



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. V DENGAN
DIABETES MELITUS TIPE 2 DI RUANG PENYAKIT
DALAM KAMAR 1301 LANTAI 13 DI RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

WIDIYA ANDINI

2110106

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA**

JAKARTA, 2024



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. V DENGAN
DIABETES MELITUS TIPE 2 DI RUANG PENYAKIT
DALAM KAMAR 1301 LANTAI 13 DI RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan
pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

WIDIYA ANDINI

2110106

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2024**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Widiya Andini

NIM : 2110106

Tanda tangan : 

Tanggal : 26 Juni 2024

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. V Dengan Diabetes
Melitus Tipe 2 Di Ruang Penyakit Dalam Kamar 1301
Lantai 13 Di RSUD Koja Jakarta Utara**

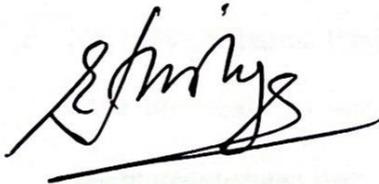
Dewan Penguji

Pembimbing,



(Ns. Ribka Sabarina Panjaitan, M.Kep)

Ketua Penguji



(Dr. Enni Juliani, M.Kep)

Anggota Penguji



(Ns. Fendy Yesayas, M.Kep)

Menyetujui

Program Studi Diploma Tiga Keperawatan



(Ns. Nia Rosliany, M.Kep.,Sp.Kep.MB)

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan Rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Saya menyadari, bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ellynia, S.E., M.M, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada;
2. Ns. Ribka Sabarina Panjaitan, M.Kep, selaku dosen pembimbing terbaik yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini;
3. Dr. Enni Juliani, M.Kep, selaku dosen penguji I dalam Ujian Akhir Program ini, terima kasih telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menguji dan membimbing penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini;
4. Ns. Fendy Yesayas, M.Kep, selaku dosen penguji II dalam Ujian Akhir Program ini, terima kasih telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menguji, dan membimbing penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini;
5. Pihak RSUD Koja yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang penulis perlukan dan memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan Asuhan Keperawatan di ruangan;

6. Dameria Saragih, M.Kep, selaku pembimbing akademik kelas 3A, terima kasih sudah selalu memberi dukungan dan motivasi dalam menjalani perkuliahan serta dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
7. Seluruh dosen pengajar dan staf pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah memberikan ilmu yang sangat bermanfaat dan dukungan untuk penulis selama masa perkuliahan;
8. Kedua orang tua tercinta, terima kasih banyak telah memberikan penulis dukungan dan mempercayai penulis untuk melanjutkan ke pendidikan yang lebih tinggi, dan terima kasih atas do'a-do'a yang telah dipanjatkan untuk penulis;
9. Tn. V dan keluarga atas bantuan dan kerjasamanya selama penulis memberikan asuhan keperawatan;
10. Kepada diri sendiri yang telah berusaha semaksimal mungkin untuk melawan keengganan, rasa malas, dan *burnout* demi menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang penulis susun ini;
11. Kepada Alya Kusumaningrum sahabat yang penulis sayangi, terima kasih selalu meluangkan waktu dan mendengarkan keluh kesah penulis, serta memberikan dukungan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini;
12. Sahabat-sahabat yang penulis sayangi, Aprian Dwi Karnila Sari, Kinanti Ayu Aulia, Annisa Cesilya, Mayang Nabila Sari, Tiara Vendari, Diyan Nesti Artanti, Arizanah, Philladelphia, terima kasih sudah menjadi bagian dari perjalanan hidup penulis dan memberikan dukungan kepada penulis;
13. Sahabat-sahabat seperjuangan penulis selama di perkuliahan, Aghniya Yudianto, Angely Nanda Mylanda, Dwi Putri Anggraini, Fatiha Rofiatum

Musyafaah, Nabila Diaz Maulita, Putri Kirani Khoirunnisa, Siti Chapsah Ramadiyani, dan Sophie Khoirunnisa yang telah berjuang bersama-sama selama 3 tahun ini, terima kasih sudah menemani dan meluangkan waktu untuk belajar bersama di perpustakaan, terima kasih sudah meluangkan waktu untuk mendengarkan keluhan dan membantu penulis selama berproses dalam perkuliahan ini;

14. Kepada kak Ayu Fitri Imeldasari (Yora) dan kak Zakia (Kia/Yaya) terima kasih atas dukungannya, dan mendengarkan keluh kesah penulis serta meluangkan waktunya untuk berdiskusi dengan penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini;

15. Teman-teman seangkatan penulis khususnya kelas 3A, terima kasih telah berjuang bersama-sama selama tiga tahun ini. Semoga ilmu dan pelajaran yang kita dapatkan selama di perkuliahan dapat bermanfaat bagi diri sendiri maupun orang lain serta sukses di kemudian hari;

16. Kepada Tomorrow X Together (TXT) dan BTS, terutama kepada Choi Beomgyu, terima kasih sudah selalu melakukan yang terbaik, terima kasih selalu menjadi penghilang stress dan penatnya penulis, terima kasih selalu menjadi *support system*, dan hiburan untuk penulis dikala penulis sedang tidak semangat dan merasa penat, lagu-lagu yang kalian ciptakan dan adanya kalian, membantu penulis menjadi semangat untuk menjalani hari-hari yang berat.

Akhir kata dari penulis, semoga atas kehendak Allah SWT kita semua dapat menempuh jalan suksesnya masing-masing, dan Allah SWT membalas kebaikan

semua pihak yang telah membantu dan mendukung penulis. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat membawa banyak manfaat bagi pengembangan ilmu.

Penulis

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Widiya Andini', with a horizontal line underneath.

Widiya Andini

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan.....	5
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Metode Penulisan	6
E. Sistematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN TEORI	8
A. Pengertian.....	8
B. Patofisiologi	11
C. Penatalaksanaan	20
1. Terapi non medis	20
2. Terapi medis	22
D. Asuhan Keperawatan.....	26
E. Diagnosis Keperawatan.....	37
F. Perencanaan Keperawatan.....	38
G. Pelaksanaan Keperawatan	49
H. Evaluasi Keperawatan	50
BAB III TINJAUAN KASUS.....	52
A. Pengkajian Keperawatan	52
B. Diagnosis Keperawatan.....	69
C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan	69
BAB IV PEMBAHASAN.....	94

A. Pengkajian	94
B. Diagnosis Keperawatan.....	97
C. Perencanaan.....	100
D. Pelaksanaan Keperawatan	103
E. Evaluasi Keperawatan	105
BAB V KESIMPULAN	107
A. Kesimpulan.....	107
B. Saran.....	109
DAFTAR PUSTAKA	111

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Pathway	116
Lampiran 2 Hasil Laboratorium.....	118
Lampiran 3 SAP.....	119
Lampiran 4 Leaflet.....	125
Lampiran 5 SOP.....	126
Lampiran 6 Laporan Pendahuluan Analisa Obat	129
Lampiran 7 Lembar Konsultasi.....	136

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3. 1 Genogram.....	55
---------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Analisa Data	65
-------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes melitus (DM) adalah penyakit kronis yang jumlah penderitanya terus meningkat setiap tahun. Masyarakat Indonesia menyebut diabetes melitus dengan sebutan penyakit kencing manis dan salah satu penyakit yang berbahaya di dunia. Banyak penderita diabetes melitus tidak menyadari bahwa mereka menderita penyakit diabetes melitus sampai terjadi komplikasi, karena itulah diabetes melitus termasuk penyakit *silent killer disease* atau penyakit tersembunyi yang mematikan. Kemudian komplikasi yang mungkin terjadi pada penderita diabetes melitus diantaranya yaitu penyakit kardiovaskular seperti aterosklerosis, retinopati, gangguan fungsi ginjal dan kerusakan saraf (Syikir et al., 2024).

Diabetes melitus tipe 2 adalah penyakit seumur hidup saat tubuh tidak mampu memproduksi atau menggunakan insulin dengan baik. Oleh karena itu, penderita diabetes tipe 2 dikatakan resistensi insulin. Ini merupakan jenis diabetes yang paling umum. Terdapat sekitar 27 juta orang di Amerika Serikat yang menderita diabetes melitus tipe 2, dan tambahan 86 juta lainnya menderita prediabetes: glukosa darahnya menunjukkan tidak normal, namun tidak cukup tinggi untuk menyebabkan diabetes (Marasabessy et al., 2020).

Menurut *World Health Organization* (WHO), pada tahun 1980 jumlah penderita diabetes meningkat sebanyak 108 juta, kemudian di tahun 2014 mengalami peningkatan sebanyak 422 juta. Pada tahun 2019, WHO menyatakan bahwa diabetes menjadi penyebab langsung dari 1,5 juta kematian dan sekitar 48% kematian disebabkan oleh diabetes yang secara keseluruhannya terjadi kematian sebelum penderita menyentuh usia 70 tahun. Prevalensi diabetes meningkat lebih cepat di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah dibandingkan dengan negara-negara yang berpendapatan tinggi (WHO, 2023).

