan
6. Monitor keton urin, kadar Analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi.

Terapeutik

1. Berikan asupan cairan Oral
2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk
3. Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik

Edukasi

1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL
2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
3. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
4. Anjurkan Pengelolaan diabetes

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian insulin

Intervensi : Manajemen Hipoglikemia (I.03115)

Observasi

1. Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia
2. Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia

Terapeutik

1. Berikan karbohidrat sederhana, jika perlu
2. Berikan glucagon, jika perlu
3. Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet
4. Pertahankan kepatenan jalan napas
5. Pertahankan akses IV, jika perlu
6. Hubungi layanan medis darurat, jika perlu

Edukasi

1. Anjurkan membawa karbohidrat sederhana setiap saat
2. Anjurkan memakai identitas darurat yang tepat
3. Anjurkan monitor kadar glukosa darah
4. Anjurkan berdiskusi dengan tim perawatan diabetes tentang penyesuaian program pengobatan
5. Jelaskan interaksi antara diet, insulin/agen oral, dan olahraga
6. Ajarkan pengelolaan hipoglikemia (mis: tanda dan gejala, faktor risiko, dan pengobatan hipoglikemia)
7. Ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia (mis: mengurangi insulin/agen oral dan/atau meningkatkan asupan makanan untuk berolahraga)

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian dekstrose, jika perlu
2. Kolaborasi pemberian glukagon, jika perlu

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077).

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan tingkatnyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun.

Intervensi : Manajemen nyeri (1.08238)

Observasi

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi respon nyeri non verbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
9. Monitor efek samping penggunaan analgetik.

Terapeutik

1. Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)

2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
3. Fasilitasi istirahat dan tidur
4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

1. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

- c. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129). Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan integritas kulit/jaringan (L.14125) meningkat dengan kriteria hasil kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun.

Intervensi : Perawatan integritas kulit (I.11353)

Observasi

1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penggunaan mobilitas).

Terapeutik

1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring^{4.3} Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu
2. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
3. Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering
4. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive
5. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

Edukasi

1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum)
2. Anjurkan minum air yang cukup
3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
6. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

- d. Risiko infeksi ditandai dengan penyakit kronis (diabetes mellitus) (D.0142). Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil (L.14137) kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun

Intervensi : Pencegahan infeksi (1.14539)

Observasi

1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.

Terapeutik

1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
2. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

Edukasi

1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
3. Ajarkan etika batuk

- e. Hipovolemia di tandai dengan kehilangan cairan aktif (D.0034).

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil (L.03028) membran mukosa membaik, output urine meningkat, perasaan lemah menurun, rasa haus menurun, frekuensi nadi, tekanan darah, tekanan nadi membaik, turgor kulit meningkat

Intervensi : Manajemen Hipovolemia (I.04154)

Observasi

1. Periksa tanda dan gejala hypovolemia (frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, hematokrit meningkat, haus, lemah)
2. Monitor intake dan output cairan

Terapeutik

1. Hitung kebutuhan cairan
2. Berikan asupan cairan oral

Edukasi

1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral.
2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis.
2. Kolaborasi pemberian cairan hipotonis
3. Kolaborasi pemberian cairan koloid
4. Kolaborasi pemberian produk darah.

- f. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, faktor psikologia (keengganan untuk makan). (D.0019).

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi :
membaik dengan kriteria hasil (L.03030) porsi makan yang dihabiskan
meningkat, berat badan atau IMT membaik, frekuensi makan membaik,
nafsu makan membaik, perasaan cepat kenyang menurun.

Intervensi : Manajemen Nutrisi (I.03119)

Observasi

1. Identifikasi status nutrisi.
2. Identifikasi makanan yang disukai.
3. Monitor asupan makanan.
4. Monitor berat badan

Terapeutik

1. Lakukan oral hygiene sebelum makan.
2. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai.
3. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi.

4. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein.
5. Berikan suplemen makanan, jika perlu.

Edukasi

1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu.
2. Anjurkan diit yang diprogramkan

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan.
2. Kolaborasi ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu.

g. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (D.0057)

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat keletihan menurun dengan kriteria hasil (L.05046) kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat, gelisah menurun, pola istirahat membaik.

Intervensi : Edukasi aktivitas/istirahat (I. 12362).

Observasi

1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.

Terapeutik

1. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.

Edukasi

1. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin

h. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *preload* *afterload* (D.0008).

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil (L. 02008), lelah menurun, edema menurun, dispnea menurun (RR:16-20x/mnt), gambaran EKG aritmia menurun, oliguria menurun, ortopnea menurun, murmur jantung menurun

Intervensi : Perawatan Jantung (I.02075)

Observasi

1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP).
2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat).
3. Monitor keluhan nyeri dada.
4. Monitor tekanan darah.

Terapeutik

1. Posisikan pasien semi-fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman.
2. Berikan diet jantung yang sesuai.
3. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi jantung > 94%.
4. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi

Edukasi

1. Ajarkan keluarga untuk mengukur berat badan harian.
2. Ajarkan keluarga untuk mengukur intake dan output cairan harian.

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu.
2. Rujuk ke program rehabilitasi jantung.

2.3.4 Pelaksanaan Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas tertentu yang dilakukan oleh pemberi asuhan untuk implementasi keperawatan (PPNI, 2018). Implementasi/pelaksanaan keperawatan adalah realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Abdillah dan Hadinata, 2022).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan langkah terakhir dalam rangkaian proses asuhan keperawatan, berguna untuk menilai apakah tujuan keperawatan tercapai atau memerlukan pendekatan yang berbeda (Dinarti dan Mulyanti, 2017).

Evaluasi keperawatan merupakan penilaian dengan cara membandingkan, perubahan kondisi pasien dengan tujuan dan kriteria luaran yang tercantum dalam fase perencanaan (Budiono, 2016).

Menurut Hidayat (2021), evaluasi keperawatan dapat dibagi menjadi:

- a. Evaluasi formatif:

Hasil observasi keperawatan dan analisis tindakan segera selama dan setelah pekerjaan keperawatan.

b. Evaluasi sumatif:

Rangkuman dan kesimpulan dari temuan dan analisis status kesehatan selama tujuan dicatat dalam catatan perkembangan. Komponen format yang sering digunakan dalam proses evaluasi asuhan keperawatan adalah penggunaan formula SOAP yang terdiri dari: (Budiono, 2016).

1. S: Artinya subjektif, menunjukkan informasi subjektif, yaitu Informasi diperoleh dari pernyataan atau keluhan pasien setelah tindakan medis. Penderita diabetes tipe 2 dengan kadar glukosa darah yang tidak stabil diharapkan mampu melakukan hal tersebut dan tidak mengeluh lelah atau lesu.
2. O: Artinya objektif, menunjukkan informasi objektif, yaitu data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi perawat secara langsung kepada pasien setelah tindakan medis. Penderita diabetes tipe 2 dengan kadar glukosa darah yang tidak stabil diharapkan mampu melakukan hal tersebut dan tidak mengeluh lelah atau lesu.
 - a) Lelah atau lesu menurun.
 - b) Kadar glukosa dalam darah membaik
 - c) Mulut kering menurun.
 - d) Rasa haus menurun.
 - e) Jumlah urine membaik.
3. A: Artinya Analisis, Interpretasi informasi subjektif dan objektif. Analisis ditulis dalam bentuk masalah yang dihadapi atau Diagnosis

keperawatan. Evaluasi hasil yang ditulis dalam analisis dapat dibagi menjadi tiga bagian, yaitu. tujuan teratasi, tujuan teratasi sebagian dan tujuan tidak teratasi.

4. P: Artinya planning, dalam planning diuraikan perencanaan tindakan yang akan dilanjutkan atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, dan juga tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis/Desain Penelitian

Metode penelitian dalam karya tulis ilmiah ini yang digunakan adalah pendekatan *case study* (studi kasus). Mudjia Rahardjo (2017) mengemukakan, studi kasus ialah suatu serangkaian kegiatan ilmiah yang dilakukan secara intensif, terinci dan mendalam tentang suatu program, peristiwa, dan aktivitas, baik pada tingkat perorangan, sekelompok orang, lembaga, atau organisasi untuk memperoleh pengetahuan mendalam tentang peristiwa tersebut.

Studi kasus ini bertujuan untuk memberikan gambaran tentang asuhan keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah pada pasien dengan diagnosa medis diabetes mellitus tipe 2 mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, sampai evaluasi keperawatan, serta kesenjangan antara teori dan kasus.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah (definisi operasional) dalam study kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur” adalah sebagai berikut.

PERMENKES No. 26 Tahun 2019 menyebutkan asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi perawat dengan pasien dan lingkungannya untuk

mencapai tujuan pemenuhan dan kebutuhan serta kemandirian pasien dalam merawat dirinya (KEMENKES RI, 2019).

Diabetes mellitus merupakan kelainan metabolisme yang terjadi ketika pankreas tidak dapat memproduksi cukup insulin. Kondisi ini cenderung bersifat kronis karena dapat berlangsung dalam jangka waktu yang lama. (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah variasi dimana kadar glukosa darah mengalami peningkatan atau penurunan dari kadar nilai normal yaitu mengalami hiperglikemia atau hipoglikemia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

3.3 Partisipan

Subjek/partisipan yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini ada 2 pasien dengan diagnosa medis yang sama dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah di RSUD Pasar Rebo Jakarta.

a. Kriteria Inklusi

1. Pasien Diabetes Mellitus tipe 2 yang setuju untuk berpartisipasi sebagai responden dengan menandatangani persetujuan yang diinformasikan saat pengambilan data.
2. Tingkat kesadaran composmentis
3. Kemampuan dalam berkomunikasi dan berinteraksi baik.

b. Kriteria Eksklusi

1. Pasien pulang sebelum dilakukannya asuhan keperawatan selama 3 hari.
2. Pasien yang telah dinyatakan meninggal sebelum penelitian selesai.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Studi kasus ini dilakukan di lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo Jakarta Timur yang terdiagnosa diabetes mellitus tipe II. Studi kasus pada pasien yang diberikan asuhan keperawatan selama 3 hari dimulai dari tanggal 20 Februari 2024 sampai dengan tanggal 22 Februari 2024.

3.5 Pengumpulan Data

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus tipe II dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur, penulis menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut :

3.5.1 Wawancara

Sebelum melakukan wawancara, peneliti telah membuat format wawancara yang berstruktur sehingga informasi dapat dikaji lebih mendalam dari pasien maupun keluarga. Pada tahap wawancara ini, peneliti membaca catatan medis terlebih dahulu untuk mengidentifikasi masalah utama yang dirasakan pasien saat ini. Selanjutnya peneliti melakukan komunikasi terapeutik yaitu dengan cara duduk berhadapan, mengajukan pertanyaan terbuka dan tertutup, tidak menyilangkan kaki dan tangan, serta mempertahankan kontak mata dengan pasien dan keluarga dan menanyakan kembali kondisi pasien saat itu. Wawancara dilakukan tidak lebih dari satu jam. Sebelum melakukan wawancara, peneliti kontrak waktu di awal pertemuan sehingga tidak menghambat aktivitas pasien dan keluarga. Wawancara dilakukan selama 15-30 menit untuk satu pasien.

3.5.2 Observasi Dan Pemeriksaan Fisik

Setelah melakukan tahap wawancara dan mendapatkan data keluhan dari pasien, selanjutnya peneliti melakukan pemeriksaan fisik. Fokus pemeriksaan fisik adalah bagaimana pasien merespons masalah kesehatannya saat ini. Data subjektif terdiri dari pernyataan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya, sedangkan data objektif dikumpulkan melalui melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi), dan mendengarkan (auskultasi). Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis, namun dalam kondisi tertentu urutan pemeriksaan fisik dapat menyesuaikan.

Ada 4 teknik pemeriksaan fisik diantaranya inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi

a. Inspeksi (I)

Inspeksi merupakan langkah pertama pada pemeriksaan fisik. Dengan menggunakan indra penglihatan, metode inspeksi digunakan untuk memeriksa dan menganalisis pasien secara visual. Jika diperlukan, pada saat inspeksi dapat menggunakan *penlight* agar pemeriksa dapat melihat dengan jelas. Inspeksi juga dapat menggunakan indera pendengaran dan indera penciuman untuk memvalidasi hasil penglihatan dengan suara atau bau yang berasal dari pasien.

b. Palpasi (P)

Palpasi dilakukan dengan cara meraba, menyentuh dan merasakan menggunakan rasa *proprioseptif* ujung jari atau tangan. Saat melakukan palpasi, tangan pemeriksa akan terasa lebih nyaman dirasakan oleh pasien jika bersuhu hangat. Metode palpasi dapat memberikan informasi

mengenai posisi, ukuran, bentuk, konsistensi dan mobilitas/gerakan komponen- komponen anatomi yang normal. Palpasi dapat dibagi menjadi tiga kategori, yaitu:

1. Palpasi ringan menyentuh dan menekan dengan kedalaman ± 1 cm.
2. Palpasi dalam menekan hingga kedalaman ± 4 cm.

c. Perkusi (P)

Perkusi adalah metode untuk memeriksa pasien dengan mengetuk permukaan tubuhnya secara ringan dan tajam untuk menentukan posisi, ukuran dan densitas struktur atau cairan atau udara di bawahnya. Dengan menepuk permukaan akan menghasilkan gelombang suara. Ada dua jenis teknik perkusi :

1. Perkusi langsung : Metode dimana tangan pemeriksa langsung mengetuk permukaan tubuh tanpa menggunakan bantalan.
2. Perkusi tidak langsung : Metode yang dilakukan dengan tangan dominan sebagai pengetuk dan tangan non-dominan sebagai bantalan.
Contohnya adalah saat pemeriksaan dada, punggung, hati, dan perut.

d. Auskultasi (A)

Auskultasi adalah keterampilan untuk mendengar suara tubuh pada paru-paru, jantung, pembuluh darah dan bagian dalam/viscera abdomen. Umumnya, auskultasi adalah teknik terakhir pada suatu pemeriksaan fisik, kecuali pada abdomen, dilakukan setelah inspeksi.

3.5.3 Studi Dokumentasi Dan Angket

Studi dokumentasi dilakukan penulis untuk mengumpulkan semua data hasil dari pemeriksaan diagnostik, dan data lain yang mendukung kegiatan yang dilakukan dalam perawatan pasien diabetes mellitus tipe 2 dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah

3.6 Uji Keabsahan Data

Untuk menguji validitas atau keabsahan data yang dikumpulkan oleh peneliti dalam karya ilmiah ini, rekam medis dibaca untuk mengidentifikasi keluhan utama dan pemeriksaan penunjang yang mendukung, kemudian menggali sumber informasi pada kedua klien yang mengalami Diabetes Mellitus Tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah untuk memvalidasi, serta melakukan asuhan keperawatan pasien yang mengalami Diabetes Mellitus Tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah.

3.7 Analisis Data Dan Penyajian Data

Dalam penelitian ini analisis dilajalakan menggunakan fakta yaitu kasus Asuhan Keperawatan pasien Diabetes Mellitus Tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah di RSUD Pasar Rebo yang mendukung masalah keperawatan selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada yaitu menjabarkan fakta dilapangan dan teori yang ada. Urutan dalam analisa data :

- a. Peneliti memilih subjek atau responden sesuai dengan kriteria sesuai dengan yang telah ditetapkan di wilayah RSUD Pasar Rebo Jakarta dengan riwayat diabetes mellitus tipe II.

- b. Peneliti melakukan kontrak waktu dengan subjek penelitian untuk melakukan kontrak waktu dan mengambil dengan pada pasien.
- c. Peneliti menjelaskan kepada subjek penelitian tentang tujuan penelitian, teknik pelaksanaan, kerahasiaan data, dan keuntungan dari penelitian
- d. Setelah mendapatkan penjelasan, peneliti meminta kesediaan subjek peneliti untuk menandatangani persetujuan informasi sebagai bukti bahwa bersedia berpartisipasi dalam penelitian.
- e. Pengambilan data dilakukan selama tiga hari.
- f. eneliti mengumpulkan data dari wawancara dan observasi, lalu melakukan analisis dan menarik kesimpulan.
- g. Peneliti menyajikan data dalam bentuk narasi, dan tabel.

3.7.1 Pengumpulan Data

Data diperoleh melalui proses wawancara, observasi, dan dokumentasi (WOD). Informasi dicatat secara manual dilapangan dan kemudian disalin ke dalam betuk transkrip (catatan terstruktur). Informasi yang berhasil dikumpulkan melibatkan proses sistematis untuk menghimpun informasi tentang pasien, termasuk kekuatan dan kelemahan mereka. Data ini diperoleh dari berbagai sumber seperti pasien sendiri, keluarga, orang-orang terdekat, komunitas, serta catatan medis dan grafik. Pasien merupakan sumber informasi utama dan sumber daya yang otentik. Sementara itu, sumber informasi sekunder mencakup data yang telah ada atau yang diperoleh dari pihak lain selain pasien. Sumber-sumber sekunder ini mencakup catatan medis pasien,

laporan dari laboratorium dan tes diagnostik, informasi dari keluarga, orang-orang terdekat, masyarakat, dan anggota tim kesehatan.

3.7.2 Mereduksi Data

Data hasil wawancara yang tercatat dari lapangan disusun menjadi transkrip dan di kelompokkan menjadi data subjektif dan objektif. Data ini kemudian dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik dan dibandingkan dengan standar nilai normal serta di tarik hasil kesimpulan.

3.7.3 Penyajian Data

Dilakukan dengan teks narasi, tabel, gambar, dan bagan kemudian dipresentasikan. Kerahasiaan dari pasien dijamin dengan cara mengaburkan identitas pasien.

3.7.4 Kesimpulan

Setelah data ditampilkan, penelitian dilakukan untuk membandingkannya dengan temuan penelitian sebelumnya, serta untuk mempertimbangkan kemungkinan teoritis tentang perilaku kesehatan. Informasi dari data yang terhimpun mencakup pengkajian, diagnosa, perencanaan tindakan, pelaksanaan, serta evaluasi yang kemudian dilakukan penarikan Kesimpulan dengan menggunakan metode induktif.

3.8 Etika Penelitian

Salah satu etika penelitian yang digunakan dalam penyusunan karya ilmiah ini adalah :

a. *Informed Consent* (Persetujuan menjadi pasien)

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Tujuan

Informed Consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, dan mengetahui dampaknya

b. *Anonymity* (Tanpa nama)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang diajukan

c. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Peneliti menjamin privasi informasi demografis, dukungan keluarga, dan harga diri yang mereka kumpulkan dari peserta penelitian. Temuan penelitian hanya mempublikasikan atau menampilkan kumpulan data tertentu. Kerahasiaan informasi dijaga selama pelaksanaan penelitian ini. Privasi data peserta lanjut usia dalam penelitian ini dijaga oleh para peneliti.

.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

Dalam bab ini penulis akan menjelaskan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilaksanakan oleh peneliti mengenai Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Glukosa Darah Di ruang Flamboyan Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo Jakarta Timur yang meliputi gambaran umum lokasi peneliti, karakteristik responden, hasil peneliti, dan pembahasan. Pengumpulan data dilaksanakan pada tanggal 20 Februari 2024 sampai dengan 22 Februari 2024.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Andriani dan Hasanah (2023), dalam jangka waktu 7 hari diberikan asuhan keperawatan evaluasi menunjukkan peningkatan stabilitas kadar glukosa darah. Kadar glukosa darah awal yang mencapai 357 mg/dL dan 287 mg/dL berhasil turun menjadi 198 mg/dL dan 112 mg/dL, sementara tanda-tanda hiperglikemia juga mengalami penurunan signifikan dan kriteria hasil perawatan dianggap berhasil teratasi. Di sisi lain, penelitian yang dilakukan oleh Khasanah *et al.* (2024) melibatkan pelaksanaan keperawatan selama periode tiga hari melalui penerapan tindakan perawatan sesuai rencana yang telah ditetapkan. Evaluasi selama 3 hari ini menunjukkan bahwa ketidakstabilan kadar glukosa darah yang terkait dengan resistensi insulin berhasil diatasi.

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo Jakarta adalah rumah sakit pemerintah DKI Jakarta yang berlokasi di Jalan Raya T.B Simatupang N0. 30

Kecamatan Pasar Rebo Kota Jakarta Timur. RSUD Pasar Rebo memiliki luas tanah 25.087 m². Terdapat tiga gedung perawatan, satu gedung poliklinik, satu gedung sistem gawat darurat terpadu, satu gedung kantor manajemen, satu gedung parkir, dan satu gedung pendidikan dan pelatihan. RSUD Pasar Rebo berkomitmen untuk menjadi pilihan utama dalam pelayanan kesehatan komprehensif bagi masyarakat, dengan pelayanan unggulan seperti jantung, stoke terpadu, TB paru, KIA, ginjal, dan onkologi. Rumah sakit ini meraih banyak penghargaan, termasuk sebagai yang terbaik dalam menyelenggarakan gerakan TOSS TBC (Temukan Tuberkulosis Obati Samapi Sembuh) di era pandemi COVID-19, erta mendapat sertifikasi akreditasi rumah sakit tingkat paripurna dari komisi akreditasi rumah sakit. RSUD Pasar Rebo kini telah berubah nama menjadi Rumah Sehat Untuk Jakarta dalam rangka wujud peningkatan pelayanan kesehatan bagi warga Jakarta. Hal ini sesuai dengan Keputusan Gubernur No. 562 Tahun 2022 tentang Penjenamaan Rumah Sakit Milik Pemerintah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.

4.1.2 Pengkajian Keperawatan

1) Identitas Pasien

Tabel 4. 1 Identitas Pasien

IDENTITAS PASIEN	PASIEN 1	PASIEN 2
Tanggal Pengkajian	20 Februari 2024	20 Februari 2024
Tanggal Masuk	19 Februari 2024	18 Februari 2024
Nomor Register	2016-722230	000000381
Diagnosa Medis	DM Tipe II	DM Tipe II
Nama	Ny R	Ny A
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Umur	65 Tahun	54 Tahun
Status Perkawinan	Cerai	Menikah
Agama	Islam	Islam
Suku Bangsa	Betawi	Sunda
Pendidikan	SD	SD

Bahasa yang digunakan	Indonesia	Indonesia
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Pedagang
Alamat	Jl Kalisari	Jl Cibubur
Sumber Biaya	BPJS	BPJS
Sumber Informasi	Pasien dan Keluarga	Pasien dan Keluarga

2) Riwayat Penyakit

Tabel 4. 2 Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Pasien 1	Pasien 2
Keluhan Utama	Lemas dan lemah selama 3 hari di rasakan sebelum masuk rumah sakit. Pasien mengungkapkan sebelum dirawat di RS, sempat tidak sadarkan diri di rumah. Dan akhirnya dibawa oleh anaknya kerumah sakit.	Pasien mengungkapkan lemas dan pusing seperti tidak ada tenaga selama 2 hari dirasakan sebelum masuk rumah sakit.
Riwayat Kesehatan Sekarang	Pasien mengungkapkan lemas dan lemah. Sebelum masuk RS pasien sempat jatuh tidak sadarkan diri. Saat di IGD pada tanggal 19 Februari 2024 hasil gula darah sewaktu 62 mg/dL, Pasien mengungkapkan kaki dan tangan terkadang terasa sepeti kebas (mati rasa) semenjak 3 bulan terakhir.	Pasien mengungkapkan lemas dan pusing. Pasien mengungkapkan sebelumnya sempat kejang di RS Harapan Bunda pada tanggal 18 Februari 2024 pukul 16.30 WIB selama 10 menit. Kejang terjadi 2 kali. Kejang pertama 10 menit dan kejang ke 2 selama 5 menit. Dalam kurun waktu 1 jam. Total ada 2 kali kejang. Saat di RS Harapan Bunda pasien diberikan terapi infus D40% 3 flush, dan dilakukan pengecekan GDS yaitu 70 mg, dan meningkat menjadi 100 mg. Lalu pasien akhirnya di rujuk ke RSUD Pasar Rebo tanggal 18 Februari 2024 pukul 22.30 WIB.
Riwayat Kesehatan Dahulu	Pasien mengungkapkan memiliki riwayat penyakit DM Tipe II, dan Hipertensi selama 10 tahun. Pasien mengungkapkan selama mengidap penyakit DM dan Hipertensi	Pasien mengungkapkan memiliki riwayat DM Tipe II sejak 2022. Pasien mengungkapkan memiliki riwayat syaraf kejepit pada tahun 2022. Pasien mengungkapkan sebelumnya meminum obat metformin 3x1 tab

	<p>Pasien mengungkapkan dalam 2 bulan terakhir tidak nafsu makan karena memikirkan anaknya yang sedang bekerja diluar negeri. Makan hanya ½ porsi, pasien makan makanan pengganti seperti biskuit sebanyak 3 keping sebelum meminum obat.</p> <p>Pasien mengungkapkan minum obat DM teratur, namun tidak mengetahui apabila tidak cukup makan akan membuat gula darah turun drastis sehingga dapat menyebabkan pingsan bahkan efek lebih parah lagi.</p>	<p>500 mg sesuai anjuran dokter. Pasien menurunkan dosis sendiri tanpa anjuran dari dokter menjadi 1 x 500 mg karena saat melakukan pemeriksaan gula di klinik gulanya turun oleh karena itu pasien menurunkan dosisnya. Dan arahan dari keluarga yang memiliki penyakit DM untuk mengganti obat menjadi Glimepiride 3 x1 tab 2mg pasien pun menuruti arahan keluarga tersebut tanpa berkonsultasi dahulu dengan dokter. Pasien mengungkapkan sudah mengkonsumsi obat Glimepiride 3 bulan terakhir.</p> <p>Pasien mengungkapkan dalam 2 minggu terakhir tidak nafsu makan karena bermasalah dengan tetangga. Makan terkadang hanya 1 suap saja, dan jarang nyemil atau makan makanan lain. Pasien mengungkapkan nyemil seperti biskuit ataupun roti ½ bungkus saat ingin meminum obat.</p> <p>Pasien mengungkapkan sebelum masuk rumah sakit bergadang untuk membuat pesanan makanan yang akan di antar ke pelanggan. Pasien mengungkapkan makan hanya sesuap dan minum obat. Pasien mengungkapkan sekitar pukul 16.00 tidak sadarkan diri, lalu di bawa oleh keluarga ke RS Harapan Bunda. Keluarga mengungkapkan pasien sempat kejang saat di RS tersebut.</p>
Upaya Yang Telah Dilakukan	Pasien mengungkapkan rajin kontrol kesehatan di pelayanan kesehatan dekat rumah seperti Puskesmas.	Pasien mengungkapkan tidak pernah kontrol, dan meminum obat hanya

	<p>Dan kontrol tiap 1 bulan sekali.</p> <p>Pasien mengungkapkan minum obat rutin Amlodiphine 10 mg, dan Metformine 3 x 1 (500mg).</p> <p>Pasien mengungkapkan minum obat DM teratur, namun tidak mengetahui apabila tidak cukup makan akan membuat gula darah turun drastis sehingga dapat menyebabkan pingsan bahkan efek lebih parah lagi.</p> <p>Pasien mengungkapkan selama ini salah dalam melakukan pengobatan. Karena pasien mengira yang penting masuk makan habis itu minum obat sesuai anjuran dokter. Tanpa mengetahui berapa porsi makan yang harus di habiskan atau jumlah makanan yang harus masuk sebelum mengkonsumsi obat</p>	<p>sesekali saja. Terkadang 2 kali sehari minum,</p> <p>Pasien mengungkapkan obat rutin DM yaitu Glimepiride 3 x 1 (2mg).</p> <p>Pasien mengungkapkan sebelumnya meminum obat metformin 3x1 tab 500 mg sesuai anjuran dokter. Pasien menurunkan dosis sendiri tanpa anjuran dari dokter menjadi 1 x 500 mg karena saat melakukan pemeriksaan gula di klinik gulanya turun oleh karena itu pasien menurunkan dosisnya. Dan arahan dari keluarga yang memiliki penyakit DM untuk mengganti obat menjadi Glimepiride 3 x1 tab 2mg pasien pun menuruti arahan keluarga tersebut tanpa berkonsultasi dahulu dengan dokter. Pasien mengungkapkan sudah mengkonsumsi obat Glimepiride 3 bulan terakhir.</p> <p>Pasien mengungkapkan jarang kontrol gula darah ataupun bertanya ke tenaga kesehatan atau keluarga dengan DM tentang pemakaian obat yang benar. Karena pasien malas untuk bertanya-tanya Lebih mementingkan membuat pesanan dari pelanggannya.</p>
Latar Belakang Kesehatan Keluarga	Pasien mengungkapkan ibu pasien memiliki riwayat kesehatan keluarga DM dan Hipertensi	Pasien mengungkapkan memiliki riwayat kesehatan keluarga DM
Riwayat Psikososial dan Spiritual	Pasien mengungkapkan anak merupakan orang yang terdekat dengan pasien. Pola komunikasi keluarga, pasien meengatakan komunikasi	Pasien mengungkapkan orang yang paling dekat dengan pasien adalah kakak perempuan. Pola komunikasi dalam keluarga, pasien

	<p>terbuka dan saling menghargai. Anak pasien merupakan pembuat keputusan dalam keluarga, dan kegiatan dalam berinteraksi sosial, pasien mengungkapkan sering mengikuti kegiatan pengajian setiap hari kamis, dan kegiatan senam di hari minggu.</p> <p>Dampak penyakit pasien keluarga mengungkapkan mengaku khawatir akan kondisi pasien. Mekanisme coping pasien terhadap stress yaitu tidur dan mencari pertolongan. Presepsi pasien terhadap penyakitnya yaitu hal yang sangat dipikirkan saat ini pasien mengungkapkan ingin cepat sembuh dan berkumpul dengan keluarga.</p> <p>Pasien mengungkapkan setelah menjalani perawatan dapat berkumpul kembali dengan anak dan cucu. Perubahan yang dirasakan pasien setelah jatuh sakit yaitu pasien mengungkapkan sulit melakukan kegiatan sehari-hari karena lemas.</p> <p>Sistem kepercayaan, nilai yang bertentangan dengan kesehatan menurut pasien tidak ada. Aktifitas agama/kepercayaan yang dilakukan yaitu pasien beragama islam dan sholat 5 waktu serta mengaji. Pasien mengungkapkan kondisi rumah cukup cahaya dan sedikit ventilasi udara. Rumah pasien dekat dengan jalan raya.</p>	<p>mengungkapkan saling terbuka satu sama lain. Dalam pengambilan keputusan semua di tentukan oleh suami pasien. Kegiatan bermasyarakat pasien mengungkapkan aktif mengikuti kegiatan pengajian, dan arisan RT/RW.</p> <p>Dampak penyakit pasien keluarga mengungkapkan mengaku cemas akan kondisi pasien. Mekanisme coping pasien terhadap stress yaitu cari pertolongan. Presepsi pasien terhadap penyakitnya yaitu hal yang sangat dipikirkan saat ini pasien mengungkapkan ingin cepat sembuh dan berkumpul dengan keluarga.</p> <p>Pasien mengungkapkan berharap setelah menjalani perawatan dapat melakukan aktifitas seperti sedia kala. Perubahan yang dirasakan pasien setelah jatuh sakit yaitu pasien mengungkapkan mudah lemas dan tidak memiliki tenaga untuk beraktifitas.</p> <p>Sistem kepercayaan, nilai yang bertentangan dengan kesehatan menurut pasien tidak ada. Aktifitas agama/kepercayaan yang dilakukan yaitu pasien beragama islam dan sholat 5 waktu serta mengaji. Pasien mengungkapkan kondisi rumah cukup cahaya dan banyak pepohonan. Rumah pasien berada jauh dari jalan raya.</p>
--	--	---

3) Perubahan Pola Kesehatan (Pendekatan Gordron/Pendekatan Sistem)

Tabel 4. 3 Pemenuhan Pola Kesehatan

POLA KESEHATAN	Pasien 1	Pasien 2
Pola Nutrisi	<p>Sebelum jatuh sakit Pasien mengungkapkan dalam 2 bulan terakhir tidak nafsu makan karena memikirkan anaknya yang sedang bekerja diluar negeri. Makan hanya ½ porsi sebanyak 3x/hari, pasien makan makanan pengganti seperti biskuit sebanyak 3 keping sebelum meminum obat. BB pada bulan Desember 2023 52 kg. Pasien menyukai semua makanan. Pasien mengungkapkan tidak alergi pada makanan. Pasien tidak ada larangan makanan. Tidak ada batasan dalam pemilihan makanan. Tidak ada penggunaan obat sebelum makan atau penggunaan alat bantu makan seperti NGT.</p> <p>Selama dirumah sakit, pasien mengungkapkan nafsu makan masih menurun, habis hanya ¼ porsi dikarenakan tidak nafsu makan. Tidak ada makanan yang tidak disukai dan yang membuat alergi. Makanan diit yaitu diit DM 1500 Kalori. Tidak ada konsumsi obat sebelum makan. Tidak menggunakan alat bantu makan (NGT).</p>	<p>Sebelum jatuh sakit Pasien mengungkapkan dalam 2 minggu terakhir tidak nafsu makan karena bermasalah dengan tetangga. Makan terkadang hanya 1 suap saja, dan nyemil roti atau biskuit bungkus. Pasien mengungkapkan makan 3x/hari. Pasien mengungkapkan sebelum jatuh sakit BB 58 kg. Terakhir timbang akhir Desember 2023. Pasien menyukai semua makanan. Pasien mengungkapkan tidak alergi pada makanan. Pasien tidak ada larangan makanan. Tidak ada batasan dalam pemilihan makanan. Tidak ada penggunaan obat sebelum makan atau penggunaan alat bantu makan seperti NGT.</p> <p>Selama dirumah sakit, pasien mengungkapkan nafsu makan menurun, habis hanya ¼ porsi dikarenakan tidak nafsu makan. Tidak ada makanan yang tidak disukai dan yang membuat alergi. Makanan diit yaitu diit DM 1500 Kalori. Tidak ada konsumsi obat sebelum makan. Tidak menggunakan alat bantu makan (NGT).</p>
Pola Eliminasi	<p>Pasien mengungkapkan sebelum masuk rumah sakit pasien sering buang air kecil. Sepuluh kali sehari adalah frekuensinya. Warna kuning jernih; Tidak ada masalah. Kateter atau teknologi bantu tidak digunakan.</p>	<p>Pasien mengungkapkan sebelum masuk rumah sakit pasien sering buang air kecil. Delapan kali sehari adalah frekuensinya. Warna kuning jernih; Tidak ada masalah. Kateter atau teknologi bantu tidak digunakan.</p>