Menurut data dari Organisasi *International Diabetes Federation* (IDF), pada tahun 2021 diperkirakan setidaknya 10,5% atau sebanyak 537 juta orang berusia antara 20-79 tahun di dunia menderita diabetes, dan hampir setengah dari mereka tidak menyadari bahwa mereka menderita diabetes. IDF memperkirakan bahwa 1 dari 8 orang dewasa, sebanyak 783 juta jiwa akan hidup dengan penyakit diabetes, dan mengalami peningkatan sebesar 46% pada tahun 2045. Lebih dari 90% penderita diabetes tipe 2, disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor sosial-ekonomi, demografi, lingkungan dan genetik. Faktor-faktor utama yang berperan meningkatkan diabetes tipe 2 yaitu, urbanisasi (migrasi penduduk dari pedesaan ke perkotaan), populasi lansia, penurunan tingkat olahraga, peningkatan prevalensi obesitas (IDF, 2021). Menurut IDF dalam Setiawaty et al., (2022), pada tahun 2019, prevalensi diabetes melitus berdasarkan jenis kelamin adalah sebesar 9% pada perempuan, dan 9,65% pada laki-laki. Di negara China, India, dan Amerika Serikat adalah negara yang menempati urutan tiga negara teratas dengan 116,4 juta, 77 juta, dan 31 juta

penderita diabetes. Indonesia termasuk satu-satunya negara Asia Tenggara yang menempati urutan ketujuh negara dengan jumlah penderita diabetes terbanyak. Oleh karena itu, kontribusi Indonesia terhadap peningkatan jumlah penyakit diabetes di Asia Tenggara terbilang besar (Selano, 2021). Jumlah ini diperkirakan akan terus meningkat pada tahun 2030 mencapai 643 juta hingga 783 juta pada tahun 2045 (IDF, 2021).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melaporkan jumlah penderita diabetes melitus pada tahun 2023 sebanyak 1,7% atau sekitar 877 jiwa. Prevalensi DM di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter pada usia >15 tahun sebesar 2,2%. Prevalensi DM di Indonesia berdasarkan pemeriksaan kadar gula darah menurut jenis kelamin, sebesar 13,4% pada perempuan dan 9,8% pada laki-laki (SKI, 2023).

Sebanyak 4,6 juta kematian per tahun yang disebabkan oleh diabetes melitus atau yang berarti satu orang meninggal dikarenakan diabetes setiap tujuh detik. Provinsi dengan prevalensi penderita DM di atas 15 tahun berdasarkan diagnosis dokter tertinggi adalah DKI Jakarta sebesar 3,4%, sedangkan provinsi terendah adalah NTT sebesar 0,9%. DKI Jakarta merupakan salah satu daerah dengan diabetes tertinggi di Indonesia. Peningkatan ini meningkat dari 2,5% menjadi 3,4% pada tahun 2018, artinya sekitar 10,5 juta orang atau sekitar 250 ribu penduduk DKI Jakarta menderita diabetes (Septriani et al., 2023)

Perubahan gaya hidup mungkin termasuk makan-makanan cepat saji dan makanan/minuman manis, merokok, konsumsi minuman beralkohol, begadang.

Perubahan kebiasaan tersebut tidak hanya menyebabkan terjadi diabetes tetapi juga penyakit tidak menular lainnya seperti penyakit jantung. Perubahan gaya hidup masyarakat, kurang berolahraga dan gizi buruk dapat meningkatkan risiko penyakit tidak menular atau degeneratif (Septriani et al., 2023).

Berdasarkan pemaparan di atas kasus diabetes melitus cukup tinggi serta komplikasi yang memiliki dampak berbahaya maka peran perawat sangat penting karena memiliki pengaruh dalam memberikan asuhan keperawatan yang menerapkan tindakan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya promotif yang dapat dilakukan oleh perawat yaitu melalui pemberian pendidikan kesehatan mengenai penyakit diabetes melitus (pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi), faktor risiko, gaya hidup, pola makan yang terkontrol, dan cara pencegahan serta penanganan pada pasien diabetes melitus. Upaya preventif yang dapat dilakukan oleh perawat yaitu dengan cara menerapkan pola makan sehat, menerapkan rutin berolahraga, melakukan pengecekan gula darah ke fasilitas terdekat, dan menjaga berat badan tetap ideal. Upaya kuratif yang dapat dilakukan oleh perawat yaitu dengan memberikan penanganan seperti mengontrol pola makan pasien diabetes melitus, melakukan pengecekan gula darah, mengendalikan penyakit dengan memanfaatkan fasilitas terdekat. Upaya rehabilitatif yang dapat dilakukan oleh perawat yaitu mengatur dan mematuhi kegiatan proses pengobatan diabetes melitus dan melakukan pemeriksaan secara rutin (Herniyatun et al., 2023).

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk membahas berdasarkan kasus yang telah dilakukan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Tn. V dengan diabetes melitus tipe 2.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk menerapkan ilmu-ilmu yang telah dipelajari selama di bangku kuliah dan memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe 2.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan diabetes melitus tipe 2.
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan yang ditemukan saat pengkajian pada pasien diabetes melitus tipe 2.
- c. Mampu membuat perencanaan keperawatan pada pasien diabetes melitus Tipe 2.
- d. Mampu melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe 2.
- e. Mampu melakukan evaluasi pada pasien diabetes melitus tipe 2.
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang didapatkan antara teori dan praktik.
- g. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusi dalam pemecahan masalah.
- h. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien diabetes melitus tipe 2.

C. Ruang Lingkup

Dalam penyusunan karya ilmiah ini, penulis hanya membahas satu kasus mengenai “Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. V dengan Diabetes Melitus

Tipe 2 di Ruang Penyakit Dalam Kamar 1301 Lantai 13 di RSUD Koja Jakarta”. Dengan menggunakan tahap proses keperawatan melalui tahapan pengkajian, perumusan masalah, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

D. Metode Penulisan

Penyusunan karya ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dan metode kepustakaan. Metode deskriptif merupakan suatu metode yang berkaitan dengan pengumpulan dan penyajian data, sehingga memberikan informasi yang bermanfaat. Adapun cara yang ditempuh yaitu dengan melakukan wawancara dan meminta penjelasan pada pihak keluarga tentang objek yang akan diteliti sehingga mengenai diabetes melitus tipe 2 dan pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi.

Studi dokumentasi yaitu mengumpulkan data dari rekam medis yang berkaitan dengan penyakit dan studi kepustakaan yaitu dengan membaca dan mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan penyakit dan karya ilmiah.

E. Sistematika Penulisan

Adapun penulisan karya ilmiah ini disusun menjadi lima BAB yaitu: BAB I merupakan pendahuluan yang membahas tentang latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup, dan sistematika penulisan. BAB II merupakan tinjauan teori yang terdiri dari pengertian, patofisiologi (etiologi, proses manifestasi klinis, dan komplikasi) dan penatalaksanaan. BAB III

merupakan tinjauan kasus yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. BAB IV merupakan pembahasan mengenai kesenjangan antar teori dan kasus termasuk faktor-faktor penghambat serta pemecahan masalah dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB V merupakan penutup yang menguraikan kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Menurut *American Diabetes Association* (ADA) (2024), diabetes merupakan kondisi di mana kadar glukosa darah dalam tubuh melebihi kadar normal (hiperglikemia) yang disebabkan oleh ketidakmampuan tubuh untuk menggunakan atau menyimpan glukosa darah sebagai energi.

Menurut Tim Promkes RSST dalam Kemenkes (2022), diabetes melitus merupakan kondisi kronis yang terjadi karena adanya peningkatan kadar gula darah dalam tubuh yang disebabkan oleh tubuh tidak mampu menghasilkan insulin atau tidak dapat menggunakan insulin secara efektif. Diabetes melitus sering disebut juga dengan diabetes *life style* di mana ketika diabetes telah berkembang secara klinis maka diabetes melitus ditandai dengan hiperglikemia dan *postprandial*, aterosklerosis dan penyakit vaskular mikroangiopati

Diabetes melitus tipe 2 adalah penyakit gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar gula darah akibat penurunan sekresi insulin fungsi insulin (resistensi insulin) oleh sel beta pankreas (Noviyanti et al., 2023). Diabetes merupakan penyakit yang terjadi ketika tubuh tidak dapat memproses gula darah dalam tubuh sehingga menyebabkan kadar gula darah tinggi. Kadar

gula darah yang tinggi inilah yang menyebabkan penyakit diabetes menimbulkan berbagai komplikasi (Permana et al., 2021).

Meskipun diabetes melitus tipe 2 jauh lebih umum terjadi dibandingkan dengan diabetes melitus tipe 1. Berbeda dengan diabetes melitus tipe 1, diabetes melitus tipe 2 dapat memproduksi insulin. Namun, tubuh menjadi resisten terhadap efek insulin sehingga kadar glukosa dalam tubuh meningkat (Tjahjadi, 2017).

Menurut Maria (2021) diabetes melitus terdapat 4 jenis, yaitu:

1. Diabetes melitus tipe 1 atau *insulin dependent diabetes mellitus* (IDDM)

Diabetes melitus tipe 1 umumnya dikenal dengan Insulin Dependen Diabetes Melitus (IDDM), artinya penderita diabetes melitus tipe 1 bergantung pada penggunaan insulin. Penyakit pada penderita ini disebabkan oleh rusaknya sel beta *Langerhans* di pankreas sehingga menghambat produksi insulin. Timbulnya penyakit ini bisa terjadi sejak masa kanak-kanak hingga dewasa (Pranata & Munawaroh, 2020). Sehingga penderita diabetes tipe 1 untuk mempertahankan hidupnya memerlukan suplai insulin melalui injeksi setiap hari agar kadar glukosa dapat terkontrol.

Suntikan insulin adalah pengobatan yang diperlukan untuk diabetes tipe 1. Oleh karena itu, diabetes tipe 1 disebut juga sebagai diabetes ketergantungan insulin. Suntikan insulin harus dilakukan hingga mencapai jaringan di bawah kulit. Ada beberapa cara untuk menyuntikkan insulin, antara lain jarum suntik, pen, *injector jet* yang menggunakan udara

bertekanan tinggi untuk mengalirkan insulin melalui kulit dan pompa insulin (Safira, 2022).

2. Diabetes melitus tipe 2 atau *non-insulin dependent diabetes mellitus* (NIDDM)

Menurut Pranata & Munawaroh (2020), diabetes melitus tipe 2 umumnya dikenal sebagai *non-insulin dependent diabetes mellitus* (NIDDM) artinya penderita diabetes melitus tipe 2 tidak memerlukan insulin. Dalam kondisi normal, insulin memicu repons metabolisme glukosa dengan berikatan dengan reseptor spesifik di permukaan sel. Pada DM tipe 2, resistensi insulin menurun, sehingga insulin kurang efektif dalam menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Jaringan kekurangan glukosa, sehingga hati mengeluarkan glukosa. Akibatnya kadar gula dalam darah semakin tinggi. Untuk mengatasi hal tersebut, insulin dilepaskan, namun ketika sel beta pankreas tidak dapat menyeimbangkan kebutuhan insulin, kadar glukosa akan meningkat sehingga terjadi diabetes melitus tipe 2.

Diabetes melitus tipe 2 lebih umum terjadi dibandingkan dengan diabetes melitus tipe 1. Berbeda dengan tipe 1, pankreas pada penderita diabetes tipe 2 dapat memproduksi insulin. Namun, tubuh justru menolak efek insulin sehingga menyebabkan kadar glukosa dalam tubuh meningkat. Meskipun diabetes melitus tipe 2 jauh lebih umum terjadi dibandingkan dengan diabetes melitus tipe 1. Berbeda dengan diabetes melitus tipe 1, diabetes melitus tipe 2 dapat memproduksi insulin. Namun, tubuh menjadi

resisten terhadap efek insulin sehingga kadar glukosa dalam tubuh meningkat (Tjahjadi, 2017).

3. Diabetes melitus gestasional

Diabetes melitus gestasional (DMG) merupakan komplikasi umum yang terjadi selama kehamilan (Sevianti & Farhamzah, 2024). Diabetes gestasional adalah diabetes yang didiagnosis pada trimester kedua atau ketiga kehamilan pada wanita yang sebelum kehamilan tidak menderita diabetes (Adi, 2019). Wanita dengan diabetes gestasional berisiko lebih tinggi mengalami beberapa komplikasi selama kehamilan dan persalinan, begitu juga dengan bayi mereka. Diabetes gestasional didiagnosis berdasarkan tes prenatal, bukan gejala yang dilaporkan (Nasif & Nursyafni, 2023).

4. Tipe diabetes lainnya

Dapat terjadi akibat penyakit gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan glukosa darah akibat kerusakan sel yang memproduksi insulin (sel beta), penyakit eksokrin pankreas, penyakit metabolik endokrin lainnya, iatrogenik, infeksi virus, penyakit autoimun dan kelainan genetik lainnya (Nuraini et al., 2023).

B. Patofisiologi

Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi meliputi usia, riwayat keluarga dengan diabetes melitus tipe 2, ras, dan riwayat diabetes gestasional. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi antara lain obesitas, dislipidemia, kebiasaan merokok, faktor makanan seperti konsumsi alkohol, kopi, dan faktor stress

(Nuraisyah, 2020). Peran genetik dari riwayat keluarga dapat meningkatkan risiko terkena diabetes. Jika ibu, ayah, dan saudara kandung dalam keluarga ada yang menderita diabetes, maka risiko terkena diabetes lebih tinggi (Widiasari et al., 2021)

Faktor usia berhubungan dengan perkembangan diabetes tipe 2 karena penurunan sekresi insulin dan gangguan toleransi glukosa (Rama Dwi Suputra & Budiayasa, 2023). Orang dengan lanjut usia lebih suka duduk di rumah, bersantai dan menonton televisi, sehingga menyebabkan kurangnya aktivitas fisik dan stress emosional dalam jangka panjang (Nina et al., 2023). Semakin kurang aktif maka semakin besar risiko terkena diabetes tipe 2. Dikarena aktivitas dapat membantu mengontrol berat badan, dapat menggunakan glukosa untuk energi, dan membuat sel lebih sensitive terhadap insulin (Pranata & Munawaroh, 2020).

Diabetes tipe 2 ditandai dengan resistensi insulin, penurunan produksi glukosa di hati, dan gangguan fungsi sel beta yang pada akhirnya menghancurkan seluruh sel beta. Awalnya, resistensi insulin diikuti dengan peningkatan insulin untuk mengatasi kekurangan insulin dan menjaga gula darah tetap normal. Seiring waktu, sel beta menjadi gagal merespons resistensi insulin sehingga menyebabkan gula darah menjadi meningkat dan fungsi sel menjadi menurun, dan terjadi diabetes. Terjadi penurunan jumlah sel secara bertahap hingga sel tersebut tidak dapat lagi mensekresi insulin (Lenggogeni, 2023).

Resistensi insulin pada diabetes melitus tipe 2 disertai dengan penurunan reaksi intra sel, hal ini menyebabkan insulin menjadi tidak efektif dalam

menyerap glukosa oleh jaringan. Sekresi insulin harus ditingkatkan untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah penumpukan glukosa dalam darah. Pada pasien dengan gangguan toleransi glukosa, kondisi ini terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan dan kadar glukosa tetap dipertahankan pada tingkat normal atau sedikit meningkat. Namun, jika sel-sel beta tidak dapat memenuhi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat (Lenggogeni, 2023).

Sekitar 25% glukosa yang dapat diserap oleh sel-sel yang membutuhkan insulin sebagai pembawa glukosa untuk dibutuhkan oleh sel sebagai bahan bakar. Jaringan saraf, eritrosit dan sel-sel di lambung, hati dan ginjal tidak memerlukan insulin untuk mengangkut glukosa. Namun, sejumlah besar lemak, serta otot jantung dan tulang memerlukan insulin untuk mengangkut glukosa. Tanpa jumlah insulin yang cukup, banyak glukosa yang dimakan tapi tidak dapat digunakan (Maria, 2021).

Jika tidak ada insulin atau fungsi insulin terganggu, maka glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel. Glukosa masuk ke pembuluh darah sehingga menyebabkan konsentrasi glukosa dalam darah meningkat. Kadar gula darah yang tinggi dapat menyebabkan berbagai komplikasi yang disebut komplikasi penyakit diabetes (Yahya, 2018).

Dengan jumlah insulin yang tidak adekuat, kadar glukosa darah menjadi meningkat. Peningkatan ini berlanjut karena tanpa kadar insulin yang cukup, hati tidak dapat menyimpan glukosa sebagai glikogen. Lalu upaya untuk mengembalikan keseimbangan dan mengembalikan kadar glukosa darah

menjadi normal, ginjal mengeluarkan glukosa yang berlebihan. Adanya glukosa muncul dalam urin disebut *glucosuria* (Maria, 2021).

Ketika kelebihan glukosa dikeluarkan melalui urin, ekskresi ini disertai dengan ekskresi elektrolit yang berlebihan. Kondisi ini disebut diuresis osmotik. Kondisi ini disebut diuresis osmotik yang merupakan peningkatan buang air kecil karena adanya zat tertentu dalam cairan yang disaring oleh ginjal. Kehilangan terlalu banyak cairan dapat menyebabkan buang air kecil berlebihan (poliuria), dan rasa haus yang berlebihan (polidipsia) (Lestari et al., 2021).

Adapun menurut Nasif & Nursyafni (2023), manifestasi klinis dari diabetes melitus seperti poliuria, polidipsia, polifagia, penurunan berat badan. Sedangkan keluhan lainnya antara lain mudah lelah dan lemas, kesemutan, gatal, pandangan kabur, disfungsi ereksi pada pria dan gatal pada vulva wanita serta penyembuhan luka yang lambat (Alfaqih et al., 2022).

Poliuria atau buang air kecil yang berlebihan terjadi karena gula darah melebihi ambang batas ginjal (> 180 mg/dL) sehingga gula dan urin dikeluarkan secara bersamaan. Jika kadarnya terlalu tinggi, ginjal akan memproduksi cairan tambahan untuk memecah kelebihan glukosa. Karena ginjal memproduksi terlalu banyak urin, pasien menjadi sering mengalami buang air kecil dalam jumlah yang banyak (Lenggogeni, 2023).