	<p>Pola BAB pasien mengungkapkan frekuensi satu kali setiap hari. Waktu pembuangan tidak tentu. Warnanya berwarna kuning kecoklatan. Tidak ada keluhan, dan tidak ada penggunaan obat pencahar.</p> <p>Selama di rumah sakit, pasien mengungkapkan pasien sering buang air kecil, frekuensi 7x dalam satu hari. Warna kuning jernih, tidak ada masalah yang dirasakan. Tidak ada penggunaan kateter atau alat bantu.</p> <p>Pola BAB selama dirumah sakit pasien mengungkapkan frekuensi satu kali sehari dengan waktu yang tidak teratur. Warnanya berwarna kuning kecoklatan dengan tekstur setengah padat. Keluhan BAB dan penggunaan obat pencahar tidak ada.</p>	<p>Pola BAB pasien mengungkapkan frekuensi satu kali setiap hari. Waktu pembuangan tidak tentu. Warnanya berwarna kuning kecoklatan. Tidak ada keluhan, dan tidak ada penggunaan obat pencahar.</p> <p>Selama di rumah sakit, pasien mengungkapkan pasien sering buang air kecil, frekuensi 7x dalam satu hari. Warna kuning jernih, tidak ada masalah yang dirasakan. Tidak ada penggunaan kateter atau alat bantu</p> <p>Pola BAB selama dirumah sakit pasien mengungkapkan frekuensi satu kali sehari dengan waktu yang tidak teratur. Warnanya berwarna kuning kecoklatan dengan tekstur setengah padat. Keluhan BAB dan penggunaan obat pencahar tidak ada</p>
Pola Personal Hygiene	<p>Sebelum jatuh sakit pasien mengungkapkan mandi dua kali sehari diwaktu pagi dan sore hari. Membersihkan area mulut tiga kali sehari sesudah makan. Cuci rambut dalam seminggu tiga kali</p> <p>Selama di rumah sakit, pasien mengungkapkan membersihkan badan satu kali sehari di waktu pagi hari hanya dilap saja. Membersihkan area mulut 1x pada pagi hari. Dan pasien belum cuci rambut.</p>	<p>Sebelum jatuh sakit pasien mengungkapkan mandi dua kali sehari diwaktu pagi dan sore hari. Membersihkan area mulut dua kali sehari pagi dan malam hari. Cuci rambut dalam seminggu empat kali.</p> <p>Selama di rumah sakit, pasien mengungkapkan membersihkan badan satu kali sehari di waktu pagi hari. Dan hanya dilap saja. Membersihkan area mulut 1x pada pagi hari. Cuci rambut saat sebelum masuk rumah sakit.</p>
Pola Istirahat dan Tidur	<p>Sebelum jatuh sakit pasien mengungkapkan durasi istirahat di siang hari dua jam sehari. Durasi istirahat di malam hari delapan jam sehari. Kebiasaan pasien sebelum tidur yaitu memutar murotal</p> <p>Selama dirumah sakit, pasien mengungkapkan tidur siang sekitar 3 jam, dan</p>	<p>Sebelum jatuh sakit pasien mengungkapkan durasi istirahat di siang hari dua jam sehari. Durasi istirahat di malam hari tujuh jam sehari. Kebiasaan pasien sebelum tidur yaitu mengaji.</p> <p>Selama dirumah sakit, pasien mengungkapkan tidur siang sekitar 2 jam, dan tidur malam sekitar 8 jam.</p>

	tidur malam sekitar 8 jam. Kebiasaan pasien sebelum tidur yaitu memutar murotal Al-Qur'an.	Kebiasaan pasien sebelum tidur yaitu mengaji.
Pola Aktifitas dan istirahat	<p>Pasien mengungkapkan sebelum masuk rumah sakit pasien memiliki pekerjaan ibu rumah tangga aktifitas setiap saat. Pasien melakukan olahraga, jenis olahraganya yaitu senam. Dengan frekuensi olahraga 1x/minggu. Pasien tidak memiliki keluhan dalam beraktifitas.</p> <p>Saat masuk rumah sakit pasien mengungkapkan tidak melakukan pekerjaan. Tidak melakukan kegiatan olahraga, Pasien memiliki keluhan dalam beraktifitas yaitu mengenakan pakaian dan serta makan dan minum karena mudah lemas. Aktivitas dibantu sebagian oleh keluarga.</p>	<p>Pasien mengungkapkan sebelum masuk rumah sakit pasien memiliki pekerjaan pedagang nasi uduk. Pasien tidak melakukan olahraga. Pasien tidak memiliki keluhan dalam beraktifitas.</p> <p>Saat masuk rumah sakit pasien mengungkapkan tidak melakukan pekerjaan. Tidak melakukan kegiatan olahraga. Pasien memiliki keluhan dalam beraktifitas dikarenakan mudah lelah. Aktifitas pasien dibantu sebagian oleh keluarga.</p>
Kebiasaan Yang Mempengaruhi Kesehatan	<p>Sebelum masuk rumah sakit pasien mengungkapkan tidak merokok dan tidak meminum minuman keras.</p> <p>Saat masuk rumah sakit, pasien mengungkapkan tidak merokok dan tidak meminum minuman keras.</p>	<p>Sebelum masuk rumah sakit pasien mengungkapkan tidak merokok dan tidak meminum minuman keras.</p> <p>Saat masuk rumah sakit, pasien mengungkapkan tidak merokok dan tidak meminum minuman keras.</p>

4) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4. 4 Pemeriksaan Fisik

Observasi	Pasien 1	Pasien 2
BB Sebelum jatuh sakit	52 Kg	58 Kg
BB Sesudah Sakit	46 Kg	52 Kg
TB	155 cm	160 cm
IMT	19.14	20.31
Presentase Penurunan BB	11.5%	10.3%
LILA	24 cm	27 cm
Keadaan Umum	Sedang	Sedang
Pembesaran Kelenjar Getah Bening	Tidak Ada	Tidak Ada
Suhu	37.2°C	36.5°C
Nadi	92x/menit	73x/menit
Tekanan Darah	170/92 mmHg	130/70 mmHg

Pernapasan	20x/menit	20x/menit
Saturasi	99 %	99%
GCS	15, E4 M6 V5	15, E4 M6 V5
PEMERIKSAAN FISIK HEAD TO TOE		
Observasi	Pasien 1	Pasien 2
Sistem Pengelihatan	Posisi mata sejajar, kelopak mata normal, bola mata bergerak dengan normal, konjungtiva pucat, kornea normal, sklera tanpa ikterus, pupil sama besar, otot mata tidak menunjukkan kelainan, fungsi pengelihatan baik. Respon terhadap cahaya normal.	Posisi mata sejajar, kelopak mata normal, bola mata bergerak dengan normal, konjungtiva pucat, kornea normal, sklera tanpa ikterus, pupil sama besar, otot mata tidak menunjukkan kelainan, fungsi pengelihatan baik. Respon terhadap cahaya normal.
Sistem Pendengaran	Daun telinga normal, karakteristik serumen warna kuning kecoklatan, tidak berbau, dan konsistensi sedikit kental. Tidak ada gangguan keseimbangan, tidak ada pemakaian alat bantu pendengaran. Sistem wicara normal.	Daun telinga normal, karakteristik serumen warna kuning kecoklatan, tidak berbau, dan konsistensi sedikit kental. Tidak ada gangguan keseimbangan, tidak ada pemakaian alat bantu pendengaran. Sistem wicara normal.
Sistem Wicara	Tidak ada kelainan dalam berbicara.	Tidak ada kelainan dalam berbicara.
Sistem Pernapasan	Tidak terdapat sumbatan jalan napas, pernapasan tidak sesak, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, frekuensi napas 20x/menit, saturasi 99%, irama teratur, kedalaman napas dalam, jenis pernapasan spontan, tidak ada batuk, tidak ada lendir berlebih pada jalan napas, palpasi dada normal, sensasi nyeri saat dilakukan penekanan tidak ada. pemeriksaan dengan mengetuk dada tidak ada keluhan.	Tidak terdapat sumbatan jalan napas, pernapasan tidak sesak, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, frekuensi napas 20x/menit, saturasi 99%, irama teratur, kedalaman napas dalam, jenis pernapasan spontan, tidak ada batuk, tidak ada lendir berlebih pada jalan napas, palpasi dada normal, sensasi nyeri saat dilakukan penekanan tidak ada. pemeriksaan dengan mengetuk dada tidak ada keluhan.
Sistem Kardiovaskuler	Pasien terlihat pucat, konjungtiva anemis, tidak terdapat perdarahan. Tekanan darah : 170/92 mmHg, nadi : 92x/m. Kulit teraba hangat dengan warna kulit terlihat kemerahan, pengisian kapiler cepat yaitu kurang dari tiga detik, tidak adanya tanda pembengkakan, denyut jantung berdetak dengan teratur, suara jantung normal,	Pasien terlihat pucat, konjungtiva anemis, tidak terdapat perdarahan. Tekanan darah : 130/70 mmHg, nadi : 73x/m. Kulit teraba hangat dengan warna kulit terlihat kemerahan, pengisian kapiler cepat yaitu kurang dari tiga detik, tidak adanya tanda pembengkakan, denyut jantung berdetak dengan teratur, suara jantung normal, dan tanpa adanya keluhan nyeri di bagian dada.

	dan tanpa adanya keluhan nyeri di bagian dada.	
Sirkulasi Jantung	Laju denyut nadi apical 92x/menit ritme jantung teratur tidak ada kelainan bunyi jantung. Tidak ada keluhan sakit dada.	Laju denyut nadi apical 73x/menit ritme jantung teratur tidak ada kelainan bunyi jantung. Tidak ada keluhan sakit dada.
Sistem Peredaran Darah	Pasien terlihat pucat tanpa disertai adanya tanda-tanda perdarahan.	Pasien terlihat pucat tanpa disertai adanya tanda-tanda perdarahan.
Sistem Syaraf Pusat	Pasien mengungkapkan tidak ada sakit kepala, kesadaran compos mentis, GCS 15 E4 M6 V5. Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK. Reflek fisiologis normal, reflek patologis tidak ada.	Pasien mengungkapkan sedikit pusing, kesadaran compos mentis, GCS 15 E4 M6 V5. Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK. Reflek fisiologis normal, reflek patologis tidak ada.
Sistem Pencernaan	Kondisi gigi tanpa carries. Tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada peradangan pada mulut. Lidah terlihat bersih, dengan saliva normal. Tidak ada keluhan nyeri perut, bunyi usus 15 kali per menit. Hepar tidak terasa. Abdomen terasa lembek.	Kondisi gigi tanpa carries. Tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada peradangan pada mulut. Lidah terlihat bersih, dengan saliva normal. Tidak ada keluhan nyeri perut, bunyi usus 18 kali per menit. Hepar tidak terasa. Abdomen terasa lembek.
Sistem Endokrin	Tidak terdapat perubahan ukuran pada kelenjar tiroid. Nafas tidak berbau keton Terdapat poliuri (keluhan sering BAK), dan polidipsi (Keluhan sering hasu). Tidak ada kerusakan kulit.	Tidak terdapat perubahan ukuran pada kelenjar tiroid. Nafas tidak berbau keton. Terdapat poliuri (keluhan sering BAK), dan polidipsi (Keluhan sering hasu). Tidak ada kerusakan kulit.
Sistem Urogenital	Intake cairan 2.960 mililiter dalam waktu dua puluh empat jam, output cairan 2.110 mililiter dalam waktu dua puluh empat jam. Balance cair +850 mililiter dalam waktu dua puluh empat jam. Pola urin tidak berubah, BAK berwarna kuning jernih, kandung kemih tidak tegang, dan tidak ada keluhan nyeri pada bagian pinggang. Pasien mengeluh frekuensi buang air kecil yang tinggi, terutama pada pagi dan larut malam.	Intake cairan 2.510 mililiter dalam waktu dua puluh empat jam, output cairan 1.980 mililiter dalam waktu dua puluh empat jam. Balance cairan +530 mililiter dalam waktu dua puluh empat jam. Pola urin tidak berubah, BAK berwarna kuning jernih, kandung kemih tidak tegang, dan tidak ada keluhan nyeri pada bagian pinggang. Pasien mengeluh frekuensi buang air kecil yang tinggi, terutama pada pagi dan larut malam.
Sistem Integumen	Kulit kencang dan elastis, serta terasa hangat. Suhu tubuh 37.2, keadaan kulit baik, tidak ada luka, tidak ada	Kulit kencang dan elastis, serta terasa hangat. Suhu tubuh 36.3 keadaan kulit baik, tidak ada luka, tidak ada kelainan kulit,

	kelainan kulit, kondisi kulit di daerah pemasangan infus tidak terdapat tanda-tanda infeksi. Keadaan rambut bersih, tekstur rambut baik.	kondisi kulit di daerah pemasangan infus tidak terdapat tanda-tanda infeksi. Keadaan rambut bersih, tekstur rambut baik.								
Sistem Muskuloskeletal	<p>Pasien merasakan kelemahan dan kelelahan. Tidak ada nyeri pada tulang, sendi, atau kulit. Sendi tidak menunjukkan kelainan bentuk, dan tulang belakang tidak ada kelainan struktur. Keadaan tonus otot baik.</p> <table border="1"> <tr> <td>5555</td> <td>5555</td> </tr> <tr> <td>5555</td> <td>5555</td> </tr> </table>	5555	5555	5555	5555	<p>Pasien merasakan kelemahan dan kelelahan. Tidak ada nyeri pada tulang, sendi, atau kulit. Sendi tidak menunjukkan kelainan bentuk, dan tulang belakang tidak ada kelainan struktur. Keadaan tonus otot baik.</p> <table border="1"> <tr> <td>5555</td> <td>5555</td> </tr> <tr> <td>5555</td> <td>5555</td> </tr> </table>	5555	5555	5555	5555
5555	5555									
5555	5555									
5555	5555									
5555	5555									
Data Pemahaman (Tentang Penyakit)	<ol style="list-style-type: none"> Pasien mengungkapkan minum obat DM teratur, namun tidak mengetahui apabila tidak cukup makan akan membuat gula darah turun drastis sehingga dapat menyebabkan pingsan bahkan efek lebih parah lagi. Pasien menyatakan kurang memahami tentang kondisinya. Pasien juga mengungkapkan bahwa dia hanya mengetahui bahwa obat untuk diabetes dan hipertensi harus diminum setelah makan. Pasien mengungkapkan selama ini salah dalam melakukan pengobatan. Karena pasien mengira yang penting masuk makan habis itu minum obat sesuai anjuran dokter. Tanpa mengetahui berapa porsi makan yang harus di habiskan atau jumlah makanan yang harus masuk sebelum mengkonsumsi obat. Pasien bertanya tentang asupan makanan yang seperti apa sebelum meminum obat. 	<ol style="list-style-type: none"> Pasien mengungkapkan sebelumnya meminum obat metformin 3x1 tab 500 mg sesuai anjuran dokter. Pasien menurunkan dosis sendiri tanpa anjuran dari dokter menjadi 1 x 500 mg karena saat melakukan pemeriksaan gula di klinik gulanya turun oleh karena itu pasien menurunkan dosisnya. Dan arahan dari keluarga yang memiliki penyakit DM untuk mengganti obat menjadi Glimpiride 3 x1 tab 2mg pasien pun menuruti arahan keluarga tersebut tanpa berkonsultasi dahulu dengan dokter. Pasien mengungkapkan sudah mengkonsumsi obat Glimpiride 3 bulan terakhir. Pasien mengungkapkan kurang memahami tentang penyakitnya. Pasien mengungkapkan jarang kontrol gula darah ataupun bertanya ke tenaga kesehatan atau keluarga dengan DM tentang pemakaian obat yang benar. Karena pasien malas untuk bertanya-tanya. Lebih mementingkan membuat pesanan dari pelanggannya. 								

		5. Pasien bertanya tentang pemakaian obat yang baik seperti apa.
--	--	--

5) Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4. 5 Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan	Pasien 1	Pasien 2
Laboratorium : Hematologi	<p>Pada Tanggal 19/02/2024</p> <p>Hematologi Rutin</p> <p>Hemoglobin : 11.3 (11.7-15.5 g/dL)</p> <p>Hematokrit : 34 (32-47%)</p> <p>Eritrosit 3.9 (3.8-5.2 juta/μL)</p> <p>Leukosit : 8.58 (3.60- 11.00 10^3/μL)</p> <p>Trombosit : 2888 (150-440 ribu/μL)</p> <p>MCV : 87 (80-100fL)</p> <p>MCH : 29 (26-34 pg/mL)</p> <p>MCHC : 33 (32-36 g/dL)</p> <p>Hitung Jenis</p> <p>Basofil : 1 (0-1%)</p> <p>Eosinofil : 3 (1-3%)</p> <p>Neutrofil Batang : 0 (3-5%)</p> <p>Neutrofil Segmen : 60 (50-70%)</p> <p>Limfosit : 29 (25-40%)</p> <p>Monosit : 7 (2-8%)</p> <p>Limfosit Absolut : 2488 (1500-4000/μL)</p> <p>Neutrofil Limfosit Rasio : 2.07</p> <p>Kimia Klinik</p> <p>SGOT (AST) : 25 (0-35 U/L)</p> <p>SGPT (ALT) : 14 (0-35 U/L)</p> <p>Ureum Darah : 36 (20-40 mg/dL)</p> <p>Kreatinin Darah : 0.65 (0.35-0.93 mg/dL)</p> <p>eGFR : 96 mL/min/1.73 m²</p> <p>Glukosa Darah Sewaktu : 80</p> <p>Elektrolit</p> <p>Natrium (Na) : 141 (135-147 mmol/L)</p> <p>Kalium (K) : 3.5 (3.5-5.0 mmol/L)</p> <p>Klorida (Cl) : 108 (98-109 mmol/L)</p> <p>GDS Tanggal 20/02/2024</p> <p>Glukosa Darah Sewaktu : 215 mg/dL</p>	<p>Tanggal 18/02/2024</p> <p>GDS di IGD RS Harapan Bunda : 26 mg/dL</p> <p>GDS 1 jam sesudah masuk D40% : 70 mg/dL</p> <p>GDS 1 Jam berikutnya : 100 mg/dL.</p> <p>Pada Tanggal 18/02/2024</p> <p>Hematologi Rutin</p> <p>Hemoglobin : 9.5 (11.7-15.5 g/dL)</p> <p>Hematokrit : 28 (32-47%)</p> <p>Eritrosit : 3.6 (3.8-5.2 juta/μL)</p> <p>Leukosit : 9.08 (3.60- 11.00 10^3/μL)</p> <p>Trombosit : 229 (150-440 ribu/μL)</p> <p>MCV : 77 (80-100fL)</p> <p>MCH : 26 (26-34 pg/mL)</p> <p>MCHC : 34 (32-36 g/dL)</p> <p>Hitung Jenis</p> <p>Basofil : 0 (0-1%)</p> <p>Eosinofil : 2 (1-3%)</p> <p>Neutrofil Batang : 0 (3-5%)</p> <p>Neutrofil Segmen : 73 (50-70%)</p> <p>Limfosit : 18 (25-40%)</p> <p>Monosit : 7 (2-8%)</p> <p>Limfosit Absolut : 1634 (1500-4000/μL)</p> <p>Neutrofil Limfosit Rasio : 4.06</p> <p>Kimia Klinik</p> <p>SGOT (AST) : 26 (0-35 U/L)</p> <p>SGPT (ALT) : 19 (0-35 U/L)</p> <p>Ureum Darah : 31 (20-40 mg/dL)</p> <p>Kreatinin Darah : 0.97 (0.35-0.93 mg/dL)</p> <p>eGFR : 69 mL/min/1.73 m²</p> <p>Glukosa Darah Sewaktu : 28</p> <p>Elektrolit</p> <p>Natrium (Na) : 140 (135-147 mmol/L)</p> <p>Kalium (K) : 2.5 (3.5-5.0 mmol/L)</p>

		Klorida (Cl) : 105 (98-109 mmol/L) GDS Tanggal 20/02/2024 Glukosa Darah Sewaktu : 78 mg/dL
X- Ray	Foto Thorax Tanggal 19/02/2024 Kesan : Cor dan Pulmo dalam batas normal	Foto Thorax Tanggal 18/02/2024 Kesan : Tidak terlihat kelainan radiologis pada jantung dan paru.
EKG		Gambaran EKG Kesan : Sinus Arythmia