Polidipsia atau rasa haus yang meningkat, disertai dengan buang air kecil yang berlebihan akan menyebabkan penderita mengalami dehidrasi dan mulut kering. Untuk menggantikan cairan yang hilang, penderita diabetes menjadi minum air lebih banyak. Hal ini menyebabkan pasien sering minum bahkan terbangun di malam hari hanya untuk minum (Gelabert, 2022).

Polifagia atau peningkatan rasa lapar, disebabkan oleh hilangnya glukosa yang berlebihan melalui urin (Gelabert, 2022). Glukosa tidak dapat masuk ke jaringan dan sel menderita malnutrisi (Pranata & Munawaroh, 2020). Saat gula darah turun, tubuh mengira ia kekurangan gizi, merasa belum diberi makan dan mencari glukosa yang dibutuhkan sel (Nasif & Nursyafni, 2023).

Penurunan berat badan terjadi dalam waktu yang relatif singkat karena ketidakmampuan glukosa dalam darah untuk masuk ke dalam sel (Hidayah, 2022). Meskipun penderita diabetes melitus nafsu makan meningkat dan makan lebih banyak, berat badannya terus menurun. Karena hormon insulin tidak mengambil glukosa dari sel, sehingga tubuh mulai menggunakan energinya dari simpanan lemak (Gelabert, 2022). Hal tersebut membuat penderita mengalami penurunan berat badan.

Rasa lelah dan lemas disebabkan karena glukosa tidak mampu masuk ke dalam sel-sel tubuh dan memberikan energi yang dibutuhkan. Di sisi lain, gula darah yang tinggi menyebabkan kristalisasi, yang menarik gula dan air sehingga menyebabkan penglihatan menjadi buram (Gelabert, 2022).

Pada penderita diabetes juga sering mengalami kesemutan pada tangan dan kaki. Terasa seperti digigit semut. Oleh karena itu, disebut dengan kesemutan. Kesemutan ini disebabkan oleh rusaknya pembuluh darah akibat tingginya kadar gula darah sehingga menyebabkan bagian tubuh yang mengalami kesemutan kurang mendapat suplai darah (Medika, 2017).

Penyembuhan luka melambat ketika kadar gula darah melebihi 200 mg/dL, dan daya tahan tubuh penderita diabetes menjadi menurun (Medika, 2017). Akibatnya sirkulasi darah ke area luka terhambat dan mengakibatkan

luka lama untuk sembuh (Pranata & Munawaroh, 2020). Jika penderita diabetes tidak menyadari lukanya, luka tersebut akan terus membesar dan bisa membusuk. Oleh karena itu, amputasi menjadi satu-satunya metode penanganan yang tepat untuk kondisi ini (Medika, 2017).

Komplikasi akibat diabetes melitus dibagi menjadi 2 yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronis. Komplikasi akut meliputi hipoglikemia, hiperglikemia, hiperglikemia hiperosmolar nonketosis (HHNK), dan ketoasidosis diabetik. Sedangkan komplikasi kronis meliputi penyakit jantung, stroke, hipertensi, kerusakan ginjal, retinopati diabetikum, dan ulkus diabetikum (Pranata & Munawaroh, 2020).

Hipoglikemia adalah suatu kondisi di mana kadar gula darah rendah. Glukosa dalam darah berada di bawah 45 – 54 mg/dL (2,5 – 3 mmol/l). penyebabnya antara lain kelebihan insulin atau hipoglikemia, keterlambatan dalam mengonsumsi makanan atau nutrisi yang tidak mencukupi, olahraga yang berkepanjangan, dan konsumsi alkohol yang berlebihan (Gelabert, 2022).

Gejala hipoglikemia antara lain kelelahan, pusing, sakit kepala ringan, kesemutan, berkeringat, merasa lapar, jantung berdebar, sulit berkonsentrasi, mudah tersinggung, dan penglihatan kabur. Hipoglikemia berat menyebabkan gejala seperti mengantuk, gangguan penglihatan, kebingungan, gerakan menjadi canggung seperti perilaku seperti orang mabuk, kejang, dan kehilangan kesadaran (Wahyuni, 2020).

Hiperglikemia atau peningkatan kadar glukosa darah, adanya masukan kalori dalam tubuh yang berlebihan dan penghentian obat oral maupun penyuntikan insulin. Glukosa dalam darah pada hiperglikemia lebih dari 300

mg/dL (16.5 mmol/l). Gejalanya berupa pandangan kabur, sering merasa haus, muntah, penurunan berat badan, kulit kering dan gatal, rasa mengantuk sampai kesadaran menurun serta kekurangan cairan atau dehidrasi akibat produksi urin yang berlebihan (Alfaqih et al., 2022).

Hiperglikemia hiperosmolar non-ketosis (HHNK) adalah suatu kondisi di mana kadar gula darah meningkat secara tiba-tiba. Gejalanya adalah kadar gula darah mencapai > 240 mg/dL. Hiperglikemia terjadi karena pasien tidak mengikuti gaya hidup yang dianjurkan untuk mengendalikan diabetes. Hiperglikemia hiperosmolar non-ketosis ditandai dengan gejala khas seperti buang air kecil, rasa haus terus-menerus, nyeri kaki, kelemahan, penurunan kesadaran, dan kejang jika kondisinya berat. Pada HHNK tidak terjadi ketosis karena insulin dapat mengatur metabolisme lemak dan protein (Medika, 2017).

Ketoasidosis diabetik didefinisikan sebagai kekurangan insulin dalam tubuh secara tiba-tiba akibat infeksi, lupa menyuntikkan insulin, dan pola makan yang berlebihan (Alfaqih et al., 2022). Meningkatnya asam (keton) dalam darah ditandai dengan kadar gula darah meningkat lebih tinggi dari 300 mg/dL (16.6 mmol/l) dan peningkatan badan keton dalam darah. Gejalanya antara lain rasa haus yang meningkat, buang air kecil yang meningkat, lemas, kehilangan nafsu makan, pusing, wajah memerah, mual dan muntah, sakit perut, pernafasan cepat, nafas berbau manis seperti bau buah, tampak kebingungan, dan bahkan koma (meskipun hal ini jarang terjadi) (Gelabert, 2022).

Berisiko terkena penyakit jantung koroner, hal ini terjadi karena adanya sumbatan, penyempitan (penimbunan plak lemak di arteri) yang terjadi pada pembuluh darah jantung sehingga menyebabkan aliran oksigen tidak

mencukupi. Pada kondisi diabetes melitus tipe 2, tubuh menjadi tidak peka dengan hormon insulin yang diproduksi sehingga menyebabkan resistensi insulin. Resistensi insulin yang terjadi berulang-ulang dapat menyebabkan inflamasi pada jaringan tubuh. Semakin banyak gula yang masuk, tubuh menjadi semakin resisten terhadap insulin, sehingga dapat memperburuk inflamasi semakin parah. Kemudian lama kelamaan sel-sel inflamasi akan melapisi pembuluh darah dan berujung pada aterosklerosis. Akibat aterosklerosis, aliran darah terhambat dan suplai oksigen ke dalam jaringan berkurang. Kerja jantung menjadi semakin berat dan mengakibatkan PJK (Pranata & Munawaroh, 2020).

Stroke merupakan komplikasi neuropati atau kerusakan saraf dan merupakan komplikasi yang paling sering dialami pada penderita diabetes (Medika, 2017). Stroke adalah penyakit yang terjadi ketika pembuluh darah di otak tersumbat atau pecah sehingga menghambat aliran darah ke otak (Pranata & Munawaroh, 2020). Gejalanya berupa kesemutan, rasa terbakar, atau mati rasa pada kaki (Gelabert, 2022).

Hipertensi atau biasa dikenal dengan tekanan darah tinggi juga merupakan salah satu penyakit mematikan yang paling ditakuti. Hipertensi merupakan kondisi ketika tekanan darah melebihi 140/90 mmHg. Tekanan darah dianggap normal jika tekanan sistoliknya berada <120 mmHg dan tekanan diastoliknya berada <80 mmHg. Hipertensi pada penderita diabetes melitus terjadi karena penebalan dinding pembuluh darah akibat tingginya kadar gula darah. Dinding pembuluh darah menjadi sempit dan oksigen serta zat-zat menjadi kesulitan

untuk masuk ke dalam jaringan tubuh. Akibatnya, tekanan darah menjadi meningkat (Medika, 2017).

Kerusakan ginjal pada penderita diabetes dengan gula darah tinggi membuat ginjal kesulitan menyaring darah dan membuang sisa zat-zat yang tidak dibutuhkan oleh tubuh, sehingga pada akhirnya mempengaruhi fungsi organ lainnya (Medika, 2017). Gejala kerusakan ginjal tingkat lanjut antara lain tekanan darah tinggi, pembengkakan pada kaki dan lengan, kesulitan bernafas (dispnea), kebingungan atau sulit berkonsentrasi, kulit kering dan pucat, gatal, kehilangan nafsu makan, mual dan kelelahan (Gelabert, 2022).

Retinopati diabetikum merupakan penyebab utama kebutaan pada penyakit diabetes. Suatu kondisi ketika pembuluh darah pada retina mengalami berkurangnya kemampuan dalam menyuplai nutrisi ke retina. Beberapa gejala umum seperti penglihatan kabur dan edema makula. Jika terjadi perdarahan yang tidak terdeteksi, maka bisa terjadi penglihatan seperti sarang laba-laba, penglihatan kabur, atau kehilangan penglihatan sepenuhnya (Pranata & Munawaroh, 2020).

Ulkus diabetikum merupakan kerusakan yang terjadi sebagian atau keseluruhannya pada daerah kulit yang meluas ke jaringan bawah kulit, tendon, otot, tulang atau persendian yang terjadi pada seseorang yang menderita penyakit diabetes melitus, kondisi ini timbul akibat dari peningkatan kadar gula darah yang tinggi (Budi Raharjo et al., 2022). Penyebab dari ulkus diabetikum yaitu kehilangan sensasi nyeri dan sensasi tekanan, sirkulasi yang buruk akibat dari gangguan arteri perifer yang menyebabkan suplai ke ekstremitas bawah

menjadi terganggu sehingga luka sulit sembuh dan menyebabkan terjadinya ganggren (Pranata & Munawaroh, 2020).

C. Penatalaksanaan

1. Terapi non medis

Penanganan non farmakologis terdiri dari edukasi, terapi nutrisi medis atau diet, latihan fisik. Edukasi diberikan dengan tujuan untuk meningkatkan kesehatan (promosi kesehatan) sebagai bagian dari mencegah dan mengelola segala jenis diabetes melitus (Widiasari et al., 2021).

a. Edukasi

Edukasi mengenai diabetes adalah salah satu pendidikan atau pelatihan tentang pengetahuan bagi penderita diabetes melitus yang bertujuan untuk mengubah perilaku guna meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang penyakitnya, yang dibutuhkan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan penderita diabetes. Edukasi merupakan bagian penting dalam asuhan keperawatan pada pasien diabetes (Lenggogeni, 2023).

b. Terapi nutrisi medis atau diet

Menurut Pranata & Munawaroh (2020), prinsip pengelolaan makanan bagi penderita diabetes melitus yaitu gizi seimbang sesuai kebutuhan kalori dan zat gizi tiap individu. Pentingnya rencana makan yang teratur serta jenis dan jumlah kalori harus ditekankan kepada penderita diabetes mengenai pentingnya keteraturan jadwal makan, jenis dan jumlah kalori (3J).

1) Tepat jumlah

Kebutuhan kalori diperlukan untuk mencapai dan mempertahankan berat badan ideal, yaitu berat badan dibandingkan dengan tinggi badan. Ada beberapa cara untuk menentukan jumlah kalori yang dibutuhkan penderita diabetes, dengan memperhitungkan kebutuhan kalori: 25 – 30 kal/kgBB ideal. Jumlah kebutuhan tersebut bertambah atau berkurang tergantung pada beberapa faktor seperti jenis kelamin, usia, aktivitas dan berat badan.

2) Tepat jenis

Penderita diabetes melitus dianjurkan untuk memilih jenis bahan makanan atau makanan yang tidak cepat meningkatkan gula darah karena memiliki indeks glikemik (IG) yang tinggi. Konsep indeks glikemik dirancang untuk mengurutkan makanan sesuai kemampuannya dalam meningkatkan kadar gula darah setelah dibandingkan dengan makanan biasa.

3) Tepat jadwal

Makan dalam porsi kecil tapi sering dapat membantu menurunkan kadar gula darah. Makan teratur seperti sarapan, makan siang, makan malam, dan makan selingan di antara waktu makan dapat menurunkan kadar gula darah sebelum waktu makan berikutnya.

c. Latihan fisik

Latihan fisik merupakan salah satu landasan dalam pengelolaan diabetes melitus tipe 2. Biasanya program latihan fisik dilakukan secara teratur yaitu 3 sampai 5 hari dalam seminggu selama sekitar 30 – 45 menit,

dengan total 150 menit per minggu, disertai jeda antar latihan tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. Aktivitas sehari-hari tidak dihitung sebagai latihan fisik. Selain itu latihan fisik juga dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitifitas insulin sehingga dapat meningkatkan kontrol glukosa. Latihan fisik yang disarankan adalah senam aerobik dengan intensitas sedang (50% – 70% dari detak jantung maksimal) seperti jalan cepat, bersepeda ringan, lari, dan berenang. Detak jantung maksimum dihitung dengan mengurangi 220 dengan usia pasien.

Pada pasien diabetes tanpa kontraindikasi (contoh: osteoarthritis, hipertensi tidak terkontrol, retinopati, nefropati) dianjurkan juga untuk melakukan latihan *resistance training* (latihan kekuatan) 2 sampai 3 kali dalam seminggu sesuai dengan petunjuk dokter. Olahraga tersebut sebaiknya disesuaikan dengan usia dan kondisi fisik. Meskipun intensitas olahraga atau latihan fisik dapat ditingkatkan pada pasien diabetes melitus yang sehat, intensitas olahraga harus dikurangi dan disesuaikan secara individual pada pasien diabetes dengan komplikasi (Soelistijo, 2021).

2. Terapi medis

Menurut Soelistijo (2021), pengobatan diberikan bersamaan dengan pola makan dan olahraga (gaya hidup sehat). Berikut perawatan farmakologis termasuk obat-obatan oral dan suntikan:

- a. Obat antihiperqlikemia oral
 - 1) Sulfonilurea

Menurut Tjahjadi (2017), sulfonilurea adalah obat yang paling sering diresepkan untuk penderita diabetes melitus tipe 2 yang juga menderita stroke. Obat ini merangsang sel beta pankreas untuk mengeluarkan insulin ketika kadar gula darah meningkat. Obat ini juga merangsang tubuh untuk menggunakan insulin. Dengan cara ini kadar gula darah akan menurun. Obat ini juga mengurangi risiko berbagai komplikasi diabetes, seperti gangguan mata (retinopati), gangguan ginjal (nefropati), dan neuropati. Obat ini memiliki efek samping seperti kadar gula darah menjadi rendah (hipoglikemia), gangguan pada perut, penambahan berat badan, kulit menjadi gatal, dan meningkatnya risiko serangan jantung (akibat tingginya kadar insulin dalam jangka waktu lama).

a) Obat dengan masa kerja yang singkat

Obat ini bekerja dalam jangka waktu 6 – 12 jam. Beberapa obat yang beredar untuk kategori ini adalah Tolbutamida dan Glukodion.

a) Obat dengan masa kerja yang menengah

Obat dalam kategori ini bekerja dalam jangka waktu kurang lebih 15 jam. Contohnya adalah Glibenklamid, Glukomid, dan Glipizida.

b) Obat dengan masa kerja yang panjang

Masa kerja obat kategori ini adalah sekitar 70 jam. Contohnya *Chlorpropamide*.

2) Metformin

Efek utama metformin adalah mengurangi produksi glukosa (gluconeogenesis) di hati dan meningkatkan penyerapan glukosa di jaringan perifer. Efek samping yang mungkin terjadi saat mengkonsumsi metformin antara lain gangguan saluran cerna seperti gangguan pencernaan dan diare (Soelistijo, 2021).

Menurut Tjahjadi (2017), metformin disarankan untuk penderita diabetes dengan salah satu atau lebih kriteria berikut ini:

- a) Pasien dengan obesitas
 - b) Pengemudi angkutan
 - c) Orang-orang yang bertugas mengoperasikan mesin yang berbahaya
 - d) Orang yang berusia tua
- 3) Tiazolidinedion (TZD)

Tiazolidinedion (Rosiglitazon, Pioglitazon dan Troglitazon) dikenal dengan sebutan glitazon, Obat ini bekerja membentuk ikatan dengan *peroxisome proliferator-activated receptor-gamma* (PPAR-gamma) yang mengatur metabolisme glukosa dan lemak serta memengaruhi sensitivitas insulin sehingga meningkatkan penggunaan glukosa oleh sel (Hardianto, 2021). Tiazolidinedion menyebabkan retensi cairan tubuh sehingga dikontraindikasikan pada pasien dengan gagal jantung karena dapat memperberat edema/retensi cairan (Soelistijo, 2021).

b. Obat antihiperlikemia suntik

- 1) Insulin

Menurut Tjahjadi (2017) insulin digunakan pada orang yang memiliki kriteria sebagai berikut:

- a) usianya di bawah 40 tahun
- b) menderita gejala-gejala diabetes yang parah
- c) kurus
- d) mengalami infeksi yang serius
- e) adanya penyakit lain yang sudah akut
- f) mengalami penurunan berat badan
- g) menderita hiperglikemia parah

Menurut (Tjahjadi, 2017), jenis dan lama kerja insulin dibagi menjadi 5, yaitu:

1. Insulin kerja jangka waktu yang sangat pendek (*ultra rapid* atau *very short acting* insulin)

Hormon insulin ini dimulai setelah 12 – 30 menit dari saat hormon insulin ini diberikan. Masa puncak berkisar antara setengah sampai 2 jam. Insulin ini sebaiknya diberikan sebelum makan, saat makan, atau segera sesudah makan. Contoh merk terapi insulin, insulin lispro (Humalog), insulin aspart (Novorapid), insulin glulisin (Apidra).