6) Terapi yang diberikan

Tabel 4. 6 Therapy Obat

Pasien 1	Pasien 2
IVFD D40% 3 Flacon (75 ml) IVFD D10% 500 cc/12 jam Injeksi Omeprazole 40 mg (IV) Injeksi Ondansentron 4 mg (IV) Amlodipin 10 mg (Oral) IVFD Nacl 0.9% IVFD D10% Peridipine 0.5 mikro/KgBB	IVFD RL 500 ml/12 jam IVFD D 10% 500 cc/ 12 Jam (IV) Injeksi Omeprazole 40mg (IV) Injeksi Ondansentron 3 x 4 mg (IV) Phenytoin CAP 3x100 mg (Oral) Natrium Diklofenak 2x50 mg (Oral)

7) Analisa Data

Tabel 4. 7 Analisa Data

Data	Masalah	Etiologi
Pasien 1		
Data Subjektif 1. Pasien mengungkapkan lemas dan lelah. 2. Pasien mengungkapkan aktifitas dibantu keluarga 3. Pasien mengungkapkan memiliki riwayat DM serta Hipertensi 10 tahun dan mekonsumsi obat rutin. 4. Pasien mengungkapkan mudah merasa haus. 5. Pasien mengungkapkan sering BAK terutama dipagi hari dan malam hari. Data Objektif 1. Keadaan Umum : Sedang	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	Hipoglikemia

<ol style="list-style-type: none"> 2. Kesadaran : Compos Mentis, GCS 15. E4 M6 V5. 3. Pasien terlihat lemah dan lemas 4. Mukosa bibir terlihat kering. 5. BB saat ini 46 Kg 6. BB sebelum jatuh sakit 52 Kg. 7. Glukosa Darah Sewaktu : 215 mg/dL. 8. Pasien terlihat terpasang IVFD D10% 500 ml/12 jam. 		
<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengungkapkan dalam 2 bulan terakhir tidak nafsu makan karena memikirkan anaknya yang sedang bekerja diluar negeri. Makan hanya ½ porsi sebanyak 3x/hari, pasien makan makanan pengganti seperti biskuit sebanyak 3 keping sebelum meminum obat. BB pada bulan Desember 2023 52 kg. 2. Pasien mengungkapkan lemas dan lelah. 3. Pasien mengungkapkan aktifitas dibantu keluarga 4. Pasien mengungkapkan makan hanya ¼ porsi <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BB sebelum jatuh sakit : 52 Kg 2. BB sakit : 46 Kg 3. Presentase Penurunan BB : 11.5% 4. IMT : 19.14 5. LILA : 24 cm 6. Mukosa bibir terlihat kering 7. Hasil Laboratorium 19/02/2024 HB : 11.3 mg/dL 9. GDS : 215 mg/dL 	Defisit Nutrisi	Faktor Psikologis (Keengganan Untuk Makan)
<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengungkapkan mengkonsumsi obat DM teratur, namun tidak mengetahui apabila tidak cukup makan akan membuat gula darah turun drastis sehingga dapat menyebabkan pingsan bahkan efek lebih parah lagi. 2. Pasien mengungkapkan belum memahami tentang penyakitnya. Pasien mengungkapkan hanya tahu bahwa obat di minum obat DM dan Hipertensi sesudah makan. 3. Pasien mengungkapkan selama ini salah dalam melakukan pengobatan. Karena pasien mengira yang penting masuk makan habis itu minum obat sesuai anjuran dokter. 	Defisit Pengetahuan Tentang Diabetes Mellitus	Kekeliruan Dalam Mengikuti Anjuran

<p>Tanpa mengetahui berapa porsi makan yang harus di habiskan atau jumlah makanan yang harus masuk sebelum mengkonsumsi obat</p> <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat tidak mengetahui tentang efek obat dan penggunaan obat. 2. Pasien terlihat keliru terhadap pengobatan yang dijalani. 3. Pasien bertanya tentang asupan makanan yang seperti apa sebelum minum obat. 		
<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengungkapkan memiliki riwayat DM dan Hipertensi 10 tahun dan mengkonsumsi obat rutin. 2. Pasien mengungkapkan terkadang tangan kebas (mati rasa) sejak 3 bulan terakhir. <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil TTV TD : 170/92 mmHg N : 92x/m S : 37,2°C RR : 20x/m SO² : 99% 2. Glukosa Darah Sewaktu : 215 mg/dL 	Resiko Perfusi Perifer Tidak Efektif	Hipertensi, DM
Pasien 2		
<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengungkapkan lemas dan pusing. 2. Pasien mengungkapkan aktifitas dibantu keluarga 3. Pasien mengungkapkan memiliki riwayat DM sejak 2022 dan mengkonsumsi obat Glimpiride 2 mg. 4. Pasien mengungkapkan dalam 2 minggu terakhir tidak nafsu makan karena bermasalah dengan tetangga. Makan terkadang hanya 1 suap saja, dan nyemil roti atau biskuit ½ bungkus. Makan 3x/hari. <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat berkeringat. 2. Glukosa Darah Sewaktu : 78 mg/dL 3. Pasien terlihat lemas. 4. Pasien terlihat mukosa bibir kering. 5. Pasien terlihat terpasang IVFD D10% 500 ml/12 jam. 	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	Hipoglikemia
<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengungkapkan dalam 2 minggu terakhir tidak nafsu makan karena bermasalah dengan 	Defisit Nutrisi	Faktor Psikologis (Keengganan Untuk Makan)

<p>tetangga. Makan terkadang hanya 1 suap saja, dan nyemil roti atau biskuit ½ bungkus. Makan 3x/hari.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mengungkapkan lemas. 3. Pasien mengungkapkan aktifitas dibantu keluarga 4. Pasien mengungkapkan makan hanya ¼ porsi <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BB sebelum jatuh sakit : 58 Kg 2. BB sakit : 52 Kg 3. Presentase Penyusutan BB : 10.3% 4. IMT : 20.31 5. LILA : 27 cm 6. Hasil Laboratorium 18/02/2024 HB : : 9.5 (11.7-15.5 g/dL) 20/02/2024 GDS : 78 mg/dL 		
<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengungkapkan jarang kontrol gula darah ataupun bertanya ke tenaga kesehatan atau keluarga dengan DM tentang pemakaian obat yang benar. Karena pasien malas untuk bertanya-tanya. Lebih mementingkan membuat pesanan dari pelanggannya. 2. Keluarga pasien mengungkapkan sudah mengajak pasien untuk kontrol tetapi pasien menolak 3. Pasien mengungkapkan sebelumnya meminum obat metformin 3x1 tab 500 mg sesuai anjuran dokter. Pasien menurunkan dosis sendiri tanpa anjuran dari dokter menjadi 1 x 500 mg karena saat melakukan pemeriksaan gula di klinik gulanya turun oleh karena itu pasien menurunkan dosisnya. Dan arahan dari keluarga yang memiliki penyakit DM untuk mengganti obat menjadi Glimepiride 3 x1 tab 2mg pasien pun menuruti arahan keluarga tersebut tanpa berkonsultasi dahulu dengan dokter. 4. Pasien mengungkapkan sudah mengkonsumsi obat Glimepiride 3 bulan terakhir. 5. Pasien mengungkapkan kurang memahami tentang penyakitnya. 6. <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat kontak mata kurang. 	<p>Defisit Pengetahuan Tentang Diabetes Mellitus</p>	<p>Kurang Minat Dalam Belajar</p>

<p>2. Pasien terlihat kurang memahami penggunaan obat yang baik seperti apa.</p> <p>3. Pasien terlihat acuh saat ditanya tentang pemahamannya tentang penyakitnya</p> <p>Keluarga pasien bertanya tentang pemakaian obat yang baik seperti apa.</p>		
---	--	--

4.1.3 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 8 Diagnosa Keperawatan

Data	Masalah	Etiologi
Pasien 1		
<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengungkapkan lemas dan lelah. 2. Pasien mengungkapkan aktifitas dibantu keluarga. 3. Pasien mengungkapkan memiliki riwayat DM dan Hipertensi 10 tahun dan mekonsumsi obat rutin. 4. Pasien mengungkapkan mudah merasa haus. 5. Pasien mengungkapkan sering BAK terutama dipagi hari dan malam hari. <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan Umum : Sedang 2. Kesadaran : Compos Mentis, GCS 15. E4 M6 V5. 3. Pasien terlihat lemah dan lemas 4. Mukosa bibir terlihat kering. 5. Pasien terpasang IVFD D10% 500 ml/12 jam 6. BB saat ini 46 Kg 7. BB sebelum jatuh sakit 52 Kg. 8. Glukosa Darah Sewaktu : 215 mg/dL. 	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah</p>	<p>Hipoglikemia</p>
<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengungkapkan dalam 2 bulan terakhir tidak nafsu makan karena memikirkan anaknya yang sedang bekerja diluar negeri. Makan hanya ½ porsi sebanyak 3x/hari, pasien makan makanan pengganti seperti biskuit sebanyak 3 keping sebelum meminum obat. BB pada bulan Desember 2023 52 kg 2. Pasien mengungkapkan lemas dan lelah. 3. Pasien mengungkapkan aktifitas dibantu keluarga. 	<p>Defisit Nutrisi</p>	<p>Faktor Psikologis (Keengganan Untuk Makan)</p>

<p>4. Pasien mengungkapkan makan hanya ¼ porsi.</p> <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BB sebelum jatuh sakit : 52 Kg 2. BB sakit : 46 Kg 3. Presentase Penyusutan BB : 11.5% 4. IMT : 19.14 5. LILA : 24 cm 6. Mukosa bibir terlihat kering 7. Hasil Laboratorium 19/02/2024 HB : 11.3 mg/dL 8. Glukosa Darah Sewaktu : 215 mg/dL 		
<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengungkapkan minum obat DM teratur, namun tidak mengetahui apabila tidak cukup makan akan membuat gula darah turun drastis sehingga dapat menyebabkan pingsan bahkan efek lebih parah lagi. 2. Pasien mengungkapkan belum memahami tentang penyakitnya. Pasien mengungkapkan hanya tahu bahwa obat di minum obat DM dan Hipertensi sesudah makan. 3. Pasien mengungkapkan selama ini salah dalam melakukan pengobatan. Karena pasien mengira yang penting masuk makan habis itu minum obat sesuai anjuran dokter. Tanpa mengetahui berapa porsi makan yang harus di habiskan atau jumlah makanan yang harus masuk sebelum mengkonsumsi obat <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat tidak mengetahui tentang efek obat dan penggunaan obat. 2. Pasien terlihat keliru terhadap pengobatan yang dijalani. 3. Pasien bertanya tentang asupan makanan yang seperti apa sebelum meminum obat. 	<p>Defisit Pengetahuan Tentang Diabetes Mellitus</p>	<p>Kekeliruan Dalam Mengikuti Anjuran</p>
<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengungkapkan memiliki riwayat DM dan Hipertensi 10 tahun dan mekonsumsi obat rutin. 2. Pasien mengungkapkan terkadang tangan kebas (mati rasa) sejak 3 bulan terakhir. <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil TTV TD : 170/92 mmHg N : 92x/m S : 37,2°C 	<p>Resiko Perfusi Perifer Tidak Efektif</p>	<p>Hipertensi, DM</p>

RR : 20x/m SO ² : 99% 2. Glukosa Darah Sewaktu : 215 mg/dL		
Pasien 2		
Data Subjektif 1. Pasien mengungkapkan lemas dan pusing. 2. Pasien mengungkapkan aktifitas dibantu keluarga. 3. Pasien mengungkapkan memiliki riwayat DM sejak 2022 dan mengkonsumsi obat Glimpiride 2 mg. 4. Pasien mengungkapkan dalam 2 minggu terakhir tidak nafsu makan karena bermasalah dengan tetangga. Makan terkadang hanya 1 suap saja, dan nyemil roti atau biskuit ½ bungkus. Makan 3x/hari. Data Objektif 1. Pasien terlihat berkeringat. 2. Glukosa Darah Sewaktu : 78 mg/dL 3. Pasien terlihat lemas. 4. Pasien terlihat mukosa bibir kering. 5. Pasien terlihat lemah. 6. Pasien terlihat terpasang IVFD D10% 500 ml/12 jam	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	Hipoglikemia
Data Subjektif 1. Pasien mengungkapkan dalam 2 minggu terakhir tidak nafsu makan karena bermasalah dengan tetangga. Makan terkadang hanya 1 suap saja, dan nyemil roti atau biskuit ½ bungkus. Makan 3x/hari. 2. Pasien mengungkapkan lemas. 3. Pasien mengungkapkan aktifitas dibantu keluarga 4. Pasien mengungkapkan makan hanya ¼ porsi Data Objektif 1. BB sebelum jatuh sakit : 58 Kg 2. BB sakit : 52 Kg 3. Presentase Penyusutan BB : 10.3% 4. IMT : 20.31 5. LILA : 27 cm 6. Hasil Laboratorium 18/02/2024 HB : : 9.5 (11.7-15.5 g/dL) 20/02/2024 GDS : 78 mg/dL	Defisit Nutrisi	Faktor Psikologis (Keengganan Untuk Makan)

<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengungkapkan jarang kontrol gula darah ataupun bertanya ke tenaga kesehatan atau keluarga dengan DM tentang pemakaian obat yang benar. Karena pasien malas untuk bertanya-tanya. Lebih mementingkan membuat pesanan dari pelanggannya. 2. Keluarga pasien mengungkapkan sudah mengajak pasien untuk kontrol tetapi pasien menolak. 3. Pasien mengungkapkan sebelumnya meminum obat metformin 3x1 tab 500 mg sesuai anjuran dokter. Pasien menurunkan dosis sendiri tanpa anjuran dari dokter menjadi 1 x 500 mg karena saat melakukan pemeriksaan gula di klinik gulanya turun oleh karena itu pasien menurunkan dosisnya. Dan arahan dari keluarga yang memiliki penyakit DM untuk mengganti obat menjadi Glimpiride 3 x1 tab 2mg pasien pun menuruti arahan keluarga tersebut tanpa berkonsultasi dahulu dengan dokter. 4. Pasien mengungkapkan sudah mengkonsumsi obat Glimpiride 3 bulan terakhir. 5. Pasien mengungkapkan kurang memahami tentang penyakitnya. <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat kontak mata kurang. 2. Pasien terlihat kurang memahami penggunaan obat yang baik seperti apa. 3. Pasien terlihat acuh saat ditanya tentang pemahamannya tentang penyakitnya 4. Keluarga pasien bertanya tentang pemakaian obat yang baik seperti apa. 	<p>Defisit Pengetahuan Tentang Diabetes Mellitus</p>	<p>Kurang Minat Dalam Belajar</p>
---	--	-----------------------------------

4.1.4 Perencanaan Keperawatan

Tabel 4. 9 Perencanaan Keperawatan

DIAGNOSA KEPERAWATAN	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Pasien 1		
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24	1. Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia

dengan hipoglikemia. (D.0027)	jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat, dengan kriteria hasil : (L.03022) <ol style="list-style-type: none"> 1. Lelah menurun 2. Kadar glukosa dalam darah membaik(<200 mg/dL). 3. Mulut kering menurun. 4. Rasa haus menurun. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi tanda dan gejala hiperglikemia. 3. Identifikasi penyebab hipoglikemia. 4. Identifikasi penyebab hiperglikemia. 5. Monitor glukosa darah/6 jam. 6. Berikan karbohidrat sederhana. 7. Pertahankan kepatenan jalan napas. 8. Anjurkan membawa karbohidrat setiap saat. 9. Anjurkan monitor kadar glukosa darah. 10. Ajarkan pengelolaan hipoglikemi. 11. Kolaborasi pemberian dextrose (Dextrose 10%).
Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan). (D.0019).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan status nutrisi meningkat dengan kriteria hasil : (L.03030) <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat. 2. Berat Badan membaik 3. Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik 4. Nafsu makan membaik 5. Bising usus membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan. 3. Monitor asupan makanan. 4. Monitor berat badan. 5. Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (Diit makanan biasa 1500 kalori). 6. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan. (Diit makanan biasa 1500 kalori).
Defisit Pengetahuan Tentang Diabetes Mellitus berhubungan dengan Kekeliruan Dalam Mengikuti Anjuran (D.0111).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat. 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat. 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat. 4. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 5. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun. 6. Perilaku membaik. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan. 5. Berikan kesempatan untuk bertanya. 6. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.. 7. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

<p>Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi dan diabetes mellitus (D.0015).</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko tidak terjadi. Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kram otot menurun. 2. Tekanan darah sistolik membaik (≤ 140 mmHg) 3. Tekanan darah diastolik membaik (≤80 mmHg). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, hipertensi, dan kadar kolestrol tinggi). 2. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. 3. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah. 4. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur. 5. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit yang kering pada kaki).
Pasien 2		
<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan hipoglikemia. (D.0027)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat, dengan kriteria hasil : (L.03022)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lelah menurun. 2. Kadar glukosa dalam darah membaik. 3. Berkeringat menurun. 4. Mulut kering menurun. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia. 2. Identifikasi penyebab hipoglikemia. 3. Monitor glukosa darah/6 jam. 4. Berikan karbohidrat sederhana. 5. Pertahankan kepatenan jalan napas. 6. Anjurkan membawa karbohidrat setiap saat. 7. Anjurkan monitor kadar glukosa darah. 8. Ajarkan pengelolaan hipoglikemi. 9. Kolaborasi pemberian dextrose (Dextrose 10%).
<p>Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan). (D.0019).</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan status nutrisi meningkat dengan kriteria hasil : (L.03030)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat. 2. Berat Badan membaik 3. Nafsu makan membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan. 2. Monitor asupan makanan. 3. Monitor berat badan. 4. Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (Diit makanan biasa 1500 kalori). 5. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan. (Diit makanan biasa 1500 kalori).