2. Insulin kerja jangka pendek (*short acting insulin*)

Insulin ini bekerja setelah waktu selama setengah sampai 1 jam. Masa puncak berlangsung antara 2 – 3 jam. Semua insulin dalam kategori jangka pendek ini tidak berwarna, contohnya: *actaraph R (S)*, *Velolusin*, *Reguler Humulin*.

3. Insulin kerja jangka menengah (*intermediate acting insulin*)

Insulin ini bekerja setelah 1,5 – 4 jam dan masa puncak berlangsung 4 – 12 jam. Warnanya tidak bening. Contohnya, NPH Humulin.

4. Insulin kerja jangka panjang (*long action insulin*)

Insulin ini bekerja setelah 1 – 3 jam hormon ini diberikan. Ada yang mengatakan bahwa terapi jangka panjang tidak memiliki masa puncak dan ada pula yang memberi informasi bahwa masa puncak terjadi setelah 12 jam. Contohnya, insulin glagine (Lantus), insulin detemir (Levemir).

5. Terapi insulin campuran

Terapi insulin campuran bisa diberikan kepada penderita diabetes. Biasanya gabungan yang diberikan adalah campuran antara insulin jangka pendek ditambah dengan NPH (*isophane*). Kadar terapi insulin jangka pendek berkisar 10 – 50 %. Bagaimanapun, jika dosis yang diberikan naik, maka dosis insulin jangka pendek maupun NPH pun ikut naik.

D. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan berdasarkan kebutuhan pasien. Pengkajian yang lengkap dan akurat berdasarkan fakta atau kondisi yang ada pada pasien sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosis

keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan berdasarkan dengan respon individu (Kartikasari et al., 2020).

a. Identitas pasien

Identitas pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal, waktu masuk rumah sakit, nomor register dan diagnosis medis. Penyakit diabetes lebih sering terjadi pada seseorang yang berusia >45 tahun terlebih pada orang yang kelebihan berat badan (Andriani, 2021).

b. Riwayat kesehatan sekarang

1) Keluhan utama

Cemas, mudah lelah, anoreksia, mual, muntah, nyeri abdomen, nafas pasien mungkin berbau aseton, pernapasan kussmaul, gangguan pada pola tidur, poliuria, polidipsia, pandangan kabur, kelemahan, dan sakit kepala (Wulandari, 2018). Kaki bengkak, rasa kesemutan pada kaki, luka sulit sembuh, mudah lelah dan cepat merasa mengantuk, serta pasien sebelumnya kelebihan berat badan (Andriani, 2021).

2) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat penyakit sebelumnya: adanya riwayat penyakit diabetes melitus atau penyakit-penyakit lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin misalnya penyakit pankreas. Adanya riwayat penyakit jantung, obesitas, maupun arterosklerosis, tindakan medis yang pernah didapat maupun obat-obatan yang biasa digunakan oleh penderita (Wulandari, 2018).

- 3) Riwayat penyakit keluarga: diabetes melitus bisa berpotensi pada keturunan keluarga dan mengakibatkan tubuh tidak bisa menghasilkan insulin dengan baik karena kelainan yang didapat (Andriani, 2021).
- 4) Riwayat pengobatan: pengobatan pasien dengan diabetes melitus tipe 1 menggunakan terapi injeksi insulin eksogen harian untuk kontrol kadar gula darah. Sedangkan pasien dengan diabetes melitus biasanya menggunakan OAD (Obat Anti Diabetes) oral seperti sulfonilurea, biguanid, meglitinid, inkretin, amilonomimetik. (Maria, 2021)
- 5) Riwayat Psikososial
Masalah yang dialami pasien mungkin menyebabkan kadar gula darah meningkat (Andriani, 2021).
- 6) Pola Fungsi Kesehatan
 - a) Pola Nutrisi
Pasien dengan penyakit diabetes melitus memiliki nafsu makan yang konstan sehingga menyebabkan mereka terus-menerus ingin makan, namun berat badan semakin turun. saat dilakukan pengkajian intake cairan 2500-4000 cc/hari dan cenderung manis (Andriani, 2021).
 - b) Pola Eliminasi
Pasien dengan DM tidak ada perubahan yang mencolok, jumlah urin yang banyak akan dijumpai baik secara frekuensi maupun volume (pada frekuensi biasanya lebih dari 10 x per hari,

sedangkan untuk volume mencapai 2500-3000 cc per hari), dan untuk warna tidak ada perubahan sedangkan bau aka nada unsur aroma gula.

c) Pola Istirahat dan Tidur

Pasien DM akan mengalami gejala poliuria yaitu sering buang air kecil di malam hari mengakibatkan pola tidur dan waktu tidur pasien mengalami perubahan.

d) Pola Aktivitas

Pasien DM akan mengalami penurunan fungsi gerak karena mengalami kelemahan fisi, penurunan tonus otot, gangguan tidur dan istirahat, kram otot, takipnea atau takikardi saat melakukan aktivitas hingga akan terjadi koma. Terdapat luka ganggren dan kelemahan otot-otot di bagian tungkai bawah, pasien akan mengalami ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan mudah lelah. Pasien mudah jatuh karena mengalami penurunan kerja pusat keseimbangan (otak kecil).

e) Pola Konsep Diri

Pasien DM sering mengalami harga diri rendah dikarenakan ada perubahan pada penampilan, perubahan gambaran diri karena mengalami ada perubahan fungsi dan struktur tubuh, banyaknya biaya untuk melakukan perawatan serta pengobatan pasien mengalami gangguan.

f) Aktualisasi Diri

Aktualisasi diri peran pada keluarga serta kecemasan, dan mengalami perubahan identitas diri akibat tidak bekerja. Pada pasien DM apabila sudah mengalami penurunan harga diri maka pasien akan enggan melakukan aktivitas, tampak tidak bergairah, dan bingung.

g) Pola Nilai Keyakinan

Pada pasien DM pola keyakinannya mungkin meningkat karena kebutuhan mendapatkan sumber kesembuhan dari Tuhan.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran umum pada pasien DM yaitu kompos mentis, apatis, strupor, latergi tergantung kondisi fisiologis untuk melakukan kompensasi kelebihan gula darah dan kestabilan kadar gula darah.

2) Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah pada pasien DM mengalami peningkatan tekanan darah dengan nilai sistol > 120 dan diastole > 90 . Suhu tubuh pada pasien DM mengalami peningkatan suhu nilai $> 37,5^{\circ}\text{C}$. Frekuensi pernafasan mengalami peningkatan dengan nilai > 20 x/menit. Berat badan dan tinggi badan pada pasien DM dengan fase awal penyakit atau penderita lanjut dengan pengobatan yang rutin dan pola makan yang belum bisa terkontrol tubuh akan menjadi gemuk atau gendut, sedangkan pada pasien DM yang fase lanjut dan tidak melakukan terapi dengan rutin maka tubuh akan menjadi kurus ramping.

3) Kepala

a) Inspeksi

Kaji bentuk kepala, warna rambut, jika berwarna hitam kemerahan bertanda kekurangan nutrisi, penyebarannya jarang atau merata, tekstur kasar atau halus, dan kuantitas tipis atau tebal, terdapat benjolan atau lesi pada kulit kepala, seringkali disertai psoriasis dan kista pilar yang disebabkan oleh penurunan antibodi. Periksa apakah bentuk wajah simetris dan periksa ekspresi wajah apakah seperti paralisis.

a) Palpasi

Pusing, sakit kepala.

4) Mata

Gangguan penglihatan seperti penurunan tajam pada penglihatannya.

5) Hidung

Pernafasan kusmaul, sesak nafas, batuk berdahak atau tanpa dahak.

6) Telinga

a) Inspeksi

Kaji daerah telinga dan sistem pendengaran, gangguan saat mendengar, kesimetrisan telinga, adakah penggunaan alat bantu dengar, dan kebersihan telinga.

b) Palpasi

Ada tidaknya nyeri tekan pada tragus.

7) Mulut dan gigi

a) Inspeksi

Kaji apakah terdapat peradangan pada mulut atau gigi (gusi, uvula, tonsil dan mukosa mulut), apakah terdapat karies gigi, adakah bau nafas seperti buah yang menyebabkan ketoasidosis diabetikum pada pasien DM, serta pasien tersebut dengan mudahnya dapat terinfeksi.

a) Palpasi

Tidak ada nyeri tekan.

8) Leher

a) Inspeksi

Periksa ada atau tidaknya pembesaran kelenjar getah bening di leher. Jika terdapat pembesaran kelenjar getah bening di leher, berarti terjadi pembesaran kelenjar getah bening.

b) Palpasi

Kaji ada tidaknya pembendungan pada vena jugularis.

9) Paru-paru

a) Inspeksi

Periksa ada tidaknya bekas luka, sesak nafas, nyeri dada, pergerakan dinding dada, batuk, dan perubahan warna kulit.

b) Palpasi

Kesimetrisan dada pasien dan taktil fremitus.

c) Perkusi

Kaji ada tidaknya penumpukan sekret, cairan atau darah, dan lapang paru terdengar resonan.

d) Auskultasi

Kaji apakah ada suara tambahan (ronchi, dan wheezing) disemua lapang paru.

10) Jantung

a) Inspeksi

Tampak atau tidaknya iktus kordis pada permukaan dinding dada di ICS 5 midklavikula sinistra.

b) Palpasi

Teraba atau tidaknya iktus kordis di ICS midklavikula sinistra.

c) Perkusi

Pada ICS 3 hingga ICS 5 terdengar pekak.

d) Auskultasi

Bunyi jantung S1 dan S2 terdengar Tunggal, tidak ada suara jantung tambahan.

11) Abdomen

a) Inspeksi

Pasien biasanya tidak nafsu makan, mual, muntah, dan tidak mengikuti diet.

b) Auskultasi

Bising usus berkurang.

c) Palpasi

Kaji ada tidaknya pembesaran hepar, ada tidaknya asites, ada massa pada abdomen, dan ada tidaknya nyeri tekan pada daerah uluh hati (epigastrium) atau pada 9 regio.

d) Perkusi

terjadi hipertimpani.

12) Genetalia dan reproduksi

a) Inspeksi

Pada pasien DM saat berkemih biasanya terasa sakit dan panas, ada tidaknya tanda-tanda peradangan pada genetalia, dan terdapat keputihan di daerah genetalia.

13) Ekstremitas

a) Inspeksi

Kaji turgor kulit, akral hangat atau sianosis, kaji juga persebaran warna kulit, pasien akan merasa cepat lelah, lemah dan nyeri serta adanya ganggren di ekstremitas, amati juga kedalaman bekas luka, serta ada tidaknya rasa kesemutan atau mati rasa pada ekstremitas, jika ada itu merupakan tanda dan gejala dari penyakit DM.

b) Palpasi

Kelemahan otot, otot menurun dan mengalami kram otot.

14) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan tes diagnostik pada penderita diabetes melitus menurut antara lain:

- a) Gula darah meningkat >200 mg/dL
- b) Aseton plasma (aseton): positif secara mencolok
- c) Osmolaritas serum: meningkat tapi <300 m osm/lt
- d) Gas darah arteri pH rendah dan penurunan HCO_3 (asidosis metabolik)

- e) Alkalosis respiratorik
- f) Trombosit darah: meningkat (dehidrasi, leukositosis, hemokonsentrasi, menunjukkan respons terhadap stress/infeksi
- g) Ureum/kreatinin: meningkat/normal hidrasi/penurunan fungsi ginjal
- h) Amilase darah: meningkat > pankreatitis akut
- i) Insulin darah: menurun sampai tidak ada (pada tipe I), normal sampai meningkat pada tipe II yang mengindikasikan insufisiensi insulin
- j) Pemeriksaan fungsi tiroid: peningkatan aktivitas hormon tiroid dapat meningkatkan glukosa darah dan kebutuhan akan insulin
- k) Urine: gula dan aseton positif, dan osmolaritas meningkat
- l) Kultur dan sensitivitas: adanya infeksi pada saluran kemih, infeksi pada luka (Dewi, 2022).
- m) Tes Gula Darah Puasa: dilakukan pertama kali di pagi hari setelah puasa 8 jam. Pemeriksaan glukosa puasa akan lebih baik jika dilakukan pada pagi hari karena bila pemeriksaannya dilakukan telat hingga siang hari maka kemungkinan hasil yang ditunjukkan akan lebih rendah dari 1 mmol/l daripada di pagi hari. Sehingga pemeriksaan pada pagi hari jauh lebih baik dibandingkan pada siang hari. Gula darah puasa yang normal adalah di bawah 100 mg/dL atau 5,6 mmol/l. Jika hasilnya lebih dari 100 mg/dL atau lebih dari 5,6 mmol/l, maka orang tersebut diperkirakan menderita DM (Pranata & Munawaroh, 2020).

n) Tes Gula Darah Sewaktu: dilakukan tanpa puasa terlebih dahulu, sehingga bisa dilakukan kapan saja tanpa puasa. Kadar gula darah normal pada pemeriksaan glukosa darah sewaktu adalah kurang dari 200 mg/dL. Jika mencapai angka 200 mg/dL atau lebih, apalagi jika disertai dengan gejala umum DM seperti buang air kecil, sering merasa haus, sering merasa lapar, mudah mengantuk dan mudah tidur, maka dapat dikatakan bahwa kadar gula darah seseorang yang menderita DM sedang berada pada kadar yang tinggi (Pranata & Munawaroh, 2020).

o) Tes Gula Darah 2 jam post prandial (GD2PP)

Pemeriksaan gula darah 2 jam *post prandial* didefinisikan sebagai konsentrasi glukosa dalam darah 2 jam setelah makan. Jadi, setelah dilakukan pemeriksaan gula darah puasa, pasien diminta untuk makan dan diperiksa kembali gula darahnya 2 jam kemudian. Kadar gula darah 2 jam *post prandial* normalnya adalah <140 mg/dL bagi yang tidak menderita diabetes, jika penderita diabetes normalnya adalah <180 mg/dL (Ernawati et al., 2024).

p) Tes toleransi glukosa oral (TTGO)

Pemeriksaan tes toleransi glukosa oral (TTGO) dilakukan untuk pemeriksaan glukosa apabila ditemukan keraguan hasil glukosa darah. Pemeriksaan dapat dilakukan dengan cara pemberian karbohidrat kepada pasien. Namun sebelum pemberian karbohidrat kepada pasien, ada beberapa hal yang harus

diperhatikan, seperti keadaan status gizi yang normal, sedang tidak mengonsumsi salisilat, diuretik, anti kejang steroid, atau kontrasepsi oral, tidak merokok, dan tidak makan dan minum air apapun selain air putih selama 12 jam sebelum pemeriksaan (Alydrus & Fauzan, 2022).

- q) Tes HbA1C: pemeriksaan HbA1C bertujuan untuk melihat rata-rata kadar gula darah selama 2 – 3 bulan terakhir. Pemeriksaan HbA1C ini tidak dapat digunakan untuk memantau kadar gula darah harian (Pranata & Munawaroh, 2020).

E. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah proses identifikasi masalah kesehatan yang berkaitan dengan kebutuhan fisik, psikologis, dan sosial pasien berdasarkan data pengkajian yang telah dikumpulkan oleh perawat. Diagnosis keperawatan merupakan langkah penting dalam proses keperawatan karena membantu perawat merumuskan merencanakan keperawatan yang spesifik dan efektif untuk membantu pasien mencapai tujuan kesehatan (Herniyatun et al., 2023).

Menurut TIM PPNI (2017), diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap suatu masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian penting dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai pada pasien untuk membantu pasien mencapai kesehatan yang optimal. Mengingat pentingnya diagnosis keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan, maka dibutuhkan standar

diagnosis keperawatan yang dapat diterapkan secara nasional di Indonesia dengan mengacu pada standar diagnosis internasional yang telah dilakukan sebelumnya.

Berikut diagnosis diabetes melitus yang telah ditentukan oleh (Andriani, 2021) berdasarkan TIM PPNI (2017)

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload*
3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena
4. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan
5. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
6. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan
7. Retensi urin berhubungan dengan peningkatan disfungsi neurologis (mis. penyakit saraf)
8. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer
9. Risiko infeksi ditandai dengan penyakit kronis (mis. diabetes melitus)

F. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan dapat diartikan sebagai tahapan pengembangan dalam mencegah, mengurangi dan menyelesaikan masalah klien setelah diidentifikasi, mendiagnosis dalam suatu proses keperawatan. Metode perencanaan dapat menjabarkan sampai di mana kita mampu secara efektif dan efisien dalam menentukan langkah penyelesaian masalah kepada klien (Kurniasari et al., 2023). Berikut rencana keperawatan berdasarkan TIM PPNI (2017):

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin (D. 0027)

Data subjektif: lelah atau lesu

Data objektif: kadar glukosa dalam darah/urin tinggi

Tujuan: kestabilan kadar glukosa darah meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil: koordinasi meningkat, mengantuk menurun, pusing menurun, lelah/lesu menurun, keluhan lapar menurun, kadar glukosa dalam darah membaik.

Perencanaan keperawatan: Manajemen Hiperglikemia (I. 03115)

Observasi: identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis: penyakit kambuhan), monitor kadar glukosa darah, jika perlu, monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis: poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala), monitor intake dan output cairan, monitor keton urin, kadar Analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi

Terapeutik: berikan asupan cairan oral, konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik

Edukasi: anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL, anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, ajarkan indikasi dan

pentingnya pengujian keton urin, jika perlu, ajarkan pengelolaan diabetes (mis: penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan

Kolaborasi: kolaborasi pemberian insulin, jika perlu, kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu, kolaborasi pemberian kalium, jika perlu

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

Data subjektif: dispnea (sesak nafas)

Data objektif: tekanan darah meningkat/menurun, nadi perifer teraba lemah, *capillary refill time* (CRT) >3 detik, oliguria, warna kulit pucat dan/atau sianosis.