<p>Defisit Pengetahuan Tentang Diabetes Mellitus berhubungan dengan Kurang Minat Dalam Belajar (D.0111).</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat. 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat. 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat. 4. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun. 5. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun. 6. Perilaku membaik. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan. 5. Berikan kesempatan untuk bertanya. 6. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. 7. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
--	--	--

4.1.5 Pelaksanaan Keperawatan

Tabel 4. 10 Pelaksanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tanggal & Waktu	Implementasi Hari 1	Tanggal & Waktu	Implementasi Hari 2	Tanggal & Waktu	Implementasi Hari 3
Pasien 1						
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan hipoglikemia .	20/02/2024 10.50	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital. H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15. Pasien mengungkapkan lemas dan lemah. TD : 150/80 mmHg., N : 94 x/menit, suhu 37,2, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. Pasien terlihat lemah dan lemas. Pasien terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, dan, perdistine 0,5 cc/KgBB.	21/02/2024 09.00	Memonitor cairan infus H : Cairan infus telah habis dan di ganti dengan yang baru yaitu D10% 500 ml/ 12 Jam	22/02/24 09.00	Memonitor cairan infus H : lemas. Pasien terpasang IVFD NaCl 0.9 % 500 ml/12 jam
	11.05	Mengecek GDS dengan GDS stik : H : GDS 215 mg/dL	11.00	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital. H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan lemas dan lemah. TD : 127/70 mmHg., N : 85 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. Pasien terlihat lemah dan lemas. Pasien terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, dan, perdistine 0,5 cc/KgBB.	10.50	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital. H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan sudah lebih baik dan lemas berkurang. TD : 140/70 mmHg, N : 89 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 98%. Pasien terlihat tidak lemas. Pasien terpasang IVFD NaCl 0.9 %/12 jam.
	11.10	Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia H : Pasien mengungkapkan memiliki riwayat DM 10 tahun dan rutin mengkonsumsi obat.	11.05	Memonitor gula darah sewaktu H : GDS 195 mg/dL	11.00	Memonitor gula darah sewaktu H : GDS 197 mg/dL
	11.20	Melakukan observasi tanda-tanda vital :	17.05	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital. H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan masih lemas dan lemah. TD : 130/80 mmHg., N : 85 x/menit, suhu 36,	15.00	Memonitor tanda gejala hiperglikemia H : Mukosa bibir terlihat lembab, pasien mengungkapkan sering BAK

		H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan lemas dan lemah. TD : 140/110 mmHg,, N : 96 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. Pasien terlihat lemah dan lemas. Pasien terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, dan, perdipine 0,5 cc/KgBB.		RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. Pasien terlihat lemah dan lemas. Pasien terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, dan, perdipine 0,5 cc/KgBB.		di pagi hari. Pasien terlihat mukosa bibir lembab.
	14.00	Memonitor cairan infus H : Pasien terlihat terpasang infus D10%/12 jam, dan perdipine 0.5cc/kgBB. Terlihat cairan infus berjalan dengan lancar.	17.10	Memonitor gula darah sewaktu H : GDS 168 mg/dL	17.00	Memonitor gula darah sewaktu H : GDS 199 mg/dL
	17.00	Memonitor gula darah sewaktu H : GDS 207 mg/dL	17.15	Memonitor tanda gejala hiperglikemia H : Mukosa bibir terlihat lembab, pasien mengungkapkan sering BAK di pagi hari. Pasien terlihat mukosa bibir lembab.	17.10	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital. H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan sudah lebih baik dan lemas berkurang. TD : 150/70 mmHg, N : 90 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 98%. Pasien terlihat tidak lemas. Pasien terpasang IVFD NaCl 0.9 %/12 jam.
	20.00	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital. H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan lemas dan lemah. TD : 170/110 mmHg,, N : 96 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. Pasien terlihat lemah dan lemas. Pasien terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, dan, perdipine 0,5 cc/KgBB.	21.00	Memonitor cairan infus H : cairan infus telah habis dan di ganti dengan D10% 500 ml/12 jam.	21.00	Memonitor cairan infus H : lemas. Pasien terpasang IVFD NaCl 0.9 % 500 ml/12 jam
			23.00	Memonitor gula darah sewaktu H : GDS 208 mg/dL	23.00	Memonitor gula darah sewaktu H : GDS 179 mg/dL
			06.00	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital. H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan masih lemas dan lemah. TD : 130/80 mmHg,, N : 85 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. Pasien terlihat lemah dan lemas berkurang. Pasien terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, dan, perdipine 0,5 cc/KgBB.	05.00	Memonitor gula darah sewaktu H : GDS 148 mg/dL
					07.00	Berkolaborasi dengan dokter H : Pasien ACC lepas rawat

	22.00	Memonitor cairan infus H : Insuf telah habis dan diberikan cairan yang baru D10%/12 jam. Tidak terdapat tanda-tanda infeksi di area penusukan.	06.15	Memonitor gula darah sewaktu H : GDS 148 g/dL	08.00	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital. H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan sudah lebih baik dan lemas berkurang. TD : 140/70 mmHg, N : 89 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 98%. Pasien terlihat tidak lemas. Pasien terpasang IVFD NaCl 0.9 % 500 ml/12 jam
	23.00	Memonitor gula darah sewaktu H : GDS 176 mg/dL			08.05	Melakukan tindakan pelepasan infus H : Tidak ada tanda-tanda infeksi daerah sekitar penusukan. Tidak terdapat perdarahan. Pasien mengungkapkna sedikit nyaman
	05.00	Memonitor gula darah sewaktu H : GDS 227 mg/dL			08.10	Memonitor keluhan H : Pasien mengungkapkan sudah tidak lemah dan lemas. Aktivitas mandiri. Pasien terlihat tidak lemas, pasien terlihat aktivitas mandiri.
	07.00	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital. H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan lemas dan lemah. TD : 110/70 mmHg,, N : 75 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. Pasien terlihat lemah dan lemas. Pasien terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, dan, perdipine 0,5 cc/KgBB.				
Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor	20/02/2024 11.30	Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan H : Pasien mengungkapkan tidak memiliki alergi atau pantangan terhadap makanan.	21/02/2024 10.20 11.30	Memonitor BB H : BB pasien 46.2 kg. Memberikan therapy diit makanan biasa 1500 kalori.	22/02/24 10.20 11.30	Memonitor BB H : BB pasien 46.4 kg. Memberikan therapy diit makanan biasa 1500 kalori.

psikologis (keengganan untuk makan).	11.35	Memonitor BB H : BB pasien 46 kg.		H : Pasien telah menerima makanan.		H : Pasien telah menerima makanan.
	12.00	Memberikan therapy diit makanan biasa 1500 kalori. H : Pasien telah menerima makanan.	11.35	Memonitor asupan makanan H: Pasien mengungkapkan makan habis $\frac{3}{4}$ porsi makan. Pasien mengungkapkan nafsu makan mulai membaik. Pasien terlihat habis $\frac{3}{4}$ porsi makan.	11.35	Memonitor asupan makanan H: Pasien mengungkapkan makan habis $\frac{3}{4}$ porsi makan. Pasien mengungkapkan nafsu makan mulai membaik. Pasien terlihat habis $\frac{3}{4}$ porsi makan.
	12.30	Memonitor asupan makanan H: Pasien mengungkapkan makan habis $\frac{1}{2}$ porsi karena tidak nafsu makan. Pasien terlihat makan habis $\frac{1}{2}$ porsi	11.40	Memberikan saran keluarga pasien untuk mendukung program pengobatan H : keluarga pasien mengungkapkan akan mendukung pengobatan.	11.40	Memberikan saran keluarga pasien untuk mendukung program pengobatan H : keluarga pasien mengungkapkan akan mendukung pengobatan.
	12.40	Memberikan saran pasien makan sedikit tapi sering H : pasien terlihat memahami anjuran perawat.	12.00	Memberikan therapy diit makanan biasa 1500 kalori. H : Pasien telah menerima makanan.	12.00	Memberikan therapy diit makanan biasa 1500 kalori. H : Pasien telah menerima makanan.
	18.00	Memberikan therapy diit makanan biasa 1500 kalori. H : Pasien telah menerima makanan.	12.35	Memonitor asupan makanan H: Pasien mengungkapkan makan habis $\frac{3}{4}$ porsi makan. Pasien mengungkapkan nafsu makan mulai membaik. Pasien terlihat habis $\frac{3}{4}$ porsi makan.	12.35	Memonitor asupan makanan H: Pasien mengungkapkan makan habis $\frac{3}{4}$ porsi makan. Pasien mengungkapkan nafsu makan mulai membaik. Pasien terlihat habis $\frac{3}{4}$ porsi makan.
	18.30	Memonitor asupan makanan H: Pasien mengungkapkan makan habis $\frac{1}{2}$ porsi karena tidak nafsu makan. Pasien terlihat makan habis $\frac{1}{2}$ porsi	18.05	Memberikan therapy diit makanan biasa 1500 kalori. H : Pasien telah menerima makanan.	18.05	Memberikan therapy diit makanan biasa 1500 kalori. H : Pasien telah menerima makanan.
	06.00	Memberikan therapy diit makanan biasa 1500 kalori. H : Pasien telah menerima makanan.	18.30	Memonitor asupan makanan	18.30	Memonitor asupan makanan

	06.30	Memonitor asupan makanan H: Pasien mengungkapkan makan habis $\frac{3}{4}$ porsi makan. Pasien mengungkapkan nafsu makan mulai naik.	06.05	H: Pasien mengungkapkan makan habis $\frac{3}{4}$ porsi makan. Pasien mengungkapkan nafsu makan mulai membaik.	06.05	H: Pasien mengungkapkan makan habis $\frac{3}{4}$ porsi makan. Pasien mengungkapkan nafsu makan mulai membaik.
			06.30	Memberikan therapy diit makanan biasa 1500 kalori. H : Pasien telah menerima makanan.	06.30	Memberikan therapy diit makanan biasa 1500 kalori. H : Pasien telah menerima makanan.
				Memonitor asupan makanan H: Pasien mengungkapkan makan habis $\frac{3}{4}$ porsi makan. Pasien mengungkapkan nafsu makan mulai membaik.	06.30	Memonitor asupan makanan H: Pasien mengungkapkan makan habis $\frac{3}{4}$ porsi makan. Pasien mengungkapkan nafsu makan mulai membaik.
Dx 3 Defisit Pengetahuan Tentang Diabetes Mellitus b.d Kekeliruan Dalam Mengikuti Anjuran.	20/02/2024 10.10	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi: H : Pasien mengungkapkan belum siap untuk mendapatkan informasi karena masih lemas. Pasien terlihat lemas, pasien terlihat belum siap menerima informasi.	21/02/2024 10.00	Menyiapkan media pendidikan kesehatan. H : Media untuk penkes yaitu leaflet. Pasien terlihat antusias selama pendidikan kesehatan berlangsung	22/02/24 09.40	Mengedukasi kembali pasien tentang pentingnya manajemen pengobatan dan diit makanan. H : Pasien mengungkapkan akan selalu mengingat anjuran perawat, dan membaca leaflet yang telah diberikan. Pasien terlihat memahami anjuran perawat.
	10.15	Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. H : Pasien mengungkapkan anak-anaknya lah yang membuat pasien termotivasi untuk hidup lebih baik lagi. Pasien terlihat termotivasi untuk hidup lebih baik lagi.	10.05	Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya. H : Pasien menanyakan mengenai cara pengobatan dan diit pada penderita diabetes mellitus. Pasien terlihat bertanya mengenai penkes yang telah berlangsung.		
			10.10	Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. H : Pasien memahami hidup sehat pada penderita diabetes mellitus		

	10.20	Menjadwalkan pendidikan kesehatan tentang diabetes mellitus. H : Pasien mengungkapkan bahwa besok hari pasien dapat mengikuti pendidikan kesehatan	10.30	yaitu dengan berolahraga dan diit makanan sesuai anjuran, serta minum obat sesuai program. Pasien terlihat memahami anjuran yang telah perawat berikan. Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku H : Pasien mengungkapkan akan lebih sering berolahraga dan hidup sehat. Pasien terlihat memahami anjuran perawat.		
Dx 4 : Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi, DM	20/02/2024 10.50	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital. H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15. Pasien mengungkapkan lemas dan lemah. TD : 150/80 mmHg, N : 94 x/menit, suhu 37,2, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. Pasien terlihat lemah dan lemas. Pasien terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, dan, perdistine 0,5 cc/KgBB.	21/02/2024 11.00	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital. H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan lemas dan lemah. TD : 127/70 mmHg, N : 85 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. Pasien terlihat lemah dan lemas. Pasien terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, dan, perdistine 0,5 cc/KgBB.	22/02/24 10.50	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital. H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan sudah lebih baik dan lemas berkurang. TD : 140/70 mmHg, N : 89 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 98%. Pasien terlihat tidak lemas. Pasien terpasang IVFD NaCl 0.9 %/12 jam
	13.10	Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi : H : Pasien mengungkapkan memiliki riwayat DM dan Hipertensi selama 10 tahun.	11.30	Memonitor keluhan H : Pasien mengungkapkan kaki dan tangan masih suka kebas.	11.05	Memonitor keluhan H : Pasien mengungkapkan kaki dan tangan masih suka kebas.
	14.00	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital.	17.05	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital. H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan masih lemas dan lemah. TD : 130/80	17.00	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital. H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6

		H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan lemas dan lemah. TD : 140/80 mmHg, N : 96 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. Pasien terlihat lemah dan lemas. Pasien terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, dan, perdipine 0,5 cc/KgBB.		mmHg, N : 85 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. Pasien terlihat lemah dan lemas. Pasien terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, dan, perdipine 0,5 cc/KgBB.		V5. Pasien mengungkapkan sudah lebih baik dan lemas berkurang. TD : 140/70 mmHg, N : 89 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 98%. Pasien terlihat tidak lemas. Pasien terpasang IVFD NaCl 0.9 %/12 jam.
	20.00	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital. H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan lemas dan lemah. TD : 170/80 mmHg, N : 96 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. Pasien terlihat lemah dan lemas. Pasien terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, dan, perdipine 0,5 cc/KgBB.	05.10	Memberikan therapy obat H : Amlodiphine 10 mg via oral telah diberikan dengan 6 benar.	05.10	Memberikan therapy obat H : Amlodiphine 10 mg via oral telah diberikan dengan 6 benar.
	05.10	Memberikan therapy obat H : Amlodiphine 10 mg via oral telah diberikan dengan 6 benar.	05.15	Memberikan saran minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur H : Pasien terlihat memahami anjuran perawat.	05.10	Memberikan saran minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur H : Pasien terlihat memahami anjuran perawat.
	07.00	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital. H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan	06.00	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital. H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan masih lemas dan lemah. TD : 130/80 mmHg, N : 85 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. Pasien terlihat lemah dan lemas berkurang. Pasien terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, dan, perdipine 0,5 cc/KgBB.	08.00	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital. H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan masih lemas dan lemah. TD : 140/70 mmHg, N : 89 x /menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. Pasien terlihat lemah dan lemas berkurang. Pasien terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, dan, perdipine 0,5 cc/KgBB.
					08.15	Memonitor keluhan

		lemas dan lemah. TD : 110/70 mmHg, N : 75 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. Pasien terlihat lemah dan lemas. Pasien terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, dan, perdipine 0,5 cc/KgBB.				H : Pasien mengungkapkan tangannya masih suka kebas
Pasien 2						
Dx 1: Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan hipoglikemia .	20/02/2024 08.10	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital. H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15. Pasien mengungkapkan lemas dan lemah. TD : 130/70 mmHg, N : 77 x/menit, suhu 36,2, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. Pasien terlihat lemah dan lemas. Pasien terlihat terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, RL 500 ml/12 jam.	21/02/2024 09.10	Memonitor tanda gejala hipoglikemia H : Pasien mengungkapkan masih lemas dan lelah, sudah jarang berkeringat, pasien mengungkapkan sering BAK di pagi hari.	22/02/24 09.10	Memonitor tanda gejala hipoglikemia H : Pasien mengungkapkan lemas dan lelah berkurang, sudah jarang berkeringat, pasien mengungkapkan sering BAK di pagi hari.
	08.15	Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemi H : Pasien mengungkapkan memiliki riwayat DM dari tahun 2022, nafsu makan menurun dan hanya makan 5 sendok makan.	09.30	Memonitor cairan infus H : Insuf telah habis dan diberikan cairan yang baru RA 500 ml/12. Tidak terdapat tanda-tanda infeksi di area penusukan.	09.30	Memonitor cairan infus H : Infus telah habis dan diberikan cairan yang baru RL 500 ml/12 jam. Tidak terdapat tanda-tanda infeksi di area penusukan.
	11.00	Memonitor gula darah sewaktu H : GDS 103 mg/dL	11.10 13.30	Memonitor gula darah sewaktu H : GDS 140 mg/dL Melakukan observasi tanda-tanda vital : H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan lemas dan lemah. TD : 130/60 mmHg, N : 96 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. Pasien	11.10 13.30	Memonitor gula darah sewaktu H : GDS 180 mg/dL Melakukan observasi tanda-tanda vital : H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan lemas dan lemah. TD : 120/70 mmHg, N : 83x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi :

	13.30	Melakukan observasi tanda-tanda vital : H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan lemas dan lemah. TD : 130/60 mmHg, N : 96 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. Pasien terlihat lemah dan lemas. Pasien terlihat terpasang IVFD D10% 500 ml/ 12 Jam, RL 500 ml/12 jam.		terlihat lemah dan lemas. Pasien terlihat terpasang IVFD D10% 500 ml/ 12 Jam, RL 500 ml/12 jam.		99%. Pasien terlihat lemah dan lemas. Pasien terlihat terpasang IVFD D10% 500 ml/ 12 Jam, RL 500 ml/12 jam.
	17.05	Memonitor gula darah sewaktu H : GDS 207 mg/dL	17.05	Memonitor gula darah sewaktu H : GDS 207 mg/dL	17.05	Memonitor gula darah sewaktu H : GDS 207 mg/dL
	20.00	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital. H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan lemas dan lemah. TD : 110/70 mmHg, N : 80 x/menit, suhu 36.2, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. Pasien terlihat lemah dan lemas. Pasien terlihat terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, RL 500 ml/12 jam	20.00	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital. H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan lemas dan lemah. TD : 110/70 mmHg, N : 80 x/menit, suhu 36.2, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. Pasien terlihat lemah dan lemas. Pasien terlihat terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, RL 500 ml/12 jam	20.00	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital. H : KU sedang, Kesadaran composmentis. GCS 15 E4 M6 V5. Pasien mengungkapkan lemas dan lemah berkurang. TD : 110/80 mmHg, N : 85 x/menit, suhu 36., RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. Pasien terlihat lemah dan lemas berkurang. Pasien terlihat terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, RL 500 ml/12 jam
	21.30	Memonitor cairan infus H : Insuf telah habis dan diberikan cairan yang baru RA 500 ml/12 jam. Tidak terdapat tanda-tanda infeksi di area penusukan.	21.30	Memonitor cairan infus H : Insuf telah habis dan diberikan cairan yang baru RA 500 ml/12. Tidak terdapat tanda-tanda infeksi di area penusukan.	21.30	Memonitor cairan infus H : Infus telah habis dan diberikan cairan yang baru RL 500 ml/12 jam. Tidak terdapat tanda-tanda infeksi di area penusukan.
	23.10	Memonitor gula darah sewaktu H : GDS 139 mg/dL	23.10	Memonitor gula darah sewaktu H : GDS 139 mg/dL	23.10	Memonitor gula darah sewaktu H : GDS 139 mg/dL
	05.15	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital.	05.15	Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital.		

		H : Pasien telah menerima makanan.		mulai membaik. Pasien terlihat habis ½ porsi makan.		makan mulai membaik. Pasien terlihat habis ½ porsi makan.
	12.45	Memonitor asupan makanan H: Pasien mengungkapkan makan habis 6 sendok makan karena tidak nafsu makan. Pasien terlihat makan habis ½ porsi	11.50	Memberikan saran keluarga pasien untuk mendukung program pengobatan H : keluarga pasien mengungkapkan akan mendukung pengobatan.	11.50	Memberikan saran keluarga pasien untuk mendukung program pengobatan H : keluarga pasien mengungkapkan akan mendukung pengobatan.
	12.50	Memberikan saran pasien makan sedikit tapi sering H : pasien terlihat memahami anjuran perawat.	12.10	Memberikan therapy diit makanan biasa 1500 kalori. H : Pasien telah menerima makanan.	12.10	Memberikan therapy diit makanan biasa 1500 kalori. H : Pasien telah menerima makanan.
	18.10	Memberikan therapy diit makanan biasa 1500 kalori. H : Pasien telah menerima makanan.	12.45	Memonitor asupan makanan H: Pasien mengungkapkan makan habis ½ porsi makan. Pasien mengungkapkan nafsu makan mulai membaik. Pasien terlihat habis ½ porsi makan.	12.45	Memonitor asupan makanan H: Pasien mengungkapkan makan habis ½ porsi makan. Pasien mengungkapkan nafsu makan mulai membaik. Pasien terlihat habis ½ porsi makan.
	18.40	Memonitor asupan makanan H: Pasien mengungkapkan makan habis ½ porsi. Pasien mengungkapkan nafsu makan mulai membaik. Pasien terlihat makan habis ½ porsi	18.10	Memberikan therapy diit makanan biasa 1500 kalori. H : Pasien telah menerima makanan.	18.10	Memberikan therapy diit makanan biasa 1500 kalori. H : Pasien telah menerima makanan.
	06.10	Memberikan therapy diit makanan biasa 1500 kalori. H : Pasien telah menerima makanan.	18.40	Memonitor asupan makanan H: Pasien mengungkapkan makan habis ½ porsi makan. Pasien mengungkapkan nafsu makan mulai membaik.	18.40	Memonitor asupan makanan H: Pasien mengungkapkan makan habis ¾ porsi makan. Pasien mengungkapkan nafsu makan mulai membaik.
	06.40	Memonitor asupan makanan H: Pasien mengungkapkan makan habis ½ porsi makan.	06.10	Memberikan therapy diit makanan biasa 1500 kalori.	06.10	Memberikan therapy diit makanan biasa 1500 kalori.

		Pasien mengungkapkan nafsu makan mulai naik.	06.40	H : Pasien telah menerima makanan. Memonitor asupan makanan H: Pasien mengungkapkan makan habis ½ porsi makan. Pasien mengungkapkan nafsu makan mulai membaik.	06.40	H : Pasien telah menerima makanan. Memonitor asupan makanan H: Pasien mengungkapkan makan habis ½ porsi makan. Pasien mengungkapkan nafsu makan mulai membaik
Dx 3: Defisit pengetahuan tentang diabetes mellitus dibuktikan dengan kurang minat dalam belajar	20/02/2024 09.40	Menilai kesiapan dan kemampuan untuk menerima informasi. H : Pasien mengungkapkan belum siap untuk mendapatkan informasi karena masih lemas. Pasien terlihat lemas, pasien terlihat belum siap menerima informasi.	21/02/2024 09.15	Menyiapkan media pendidikan kesehatan. H : Media untuk penkes yaitu leaflet. Pasien terlihat antusias selama pendidikan kesehatan berlangsung	22/02/24 09.20	Mengedukasi kembali pasien tentang pentingnya manajemen pengobatan dan diit makanan. H : Pasien mengungkapkan akan selalu mengingat anjuran perawat, dan membaca leaflet yang telah diberikan. Pasien terlihat memahami anjuran perawat.
	13.50	Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. H : Pasien mengungkapkan anak-anaknya lah yang membuat pasien termotivasi untuk hidup lebih baik lagi. Pasien terlihat termotivasi untuk hidup lebih baik lagi.	09.20	Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya. H : Pasien menanyakan mengenai cara pengobatan dan diit pada penderita diabetes mellitus. Pasien terlihat bertanya mengenai penkes yang telah berlangsung.		
	14.00	Menjadwalkan pendidikan kesehatan tentang diabetes mellitus. H : Pasien mengungkapkan bahwa besok hari pasien dapat	09.30	Memberikan pembelajaran tentang kebiasaan hidup bersih dan sehat. H : Pasien memahami hidup sehat pada penderita diabetes mellitus yaitu dengan berolahraga dan diit makanan sesuai anjuran, serta minum obat sesuai program. Pasien terlihat memahami anjuran yang telah perawat berikan.		
				09.40		

		mengikuti pendidikan kesehatan		Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku H : Pasien mengungkapkan akan lebih sering berolahraga dan hidup sehat. Pasien terlihat memahami anjuran perawat.		
--	--	--------------------------------	--	--	--	--

4.1.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 11 Evaluasi Keperawatan

Dx	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Pasien 1			
Dx 1	<p>S : Pasien mengungkapkan lemah dan lemas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU sedang - Kesadaran composmentis. - GCS 15 E4 M6 V5. - TD : 110/70 mmHg, N : 75 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. - Pasien terlihat lemah dan lemas. - Pasien terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, dan, perdipine 0,5 cc/KgBB. - Hasil GDS : 227 mg/dL <p>A : Permasalahan keperawatan belum teratasi</p> <p>P : Tindakan keperawatan dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor gula darah sewaktu. 2. Monitor tanda-tanda vital. 3. Monnitor keadaan umum dan kesadaran. 4. Monitor cairan infus. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengungkapkan lemah dan lemas berkurang. - Pasien mengungkapkan masih sering BAK terutama dipagi hari. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU sedang - Kesadaran composmentis. - GCS 15 E4 M6 V5. - TD : TD : 130/80 mmHg, N : 85x/menit, suhu 36.5, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. - Pasien terlihat lemah dan lemas berkurang. - Pasien terlihat mukosa bibir lembab. - Pasien terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, dan, perdipine 0,5 cc/KgBB. - Hasil GDS : GDS 148 g/dL <p>A : Permasalahan keperawatan belum teratasi.</p> <p>P : Tindakan keperawatan dilanjutkan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor gula darah sewaktu. 2. Monitor tanda-tanda vital. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengungkapkan sudah tidak lemas, dan sudah bisa aktivitas mandiri. - Pasien mengungkapkan masih sering BAK terutama dipagi hari. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU sedang - Kesadaran composmentis. - GCS 15 E4 M6 V5. - TD : TD : 140/70 mmHg, N : 89 x/menit suhu 36.3, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. - Pasien terlihat sudah tidak lemah dan lemas. - Pasien terlihat mukosa bibir lembab - Pasien terpasang IVFD NaCl 0.9 % 500 ml/12 jam - , dan, perdipine 0,5 cc/KgBB. - Hasil GDS : GDS 148 g/dL

	5. Monitor hiperglikemia.	3. Monitor keadaan umum dan kesadaran. 4. Monitor cairan infus. 5. Monitor tanda gejala hiperglikemia.	A : Permasalahan keperawatan belum teratasi. P : Tindakan perawatan dilanjutkan dirumah/discharge planning. 1. Anjurkan memonitor gula darah secara mandiri. 2. Anjurkan manajemen diet makan, pola hidup, dan olahraga. 3. Anjurkan keluarga untuk tidak melakukan aktivitas olahraga bila kadar gula darah .250 mg/dL.
Dx 2	S : Pasien mengungkapkan selera makan mulai membaik O : - KU sedang - Kesadaran composmentis. - GCS 15 E4 M6 V5. - TD : 110/70 mmHg, N : 75 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. - BB pasien 46 Kg - Pasien terlihat selera makan meningkat. - Pasien terlihat makan habis ¾ porsi. A : Permasalahan keperawatan belum teratasi. P : Tindakan keperawatan dilanjutkan 1. Monitor berat badan. 2. Monitor asupan makanan. 3. Berikan therapy diet makanan 1500 kalori. 4. Anjurkan keluarga pasien untuk mendukung program pengobatan	S : Pasien mengungkapkan selera makan mulai membaik O : - KU sedang - Kesadaran composmentis. - GCS 15 E4 M6 V5. - TD : TD : 130/80 mmHg, N : 85x/menit, suhu 36.5, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. - BB pasien 46.2 Kg - Pasien terlihat selera makan meningkat. - Pasien terlihat makan habis ¾ porsi. A : Permasalahan keperawatan belum teratasi. P : Tindakan keperawatan dilanjutkan 1. Monitor berat badan. 2. Monitor asupan makanan. 3. Berikan therapy diet makanan 1500 kalori. 4. Anjurkan keluarga pasien untuk mendukung program pengobatan	S : Pasien mengungkapkan selera makan mulai membaik O : - KU sedang - Kesadaran composmentis. - GCS 15 E4 M6 V5. - TD : TD : 140/70 mmHg, N : 89 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. - BB pasien 46.4 Kg - Pasien terlihat selera makan meningkat. - Pasien terlihat makan habis ¾ porsi. A : Permasalahan keperawatan belum teratasi. P : - Tindakan perawatan di lanjutkan dirumah / <i>discharge planning</i> . 1. Anjurkan makan sedikit tapi sering. 2. Anjurkan keluarga memonitor asupan makanan.

Dx3	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengungkapkan belum siap menerima informasi. 2. Pasien mengungkapkan anak-anaknya lah yang membuat pasien selalu termotivasi untuk hidup lebih baik lagi. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat belum siap menerima informasi kesehatan. 2. Pasien terlihat termotivasi untuk hidup lebih baik lagi. 3. Melakukan kesepakatan dengan pasien untuk di lakukan pendidikan kesehatan pada tanggal 21 Februari 2024 pukul 10.00 <p>A : Permasalahan keperawatan defisit pengetahuan tentang diabetes mellitus belum teratasi.</p> <p>P : Tindakan keperawatan dilanjutkan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan. 3. Berikan kesempatan untuk bertanya. 4. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. 5. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat. 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien menanyakan mengenai cara pengobatan dan diit pada penderita diabetes mellitus. 2. Pasien memahami hidup sehat pada penderita diabetes mellitus yaitu dengan berolahraga dan diit makanan sesuai anjuran, serta minum obat sesuai program 3. Pasien memahami hidup sehat pada penderita diabetes mellitus yaitu dengan berolahraga dan diit makanan sesuai anjuran, serta minum obat sesuai program <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat memahami anjuran perawat. 2. Pasien terlihat kooperatif saat perawatn melakukan pendidikan kesehatan. 3. Media dalam pendidikan kesehatan yaitu leaflet. <p>A : Permasalahan keperawatan defisit pengetahuan tentang diabetes mellitus belum teratasi.</p> <p>P : Tindakan keperawatan dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edukasi kembali tentang pentingnya manajemen pengobatan dan diit makanan 	<p>S : Pasien mengungkapkan akan selalu mengingat anjuran perawat, dan membaca leaflet yang telah diberikan. Pasien terlihat memahami anjuran perawat.</p> <p>O : Pasien terlihat memahami anjuran perawat.</p> <p>A : Permasalahan keperawatan defisit pengetahuan teratasi.</p> <p>P : Tindakan keperawatan dihentikan.</p>
Dx 4	<p>S : Pasien mengungkapkan memiliki riwayat DM dan Hipertensi selama 10 tahun.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 110/70 mmHg, N : 75 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. 	<p>S : Pasien mengungkapkan masih suka kebas di tangan dan kaki.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD : 130/80 mmHg, N : 85 x/menit, suhu 36.5, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. 	<p>Pasien mengungkapkan masih suka kebas di tangan.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 140/70 mmHg, N : 89 x/menit, suhu 36, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%.

	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat lemah dan lemas. - Pasien terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, dan, perdipine 0,5 cc/KgBB. - Pasien telah diberikan obat amlodiphine 10 mg. <p>A : Permasalahan keperawatan belum teratasi</p> <p>P : Tindakan keperawatan dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital. 2. Memberikan saran minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 3. Berikan therapy obat Amlodiphine 10 mg via oral. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien terpasang IVFD D10%/ 12 Jam, dan, perdipine 0,5 cc/KgBB. 3. Pasien telah diberikan obat amlodiphine 10 mg. <p>A : Permasalahan keperawatan belum teratasi.</p> <p>P : Tindakan keperawatan dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital. 2. Memberikan saran minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 3. Berikan therapy obat Amlodiphine 10 mg via oral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien telah diberikan obat amlodiphine 10 mg. <p>A : Permasalahan keperawatan belum teratasi.</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tindakan perawatan dilanjutkan dirumah/<i>discharge planning</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah. 2. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur. 3. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit yang kering pada kaki) 4. Anjurkan melakukan aktivitas olahraga.
Pasien 2			
Dx 1	<p>S : Pasien mengungkapkan lemah dan lemas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU sedang - Kesadaran composmentis. - GCS 15 E4 M6 V5. - TD : 110/70 mmHg, N : 90 x/menit, suhu 36.5, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. - Pasien terlihat lemah dan lemas. - Pasien terpasang IVFD D10% 500 ml/ 12 Jam - Hasil GDS : GDS 103 mg/dL <p>A : Permasalahan keperawatan belum teratasi.</p> <p>P : Tindakan keperawatan dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor gula darah sewaktu. 	<p>S : Pasien mengungkapkan lemah dan lemas berkurang, sudah jarang berkeringat, pasien mengungkapkan sering BAK di pagi hari.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU sedang - Kesadaran composmentis. - GCS 15 E4 M6 V5. - TD : 120/80 mmHg, N : 84 x/menit, suhu 36.3, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. - Pasien terlihat lemah dan lemas berkurang. - Pasien terpasang IVFD RL 500 ml/12 jam. - Pasien terlihat berkeringat menurun. - Hasil GDS 205 mg/dL <p>A : Permasalahan keperawatan belum teratasi.</p> <p>P : Tindakan keperawatan dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor gula darah sewaktu. 	<p>S : Pasien mengungkapkan lemah dan lemas berkurang, sudah jarang berkeringat, pasien mengungkapkan sering BAK di pagi hari.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU sedang - Kesadaran composmentis. - GCS 15 E4 M6 V5. - TD : 130/80 mmHg, N : 84 x/menit, suhu 36.1, RR : 20x/menit, Saturasi : 99%. - Pasien terlihat lemah dan lemas berkurang. - Pasien terpasang IVFD RL 500 ml/12 jam. - Pasien terlihat berkeringat menurun.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor tanda-tanda vital. 3. Monitor keadaan umum dan kesadaran. 4. Monitor cairan infus. 5. Monitor tanda gejala hipoglikemia. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor tanda-tanda vital. 3. Monitor keadaan umum dan kesadaran. 4. Monitor cairan infus. 5. Monitor tanda gejala hipoglikemia. 	<p>- Hasil GDS 205 mg/dL</p> <p>A : Permasalahan keperawatan teratasi.</p> <p>P : Tindakan keperawatan dilanjutkan dilanjutkan oleh perawat ruangan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor gula darah sewaktu. 2. Monitor tanda-tanda vital. 3. Monitor keadaan umum dan kesadaran. 4. Monitor cairan infus. 5. Monitor tanda gejala hipoglikemia.
Dx 2	<p>S : Pasien mengungkapkan selera makan mulai membaik</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat lemah dan lemas. - Pasien terpasang IVFD D10% 500 ml/ 12 Jam - BB pasien 52 Kg - Pasien terlihat selera makan meningkat. - Pasien terlihat makan habis $\frac{3}{4}$ porsi. <p>A : Permasalahan keperawatan belum teratasi</p> <p>P : Tindakan keperawatan dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor berat badan. 2. Monitor asupan makanan. 3. Berikan therapy diit makanan 1500 kalori. 4. Anjurkan keluarga pasien untuk mendukung program pengobatan 	<p>S : Pasien mengungkapkan selera makan mulai membaik. Pasien mengungkapkan makan habis $\frac{1}{2}$ porsi.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat lemah dan lemas berkurang. - Pasien terlihat terpasang IVFD RL 500 ml/12 jam. - BB pasien 52.1 Kg - Pasien terlihat selera makan meningkat. - Pasien terlihat makan habis $\frac{1}{2}$ porsi. <p>A : Permasalahan keperawatan belum teratasi.</p> <p>P : Tindakan keperawatan dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor berat badan. 2. Monitor asupan makanan. 3. Berikan therapy diit makanan 1500 kalori. 4. Anjurkan keluarga pasien untuk mendukung program pengobatan 	<p>S : Pasien mengungkapkan selera makan mulai membaik</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat lemah dan lemas berkurang - Pasien terlihat terpasang IVFD RL 500 ml/12 jam. - BB pasien 52.3 Kg - Pasien terlihat selera makan meningkat. - Pasien terlihat makan habis $\frac{1}{2}$ porsi. <p>A : Permasalahan keperawatan teratasi.</p> <p>P : Tindakan keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor asupan makanan 2. Berikan therapy diit makanan 1500 kalori. 3. Anjurkan makan sedikit tapi sering. 4. Anjurkan keluarga memonitor asupan makanan secara mandiri.
Dx 3	S :	S :	S : Pasien mengungkapkan akan selalu mengingat anjuran perawat, dan membaca

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengungkapkan belum siap menerima informasi. 2. Pasien mengungkapkan kakak beserta anak-anaknya lah yang membuat pasien termotivasi untuk hidup lebih baik lagi. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat belum siap menerima informasi kesehatan. 2. Pasien terlihat termotivasi untuk hidup lebih baik lagi. 3. Melakukan kesepakatan dengan pasien untuk di lakukan pendidikan kesehatan pada tanggal 21 Februari 2024 pukul 09.10 <p>A : Permasalahan keperawatan defisit pengetahuan tentang diabetes mellitus belum teratasi.</p> <p>P : Tindakan keperawatan dilanjutkan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan. 3. Berikan kesempatan untuk bertanya. 4. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. 5. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien menanyakan mengenai cara pengobatan dan diit pada penderita diabetes mellitus. 2. Pasien memahami hidup sehat pada penderita diabetes mellitus yaitu dengan berolahraga dan diit makanan sesuai anjuran, serta minum obat sesuai program 3. Pasien memahami hidup sehat pada penderita diabetes mellitus yaitu dengan berolahraga dan diit makanan sesuai anjuran, serta minum obat sesuai program <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat memahami anjuran perawat. 2. Pasien terlihat kooperatif saat perawatn melakukan pendidikan kesehatan. 3. Media dalam pendidikan kesehatan yaitu leaflet. <p>A : Permasalahan keperawatan defisit pengetahuan tentang diabetes mellitus belum teratasi.</p> <p>P : Tindakan keperawatan dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edukasi kembali tentang pentingnya manajemen pengobatan dan diit makanan 	<p>leaflet yang telah diberikan. Pasien terlihat memahami anjuran perawat.</p> <p>O : Pasien terlihat memahami anjuran perawat.</p> <p>A : Permasalahan keperawatan defisit pengetahuan teratasi.</p> <p>P : Tindakan keperawatan dihentikan.</p>
--	---	---	---

4.2 Pembahasan

Pada sub bab ini, penulis akan membahas serta menganalisa kesenjangan yang muncul di lapangan selama pelaksanaan studi kasus yang telah dilaksanakan dimulai dari tanggal 20 Februari 2024 berakhir pada tanggal 22 Februari 2024 di lantai 7 Ruang Flamboyan, RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur. Cakupan yang akan dibahas yaitu “Asuhan Keperawatan Pada Ny. R sebagai Pasien 1 dan Ny. A sebagai pasien 2 yang mengalami Diabetes Mellitus Tipe II dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur” serta teori yang sudah ada pada bab sebelumnya. Cakupan meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, sampa terakhir evaluasi keperawatan.

4.2.1 Pengkajian .

Salah satu pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk menegakkan diagnosa, memonitor, dan mengelola kondisi kadar glukosa darah. Glukosa Darah Sewaktu (GDS) atau *Blood Sugar Sometimes* (BSS) adalah pengukuran kadar glukosa dalam darah pasien yang dilakukan tanpa keharusan berpuasa dan dapat dilakukan kapan saja. Pemeriksaan GDS sering digunakan sebagai alat skrining untuk diabetes serta untuk memantau kadar glukosa darah secara rutin pada pasien diabetes. Metode pemeriksaan glukosa darah sewaktu dapat menggunakan test strip untuk sampel darah kapiler dan menggunakan fotometer untuk sampel serum atau plasma. (Badrawi & Nugraha, 2018).

Pada pasien 1 didapatkan hasil laporan GDS yaitu 215 mg/dL, di sisi lain GDS 78 mg/dL/ Sehingga dapat ditarik kesimpulan tidak ada kesenjangan pada pemeriksaan penunjang antara pasie 1 dan pasien 2.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2017), ketidakstabilan kadar glukosa darah merujuk pada variasi kadar glukosa dalam darah meningkat atau menurun dari rentang normal. Faktor yang menyebabkan dari ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitu :

- a. Hiperglikemia : Gangguan fungsi pankreas, resistensi terhadap insulin, masalah pada toleransi glukosa darah.
- b. Hipoglikemia : Penggunaan insulin atau obat glikemik oral, kelebihan insulin (seperti insulinoma), gangguan endokrin (seperti kerusakan adrenal atau pituitari), disfungsi hati, gangguan ginjal kronis, efek penggunaan obat-obatan, tindakan bedah neoplasma, gangguan metabolisme bawaan (seperti gangguan penyimpanan lisosomal, galaktosemia, gangguan penyimpangan glikogen).

Tanda gejala mayor subjektif

- a. Hiperglikemia : Lelah atau lesu.
- b. Hipoglikemia : Mengantuk, pusing.

Tanda gejala mayor objektif

- a. Hiperglikemia : Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi.
- b. Hipoglikemia : Gangguan koordinasi, kadar glukosa dalam darah/urin rendah.

Tanda gejala minor subjektif

- a. Hiperglikemia : Mulut kering, haus meningkat.
- b. Hipoglikemia : Palpitasi, mengeluh lapar.

Tanda gejala minor objektif

- a. Hiperglikemia : Jumlah urin meningkat.
- b. Hipoglikemia : Gemetar, kesadaran menurun, perilaku aneh, sulit berbicara, berkeringat.

Pada pasien 1 terdapat gejala utama mayor yaitu peningkatan kadar glukosa darah 215 mg/dL, lelah. Gejala minor meliputi mulut kering, rasa haus yang meningkat, peningkatan jumlah urin. Pada pasien 1 ditegakkan diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia. Hal ini didasari pada penatalaksanaan pada pasien 1 yaitu therapy cairan D10% 500 ml/12 jam karena sebelumnya pasien mengalami hipoglikemia dan tidak mendapatkan therapy obat seperti insulin untuk menurunkan tingkat glukosa darah.

Ditemukan tanda gejala mayor pasien 2 yaitu kadar glukosa darah menurun 78 mg/dL, lelah. Tanda gejala minor yaitu jumlah urine meningkat, berkeringat, dan gemetar. Diagnosa pasien 2 menunjukkan ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia.

Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus pada pasien 1 dan 2. Pada pasien 1 ditemukan tanda gejala mayor pada untuk hiperglikemia yaitu kadar glukosa darah meningkat, mukosa bibir kering, keinginan untuk minum meningkat, kuantitas urin meningkat. Hal ini dikarenakan pasien 1 mengalami

penurunan kadar glukosa dalam darah saat masuk rumah sakit. Dan diberikan penatalaksanaan berupa cairan IVFD D10% 500 ml/12 jam untuk membantu meningkatkan kadar glukosa darah dan dilakukan pemantauan kadar glukosa darah. Pada pasien 2 ditemukan tanda gejala mayor hiperglikemia lelah. Dan tanda gejala minor jumlah urin meningkat.

4.2.3 Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan merupakan langkah ketiga dari proses keperawatan. Setelah menetapkan diagnosis keperawatan, kita menyusun rencana tindakan keperawatan sebagai dasar pelaksanaan tindakan/intervensi keperawatan. Renpra tersebut juga harus didokumentasi dengan baik sebagai dasar tindakan berikutnya atau sebagai dasar penilaian. (Abdillah dan Hadinata, 2022)

Pasien 1 dan 2 dengan fokus diagnosa keperawatan utama adalah ketidakstabilan glukosa darah terdapat kesenjangan intervensi berbeda yaitu :

- a. Pasien 1 dengan manajemen hiperglikemia dan manajemen hipoglikemia, terdiri dari tujuan dan kriteria hasil kadar glukosa dalam darah membaik ($<200\text{mg/dL}$), mulut kering menurun, dan rasa haus menurun. Rencana tindakan keperawatan yaitu identifikasi penyebab hiperglikemia, identifikasi penyebab hipoglikemia, identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia, monitor kadar glukosa darah/6 jam, monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan), berikan asupan cairan oral, konsultasi dengan medis jika tanda hiperglikemia tetap ada atau

memburuk, anjurkan kepatuhan diet dan olahraga, anjurkan pengelolaan diabetes, kolaborasi pemberian cairan IV (Dextrose 10% 500 ml/12 jam)

- b. Pasien 2 terdiri dari tujuan dan kriteria hasil yang mencakup keluhan lelah menurun, terjadi perbaikan kadar gula dalam darah (200mg/dL). Rencana tindakan keperawatan yaitu manajemen hipoglikemia yaitu identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia, identifikasi penyebab hipoglikemia, berikan karbohidrat sederhana, pertahankan kepatenan jalan napas, Sarankan untuk selalu membawa makanan yang mengandung karbohidrat, sarankan untuk memantau tingkat gula darah, serta kolaborasi dalam pemberian dextrose (Dextrose 10% 500 ml/12 jam).

Menurut SLKI (2018), kriteria hasil pada diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitu koordinasi meningkat, pusing menurun, lelah/lesu menurun, rasa haus menurun, kadar glukosa dalam darah membaik.

Untuk penetapan perencanaan keperawatan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yaitu pada perencanaan monitor kadar glukosa darah. Pada kasus monitoring dan pemantauan glukosa darah dilakukan setiap 6 jam pada kedua pasien. Hal ini disesuaikan dengan kondisi pasien serta kolaborasi dengan dokter untuk dilakukan tindakan pemeriksaan kadar glukosa darah setiap 6 jam. Selain itu terdapat kesenjangan perencanaan keperawatan pada pasien 1 yaitu intervensi manajemen hiperglikemia dan manajemen hipoglikemia. Sedangkan pada pasien 1 dilakukan intervensi manajemen hipoglikemia. Hal ini dikarenakan pada pasien 1 mendapatkan penatalaksanaan therapy berupa cairan D10% 500 ml/12 jam. Untuk mencegah agar pasien 1

tidak mengalami penurunan atau kenaikan kadar glukosa darah yang drastis maka dilakukan kedua intervensi tersebut sesuai dengan kondisi pasien.

4.2.4 Pelaksanaan Keperawatan

Setelah menetapkan intervensi keperawatan, langkah selanjutnya dalam asuhan keperawatan adalah tahap implementasi. Pada langkah ini, perawat melaksanakan tindakan berdasarkan intervensi yang sudah direncanakan sebelumnya. Meskipun tidak dilakukan dalam waktu 24 jam, tindakan dilakukan selama 24 jam dengan melibatkan kolaborasi perawat lain yang sedang bertugas dan pencatatan dokumentasi yang sudah disiapkan sebelumnya

Berdasar teori yang dikemukakan oleh Hadinata & Abdillah (2022), implementasi keperawatan merupakan tahap di mana tindakan dilaksanakan untuk untuk mencapai tujuan tertentu. Pengumpulan data terus-menerus, pengamatan respons pasien sebelum, selama, dan setelah prosedur, dan evaluasi data yang dikumpulkan adalah semua bagian dari proses ini.

Implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi pada SIKI edisi I cetakan II (2018), dan pasien mampu melakukan intervensi yang telah dibuat. Intervensi yang di buat yaitu manajemen hipoglikemia identifikasi penyebab hipoglikemia, kenali gejala dan tanda hipoglikemia, pemantauan kadar glukosa darah setiap 6 jam. ajarkan pengelolaan hipoglikemia (mis: tanda dan gejala, faktor risiko, dan pengobatan hipoglikemia), ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia (mis: mengurangi insulin/agen oral dan/atau meningkatkan asupan makanan untuk berolahraga), kolaborasi pemberian

dekstrose D10%. Dan tindakan untuk mengendalikan hiperglikemia, seperti menemukan penyebab hiperglikemia, menemukan tanda dan gejala hiperglikemia, dan memantau kadar glukosa darah setiap enam jam.

Kesenjangan yang ada terdapat baik pasien 1 dan 2 yaitu dilakukannya implementasi keperawatan manajemen hiperglikemia dan manajemen hipoglikemia. Pada teori hanya menuliskan pelaksanaan keperawatan terpisah berdasarkan penyebab baik hipoglikemia ataupun hiperglikemia. Namun pada pelaksanaan di lapangan di dapatkan kadar glukosa pasien DM naik turun. Sehingga di berikan intervensi tambahan sesuai dengan kondisi pasien.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap akhir dalam asuhan keperawatan adalah evaluasi yang bertujuan untuk mengevaluasi pencapaian tujuan perawatan atau kebutuhan untuk pendekatan lain jika diperlukan (Dinarti dan Mulyanti, 2017). Proses evaluasi dilakukan dengan membandingkan perubahan kondisi pasien dengan tujuan serta kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam fase perencanaan (Budiono, 2016).

Pada pasien 1 dengan diagnosa keperawatan utama ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi dengan kriteria hasil perasaan lelah menurun, tingkat gula darah membaik (<200 mg/dL), perasaan haus menurun, mukosa bibir terlihat lembab. Pasien direncanakan pulang oleh dokter dan kriteria hasil sudah menunjukkan tercapai. Tetapi untuk mencegah kadar gula darah turun kembali, maka di lakukan *discharge planning* kepada keluarga ataupun pasien

dalam rangka pemantauan kadar glukosa mandiri dan manajemen diit pada pasien.

Pada pasien 2 dengan diagnosa keperawatan utama ketidakstabilan kadar glukosa darah sudah teratasi, dengan kriteria hasil keluhan lelah mengalami penurunan, kadar gula darah mengalami perbaikan ($<200\text{mg/dL}$),pusing menurun, mukosa bibir terlihat lembab.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah penulis memaparkan pembahasan secara keseluruhan mengenai Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut.

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Pemeriksaan kadar glukosa darah sewaktu (GDS) adalah tes yang sangat penting untuk mendiagnosis dan memantau kadar gula darah. Metode pemeriksaannya dapat dilakukan dengan menggunakan test strip untuk menguji sampel darah dari ujung jari dan dengan menggunakan fotometer untuk menguji sampel serum atau plasma.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa utama keperawatan terkait pasien 1 dan 2 yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia. Diagnosa ini tidak teratasi pasien 1 dan dilakukan *discharge planning* untuk pencegahan dan perawatan selama pasien dirumah. Pada pasien 2 diagnosa utama teratasi dikarenakan sudah memenuhi kriteria hasil yang telah ditetapkan.

5.1.3 Perencanaan Keperawatan

Rencana tindakan yang diberikan pada pasien 1 adalah manajemen hiperglikemia dan hipoglikemia yaitu identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia, identifikasi kemungkinan pemicu tingginya kadar glukosa darah, pantau tingkat glukosa darah/6 jam, pantau tanda dan gejala hiperglikemia, kolaborasi pemberian larutan IV, sarankan pengolaan diabetes. Kriteria hasil yang telah di capai yaitu perasaan lelah/lesu mengalami penurunan, perasaan haus menurun, tingkat gula dalam darah mengalami perbaikan (<200 mg/dL). Pada pasien 2 rencana tindakan yang diberikan meliputi identifikasi penyebab hipoglikemia, berikan karbohidrat sederhana, pertahankan kepatenan jalan napas, sarankan selalu menyediakan karbohidrat kapanpun, sarankan memantau tingkat gula darah secara mandiri, dan melakukan kolaborasi pemberian cairan dextrose (Dextrose 10%).

5.1.4 Pelaksanaan Keperawatan

Tindakan keperawatan dilaksanakan selama 3x24 jam atau selama 3 hari. Implementasi dilakukan dengan melaksanakan intervensi yang sudah direncanakan sebelumnya seperti memonitor kadar gula darah/6 jam, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, memonitor tanda dan gejala hipoglikemia, memberikan saran pengolaan diabetes, memberikan saran diit sesuai program.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap akhir pada proses keperawatan yaitu evaluasi pasien 1 dan 2 dimulai dari hari pertama sampai hari ketiga kadar gula darah mulai membaik (<200 mg/dL), keluhan lemah dan lemas menurun, pasien sudah menunjukkan hasil yang cukup signifikan dan membaik sesuai dengan kriteria hasil dalam buku referensi SLKI (2018) yaitu koordinasi mengalami peningkatan, keluhan pusing menurun, perasaan lelah/lesu mengalami penurunan, perasaan haus menurun, tingkat gula dalam darah mengalami perbaikan. Pada pasien 1 terdapat 3 diagnosa keperawatan belum teratasi, dan dilakukan discharge planning/rencana tindakan selanjutnya selama pasien di rumah. Pada pasien 2 untuk semua diagnosa keperawatan teratasi. Penulis menarik kesimpulan diagnosa utama ketidakstabilan kadar glukosa darah tidak teratasi pada pasien 1 dan teratasi pada pasien 2.

5.2 Saran

a. Institusi Pendidikan

Dalam melakukan penelitian memerlukan sumber-sumber terbaru. Di harapkan institusi pendidikan Universitas MH. Thamrin menyediakan literatur terbaru atau buku referensi *up to date* khususnya untuk asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien diabetes mellitus.

b. Bagi Tenaga Kesehatan Khususnya Perawat

Diharapkan dapat memberikan pelayanan maksimal terutama dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif sesuai dengan permasalahannya,

serta dapat menggunakan sarana dan prasarana kesehatan yang menunjang kesembuhan pasien.

c. Bagi Keluarga Pasien

Diharapkan keluarga pasien kooperatif dan mendukung pasien dalam proses pengobatan. Serta menerapkan pola hidup sehat dengan mengurangi makanan cepat saji, minuman perasa, dan rajin mengikuti kegiatan olahraga untuk meningkatkan pola hidup sehat.

d. Bagi Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa dapat belajar lebih giat lagi agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang tepat. Mahasiswa harus lebih kritis dalam melakukan pengkajian keseluruhan, agar diagnosis dapat ditegakkan dengan tepat serta merancang, melaksanakan, dan mengevaluasi perawatan sesuai dengan diagnosis yang telah ditegakkan. Selain itu, penting juga bagi mahasiswa untuk mematuhi prosedur operasional standar (SOP) dalam pelaksanaan tindakan keperawatan guna menghindari kesalahan yang tidak diinginkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdillah, Awaludin Jahid & Hadinata, Dian. 2022. Metodologi Keperawatan. Bandung : Wisina Bhakti Persada Bandung.
- Agustini, D., Mediarti, D. & S. 2024. Manajemen Hiperglikemia Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah. *Jurnal 'Aisysiyah Medika*.
- Aini, N. & Aridiana, L. M. 2016. *Asuhan Keperawatan Pada Sistem Endokrin Dengan Pendekatan NANDA NIC NOC*. Jakarta: Salemba Media.
- Andriani, W. R. & Hasanah, D. R. N. 2023. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 (DMT2). *Tirtayasa Medical Jurnal*, Vol 2(No 2), pp. 77-84.
- Arini, H. N., Anggorowati, A. & Pujiastuti, R. S. E. 2021. Dukungan Keluarga Pada Lansia Dengan Diabetes Mellitus Tipe II : Literatur View. *Jurnal Penelitian dan Pemikiran Ilmiah Keperawatan*, Volume vol 7, pp. 172-180.
- Assyakurrohimi, D., Ikhrum, D., Sirodj, R. A. & Afgani, M. W. 2023. Metode Studi Kasus Dalam Penelitian Kualitatif. *Jurnal Pendidikan Sains Dan Komputer*, Volume 01, p. 03.
- Bingga, I. A. 2021. Kaitan Kualitas Tidur Dengan Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal Medika Hutama*, Vol. 02(No. 04).
- Dewi, R. 2022. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus*. Yogyakarta: Deepublish.
- Fauziyyah, M. H. & Utama, F. 2024. Literature Review : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Diabetes Mellitus Di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Vol 08(No 01).
- Hadinata, D. & Abdillah, A. J. 2022. *Metodologi Keperawatan*. Bandung : Widina Bhakti Persada Bandung.
- Haryaono, R. & Susanti, B. A. D. 2019. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Endokrin*. Jakarta: Pustaka Baru Press.
- Huda, N. 2017. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus Dan Penggunaan Simple Foot Elevator (SFE) Dalam Perawatan Kaki Diabetes*. Sidoarjo: Indomedia Pustaka.
- International Diabetes Federation, 2021. *IDF Diabetes Atlas 10 TH Edition*. [Online]. Available at: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf[Diakses 03 Maret 2024].
- Laila, S. & Veronika, E., 2024. Faktor Yang Berhubungan Dengan Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Dan Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Vol 19(No 01), pp. 174-182.
- Nurarif, A. H. & Kusuma, H. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. 1 penyunt. Jogjakarta: Mediacion .
- P2PTM Kemenkes, 2018. *Diabetes : Penderita di Indonesia Bisa Mencapai 30 Juta Orang Pada Tahun 2030*. [Online] Available at: <https://p2ptm.kemkes.go.id/tag/diabetes-penderita-di-indonesia-bisa-mencapai-30-juta-orang-pada-tahun-2030#:~:text=Seberapa%20banyak%20penderita%20diabetes%3F,tingkatnya%20adalah%208%2C5%25> [[Diakses 27 Februari 2024].

- Rosdiana & Clara, H. 2017. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. N Dengan Diabetes Mellitus Di Ruang Flamboyan. *Buletin Kesehatan*, 01(2017), p. 01.
- Saino, Yuniatun, S. R. & Susanto, A. 2022. Implementasi Jus Buah Pare Pada Perawatan Pasien Diabetes Mellitus Dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di Ruang Kenari Atas RSUD Ajibarang. *Jurnal Inovasi Penelitian*, 03(4).
- Subiyanto, P. 2019. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Endokrin Pendekatan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) Untuk Dosen Dan Mahasiswa DIII Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. 1 Cetakan 3 penyunt. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018 *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta : DPP PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta : DPP PPNI
- Tim Rikesdas 2018, 2019. *Laporan Provinsi DKI Jakarta RIKESDAS 2018*. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Litbang Kesehatan.
- Utomo, A. A., R , A. A., Rahmah, S. & Amalia, R., 2020. Faktor Risiko Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal Kajian dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat*, 01(01), pp. 44-52.
- World Health Organization, Diabetes, dilihat 20 Juni 2024, https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Kami adalah peneliti berasal dari Universitas MH Thamrin jurusan keperawatan program studi DIII Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dengan penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo”.
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan yang dapat memberikan manfaat berupa cara mengetahui gejala, faktor penyebab dan penanganan Diabetes Mellitus Tipe II.
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan/pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan/tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti pada nomor 085715236615.

Peneliti

Ratih Separindah

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 Ratih Separindah dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo.

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

Jakarta, 20 Februari 2024

Yang memberikan persetujuan

Saksi



Jakarta, 20 Februari 2024

Peneliti



Ratih Separindah

Lampiran 3

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 Ratih Separindah dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo.

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

Jakarta, 20 Februari 2024

Saksi

Yang memberikan persetujuan



Jakarta, 20 Februari 2024

Peneliti



Ratih Separindah

Nama Mhs : _____

DIH KEPERAWATAN

UNIVERSITAS MH THAMRIN

ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

B. PENGKAJIAN

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

1. Identitas Pasien

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

Keluarga) :

2. Resume

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

3. Riwayat Keperawatan :

a. Riwayat kesehatan sekarang.

1) Keluhan utama :

2) Kronologis keluhan

a) Faktor pencetus
:

b) Timbulnya keluhan : () Mendadak () Bertahap

c) Lamanya :

d) Upaya mengatasi :

b. Riwayat kesehatan masa lalu.

1) Riwayat Penyakit sebelumnya (termasuk kecelakaan) :

.....

.....

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

.....

3) Riwayat pemakaian obat :

.....

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

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

.....

.....

e. Riwayat Psikososial dan Spiritual.

1) Adakah orang terdekat dengan pasien :

.....
 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 jatuh 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 jatuh sakit :Kg)

2) Tinggi Badan :cm

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

4) Pembesaran kelenjar getah bening : () Tidak
() Ya,
Lokasi.....
.....

b. Sistem Penglihatan :

1) Posisi mata : () Simetri () Asimetris

2) Kelopak mata : () Normal () Ptosis

- 3) Pergerakan bola mata : () Normal () Abnormal
- 4) Konjungtiva : () Merah muda () Anemis
() Sangat Merah
- 5) Kornea : () Normal () Keruh/ berkabut
() Terdapat Perdarahan
- 6) Sklera : () Ikterik () Anikterik
- 7) Pupil : () Isokor () Anisokor
() Midriasis () Miosis
- 8) Otot-otot mata : () Tidak ada kelainan () Juling keluar
() Juling ke dalam () Berada di atas
- 9) Fungsi penglihatan : () Baik () Kabur
() Dua bentuk / diplopia
- 10) Tanda-tanda radang :
- 11) Pemakaian kaca mata : () Tidak () Ya, Jenis.....
- 12) Pemakaian lensa kontak :
- 13) Reaksi terhadap cahaya :

- c. Sistem Pendengaran :
- 1) Daun telinga : () Normal () Tidak, Kanan/kiri.....
- 2) Karakteristik serumen (warna, konsistensi, bau) :
- 3) Kondisi telinga tengah : () Normal () Kemerahan
() Bengkak () Terdapat lesi
- 4) Cairan dari telinga : () Tidak () Ada,.....
() Darah, nanah dll.
- 5) Perasaan penuh di telinga : () Ya () Tidak
- 6) Tinitus : () Ya () Tidak
- 7) Fungsi pendengaran : () Normal () Kurang
() Tuli, kanan/kiri

- 8) Gangguan keseimbangan: () Tidak () Ya,.....
- 9) Pemakaian alat bantu : () Ya () Tidak

- d. Sistem Wicara : () Normal () Tidak :.....
- () Aphasia () Aponia
- () Dysarthria () Dysphasia
- () Anarthia

e. Sistem Pernafasan :

- 1) Jalan nafas : () Bersih
() Ada Sumbatan;
- 2) Pernafasan : () Tidak Sesak () Sesak :.....
- 3) Menggunakan otot bantu pernafasan : () Ya () Tidak
- 4) Frekuensi : x / menit
- 5) Irama : () Teratur () Tidak teratur
- 6) Jenis pernafasan :(Spontan, Kausmaull, Cheynestoke, Biot, dll)
- 7) Kedalaman : () Dalam () Dangkal
- 8) Batuk : () Tidak () Ya(Produktif/Tidak)
- 9) Sputum : () Tidak () Ya ..(Putih/Kuning/Hijau)
- 10) Konsistensi : () Kental () Encer
- 11) Terdapat darah : () Ya () Tidak
- 12) Palpasi dada :
- 13) Perkusi dada :
- 14) Suara nafas : () Vesikuler () Ronkhi
() Wheezing () Rales
- 15) Nyeri saat bernafas : () Ya () Tidak
- 16) Penggunaan alat bantu nafas : () Tidak () Ya

Sistem Kardiovaskuler :

- 1) Sirkulasi 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

Kedadaan mulut :

- 1) Gigi : () Caries () Tidak
- 2) Penggunaan gigi palsu : () Ya () Tidak
- 3) Stomatitis : () Ya () Tidak
- 4) Lidah kotor : () Ya () Tidak
- 5) Salifa : () Normal () Abnormal
- 6) Muntah : () Tidak () Ya,.....
 - a) Isi : () Makanan () Cairan () Darah
 - b) Warna : () Sesuai warna makanan () Kehijauan
() Cokelat () Kuning () Hitam

- c) Frekuensi :X/ hari
- d) Jumlah :ml
- 7) Nyeri daerah perut : () Ya,..... () Tidak
- 8) Skala Nyeri :
- 9) Lokasi dan Karakter nyeri :
- () Seperti ditusuk-tusuk () Melilit-lilit
 - () Cramp () Panas/seperti terbakar
 - () Setempat () Menyebar
 - () Berpindah-pindah () Kanan atas
 - () Kanan bawah () Kiri atas
 - () Kiri bawah
- 10) Bising usus :x / menit.
- 11) Diare : () Tidak () Ya,.....
- a) Lamanya : Frekuensi :x / hari.
- b) Warna 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
- () Distensi () Acites

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 :

l. Sistem Integumen

Turgor kulit : () Elastis () Tidak elastis

Temperatur kulit : () Hangat () Dingin

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

Keadaan kulit : () Baik () Lesi () Ulkus
() Luka, Lokasi.....
() Insisi operasi, Lokasi
Kondisi.....
() Gatal-gatal () Memar/lebam
() Kelainan Pigmen
() Luka bakar, Grade..... 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

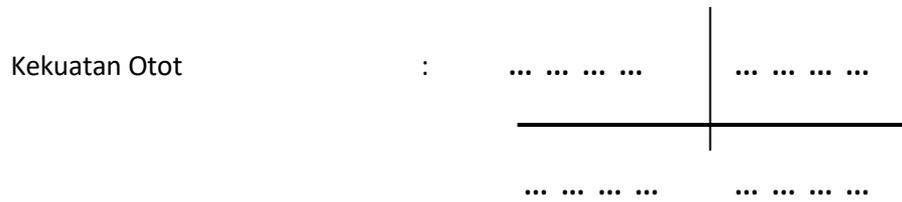
() Lain-lain, sebutkan :

Kelaianan struktur tulang belakang:() Skoliasis () Lordosis

() Kiposis

Keadaan Tonus otot : () Baik () Hipotoni

() Hipertoni () Atoni



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

A. DIAGNOSA KEPERAWATAN (Sesuai Prioritas)

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

B. PERENCANAAN KEPERAWATAN

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

C. PELAKSANAAN KEPERAWATAN (CATATAN KEPERAWATAN)

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

D. EVALUASI (CATATAN PERKEMBANGAN)

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

Lampiran 5

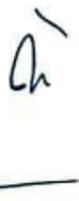
**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
UNIVERSITAS MH THAMRIN**

Nama Dosen : Ilah Muhafilah, S.Kp., M.Kes
 Nama Mahasiswa : Ratih Separindah
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur.

No.	Tanggal	Arahan Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	20 Februari 2024	Pengajuan judul, Acc, Lanjut BAB I	
2.	Rabu, 19 Juni 2024	BAB I : - Perhatikan penulisan dan sesuaikan dengan pedoman. - Latar belakang alenia nya di rubah. - Tambahkan pengertian DM terbaru menurut WHO. - Menghilangkan beberapa kalimat. - Batasan masalah ditambahkan keterangan dua pasien. - Tujuan khusus disesuaikan dengan buku pedoman	
3.	Rabu, 19 Juni 2024	BAB 2 : - Tambahkan kata Diabetes Mellitus di konsep penyakit. - Pada pengkajian keperawatan sesuaikan dengan format yang tersedia. - Sesuaikan diagnosa keperawatan yang muncul dengan <i>pathway</i> . - Tambahkan intervensi keperawatan sesuai dengan diagnosa yang ada.	
4.	Rabu, 19 Juni 2024	BAB 3 : - Pada kriteria inklusi menghapuskan 2 point kriteria. - Pada kriteria eksklusi di cari yang sekiranya bukan termaksud kriteria inklusi.	
5.	Kamis, 27 Juni 2024	Kata Pengantar : - Perhatikan kalimat (typo) atau tanda bacaan. - Perhatikan penulisan gelar.	
6.	Kumis, 27 Juni 2024	ABSTRAK : - Pada kesimpulan dirubah kalimat nya sesuai dengan hasil penelitian.	

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
UNIVERSITAS MH THAMRIN**

Nama Dosen : Ilah Muhafilah, S.Kp., M.Kes
 Nama Mahasiswa : Ratih Separindah
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Tipe II
 Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD
 Pasar Rebo Jakarta Timur.

No.	Tanggal	Arahan Pembimbing	Paraf Pembimbing
7.	Kamis, 27 Juni 2024	BAB 1 : <ul style="list-style-type: none"> - Di bagian rumusan masalah di ubah kata-katanya sesuai dengan masalah yang akan dilakukan penelitian serta urgensinya. 	
8.	Kamis, 27 Juni 2024	BAB 2 : <ul style="list-style-type: none"> - Pada penomoran bab diperhatikan agar sesuai dengan pedoman. - Pada perencanaan keperawatan dirubah kalimat point-point agar lebih ringkas. 	
9.	Kamis, 27 Juni 2024	BAB 3 : <ul style="list-style-type: none"> - Pada metode penelitian, dihilangkan metode penelitian kualitatif. Hanya menjelaskan penelitian secara studi kasus. - Pada sub bab batasan istilah, di buat ringkas, hanya menjelaskan pengertian asuhan keperawatan, diabetes mellitus, dan ketidakstabilan kadar glukosa darah. 	
10.	Kamis, 27 Juni 2024	BAB 4 : <ul style="list-style-type: none"> - Pada pengkajian disesuaikan dengan pasien. - Masukkan data hasil lab sebelumnya. - Mengganti diagnosa risiko kejang menjadi dx defisit pengetahuan. - Pelaksanaan dilakukan selama 24 jam. - Pada pembahasan bandingkan teori dengan tinjauan kasus apakah ada kesenjangan atau tidak 	
11.	Kamis, 27 Juni 2024	BAB 5 : <ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi Kesimpulan pengkajian - Tambahkan diagnosa apa saja yang muncul 	

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
UNIVERSITAS MH THAMRIN**

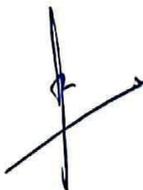
Nama Dosen : Ilah Muhafilah, S.Kp., M.Kes
 Nama Mahasiswa : Ratih Separindah
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur.

No.	Tanggal	Arahan Pembimbing	Paraf Pembimbing
12.	Sabtu, 29 Juni 2024	BAB 1 : - Tambahkan hasil penelitian 2 jurnal.	
13.	Sabtu, 29 Juni 2024	BAB 4 : - Pembahasan disesuaikan dengan kasus. - Tambahkan monitor gula darah setiap 6 jam pada perencanaan baik pasien 1 dan 2. - Tidak usah ada data keadaan umum dan kesadaran pada dx defisit nutrisi dan risiko perfusi perifer.	
14.	Sabtu, 29 Juni 2024	Daftar Pustaka : - Sesuaikan dengan buku pedoman.	

Lampiran 6

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
UNIVERSITAS MH THAMRIN**

Nama Dosen : Ns. Anastasia Hardyati, M.Kep., Sp.KMB
Nama Mahasiswa : Ratih Separindah
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur

No.	Tanggal	Arahan Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Minggu, 23 Juni 2024	BAB 1 : <ul style="list-style-type: none">- Pada bagian latar belakang tuliskan fenomena yang mendasari untuk mengangkat kasus tersebut.- Dijadikan satu paragraph apabila antar paragraph pembahasannya sama.	
2.	Kamis, 27 Juni 2024	BAB 1 : Pada alenia 4 bisa dijadikan 2 paragraf yang berbeda	
3.	Kamis, 27 Juni 2024	BAB 4 : <ul style="list-style-type: none">- Pada pengkajian pasien lebih di rincikan lagi alasan masuk rumah sakit dan perawatan sebelum dirumah sakit.- Pada pengkajian cairan dituliskan jumlah cairan, berapa penurunan berat.- Masukkan gaya hidup selama pasien mengalami penyakit DM.- Masukkan gejala 3 p pada Analisa data pasien 1 dan 2.- Etiologi sesuaikan dengan kondisi pasien.- Diagnosa yang timbul dan tidak timbul dijelaskan beserta alasannya.- Pada bagian pembahasan implementasi sesuaikan dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia).	
4.	Kamis, 27 Juni 2024	BAB 5 : Pada bagian kesimpulan diagnosa keperawatan dimasukkan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien 1 dan 2.	

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
UNIVERSITAS MH THAMRIN**

Nama Dosen : Ns. Anastasia Hardyati, M.Kep., Sp.KMB
 Nama Mahasiswa : Ratih Separindah
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur

No.	Tanggal	Arahan Pembimbing	Paraf Pembimbing
5.	Senin, 15 Juli 2024	Abstrak : <ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan ukuran penulisan - Pada bagian kesimpulan disesuaikan dengan kasus yang di kelola. 	
6.	Senin, 15 Juli 2024	BAB 2 : <ul style="list-style-type: none"> - Penulisan kutipan dalam manifestasi klinis penyakit lebih diperhatikan penulisannya 	
7.	Senin, 15 Juli 2024	BAB 4 : <ul style="list-style-type: none"> - Pada singkatan dari TOSS TBC dijabarkan. - Point pengkajian keperawatan lebih dijabarkan sejak kapan atau dalam berapa hari pasien mengalami lemas. - Point diagnosa keperawatan terutama bagian etiologi lebih ditekankan lagi sehingga etiologi dapat ditegakkan. 	
8.	Senin, 15 Juli 2024	BAB 5 : Kesimpulan dan saran disesuaikan dengan kasus yang dikelola	

**MATRIX SIDANG KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
UNIVERSITAS MH THAMRIN**

No.	Materi	Ketua Penguji Ns. Seven Sitorus, M.Kep., Sp.Kep.MB	Dosen Penguji 1 Ilah Muhafilah, S.Kp., M.Kes	Dosen Penguji 2 Ns. Anastasia Hardyati, M.Kep., Sp.KMB
1.	Abstrak	Tambahkan daftar Pustaka pada bagian abstrak.	-	Pada Kesimpulan dalam abstrak Sesuaikan dengan kasus yang di kelola.
2.	BAB 1	-	-	-
3.	BAB 2	Point diagnosa keperawatan untuk etiologi di ganti dengan hipoglikemia	-	Kutipan pada manifestasi klinis lebih diperhatikan penulisannya.
4.	BAB 3	Point observasi dan pemeriksaan fisik dihilangkan kata rebound pada pemeriksaan fisik palpasi	-	-
5.	BAB 4	Point pembahasan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan utama mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan.	-	<ul style="list-style-type: none"> - Pada singkatan dari TOSS TBC dijabarkan. - Point pengkajian keperawatan lebih dijabarkan sejak kapan atau dalam berapa hari pasien mengalami lemas. - Point diagnosa keperawatan terutama bagian etiologi lebih ditekankan lagi sehingga etiologi dapat ditegakkan.
6.	BAB 5	-	-	-
7.	Daftar Pustaka	-	-	-