Tujuan: curah jantung meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil: kekuatan nadi perifer meningkat, *Ejection fraction* (EF) meningkat, palpitasi menurun, bradikardi menurun, takikardi menurun, gambaran EKG Aritmia menurun, lelah menurun, edema menurun, distensi vena jugularis menurun, dispnea menurun, oliguria menurun, pucat/sianosis menurun, *paroxysmal nocturnal dyspnea* (PND) menurun, ortopnea menurun, batuk menurun, suara jantung S3 menurun, suara jantung S4 menurun, tekanan darah membaik.

Perencanaan keperawatan: Perawatan Jantung (I. 02075)

Observasi: identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, keleleha, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP), identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi,

ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat), monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu), monitor intake dan output cairan, monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama, monitor saturasi oksigen, monitor keluhan nyeri dada (mis: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri), monitor EKG 12 sadapan, monitor aritmia, (kelainan irama dan frekuensi), monitor nilai laboratorium jantung (mis: elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP), monitor fungsi alat pacu jantung, periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis: *beta blocker*, ACE Inhibitor, *calcium channel blocker*, digoksin).

Terapeutik: posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman, berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak), gunakan *stocking* elastis atau pneumatik *intermittent*, sesuai indikasi, fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat, berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu, berikan dukungan emosional dan spiritual, berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%.

Edukasi: anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi, anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap, anjurkan berhenti merokok, ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian, ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian.

Kolaborasi: kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu, rujuk ke program rehabilitasi jantung.

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

Data subjektif: tidak ada

Data objektif: pengisian kapiler (*capillary refill*) >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun

Tujuan: perfusi perifer meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil: denyut nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, edema perifer menurun, pengisian kapiler menurun, akral membaik, turgor kulit membaik.

Perencanaan keperawatan: Perawatan Sirkulasi (I. 02079)

Observasi: periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, *ankle-brachial index*), identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi), monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas

Terapeutik: hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi, hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cidera, lakukan pencegahan infeksi, lakukan perawatan kaki dan kuku, lakukan hidrasi

Edukasi: anjurkan berhenti merokok, anjurkan berolahraga rutin, anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar, anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu, anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta, anjurkan

melakukan perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki), anjurkan program rehabilitasi vascular, ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3), informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)

4. **Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan**

Data subjektif: ortopnea, dispnea, *paroxysmal nocturnal dyspnea* (PND)

Data objektif: edema *anasarca* dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, *jugular venous pressure* (JVP) dan/atau *central venous pressure* (CVP) meningkat, refleks hepatojugular positif

Tujuan: keseimbangan cairan meningkat

Kriteria hasil: asupan cairan meningkat, keluaran urin meningkat, kelembaban membran mukosa meningkat, edema menurun, dehidrasi menurun, tekanan darah membaik, denyut nadi radial membaik, tekanan arteri rata-rata membaik, membran mukosa membaik, mata cekung membaik, turgor kulit membaik.

Perencanaan keperawatan: Manajemen Hipervolemia (I. 03114)

Observasi: periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara nafas tambahan), identifikasi penyebab hipervolemia, monitor status hemodinamik (mis: frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI) jika tersedia, monitor intake dan output cairan, monitor tanda hemokonsentrasi (mis: kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urin), monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis: kadar

protein dan albumin meningkat), monitor kecepatan infus secara ketat, monitor efek samping diuretik (mis: hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hyponatremia).

Terapeutik: timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama, batasi asupan cairan dan garam, tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat

Edukasi: anjurkan melapor jika haluaran urin $<0,5$ mL/kg/jam dalam 6 jam, anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari, ajarkan cara membatasi cairan

Kolaborasi: kolaborasi pemberian diuretik, kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik, kolaborasi pemberian *continuous renal replacement therapy* (CRRT) jika perlu

5. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Data subjektif: tidak ada

Data objektif: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan darah menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat

Tujuan: status cairan membaik setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil: frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, tekanan nadi membaik, membran mukosa membaik, *jugular venous pressure* (JVP) membaik.

Perencanaan keperawatan: Manajemen Hipovolemia (I. 03116)

Observasi: periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin

menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah), monitor intake dan output cairan.

Terapeutik: hitung kebutuhan cairan, berikan posisi *modified Trendelenburg*, berikan asupan cairan oral

Edukasi: anjurkan memperbanyak asupan cairan oral, anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

Kolaborasi: kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCl, RL), kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%), kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate, kolaborasi pemberian produk darah.

6. **Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D. 0019)**

Data subjektif: tidak ada

Data objektif: berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal

Tujuan: status nutrisi membaik setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil; porsi makanan yang dihabiskan meningkat, berat badan membaik, Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik.

Perencanaan keperawatan: Manajemen Nutrisi (I. 03119)

Observasi: identifikasi status nutrisi, identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik, monitor asupan makanan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik: lakukan *oral hygiene* sebelum makan, jika perlu, fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan), sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, berikan suplemen makanan, jika perlu, hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi: ajarkan posisi duduk, jika mampu, ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi: kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu

7. **Retensi urin berhubungan dengan peningkatan disfungsi neurologis (mis. penyakit saraf) (D. 0050)**

Data subjektif: sensasi penuh pada kandung kemih

Data objektif: disuria/anuria, distensi kandung kemih

Tujuan: eliminasi urin membaik setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil: sensasi berkemih meningkat, desakan berkemih menurun (urgensi), distensi kandung kemih menurun, berkemih tidak tuntas (*hesitancy*) menurun, volume residu urine menurun, urin menetes (*dribbling*) menurun, nokturia menurun, mengompol menurun, *enuresis* menurun.

Perencanaan keperawatan: Kateterisasi Urin (I. 04148)

Observasi: periksa kondisi pasien (mis: kesadaran, tanda-tanda vital, daerah perineal, distensi kandung kemih, inkontinensia urin, refleks berkemih)

Terapeutik: siapkan peralatan, bahan-bahan, dan ruangan tindakan, siapkan pasien: bebaskan pakaian bawah dan posisikan dorsal rekumben (untuk wanita) dan *supine* (untuk laki-laki), pasang sarung tangan, bersihkan daerah perineal atau preposium dengan cairan NaCl atau aquades, lakukan insersi kateter urin dengan menerapkan prinsip aseptik, sambungkan kateter urin dengan urin bag, isi balon dengan NaCl 0,9 % sesuai anjuran pabrik, fiksasi selang kateter di atas simpisis atau di paha, pastikan urin bag ditempatkan lebih rendah dari kandung kemih, berikan label waktu pemasangan

Edukasi: jelaskan tujuan dan prosedur pemasangan kateter urin, anjurkan menarik napas saat insersi selang kateter

8. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D. 0055)

Data subjektif: mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup

Data objektif: tidak tersedia

Tujuan: integritas kulit dan jaringan menurun setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil: kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun.

Perencanaan keperawatan: Dukungan Tidur (I. 05174)

Observasi: identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)

Terapeutik: ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring, lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu, bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare, gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering, gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif, hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

Edukasi: anjurkan menggunakan pelembab (mis: *lotion*, serum), anjurkan minum air yang cukup, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur, anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim, anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah, anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

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

Faktor risiko: penyakit kronis (mis: diabetes melitus), efek prosedur invasive, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik; kerusakan integritas kulit; perubahan sekresi pHL penurunan kerja siliraris; ketuban pecah lama; ketubah pecah sebelum waktunya; merokok; status cairan

tubuh), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin; immunosupresi; leukopenia; supresi respon inflamasi; vaksinasi tidak adekuat)

Tujuan: tingkat infeksi menurun setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil: demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, kadar sel darah putih membaik.

Perencanaan keperawatan: Pencegahan Infeksi (I.14539)

Observasi: monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik: batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Edukasi: jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan etika batuk, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi: kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

G. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahapan yang melibatkan tindakan pelaksanaan intervensi keperawatan yang sebenarnya dari keseluruhan rencana asuhan keperawatan. Dikatakan “kenyataannya adalah kemungkinan besar tidak semua rencana intervensi keperawatan yang telah disusun pada tahap sebelumnya, dilakukan sepenuhnya oleh perawat” (Kurniasari et al., 2023).

Menurut Teli (2020) tahap implementasi keperawatan atau pelaksanaan keperawatan, antara lain:

1. Mengkaji ulang

Perawat melakukan pengkajian ulang untuk mengetahui apakah tindakan tersebut masih dibutuhkan oleh klien atau tidak.

2. Menentukan kebutuhan akan asisten perawat

Sebelum melakukan implementasi, perawat melakukan pengkajian apakah tindakan dapat dilaksanakan oleh perawat seorang diri atau membutuhkan asisten.

3. Melaksanakan tindakan keperawatan

Perawat secara teratur mengkaji respon klien terhadap pelaksanaan tindakan yang telah dilakukan.

4. Dokumentasikan tindakan keperawatan

Perawat mendokumentasikannya ke dalam format catatan keperawatan dan memberi tanda tangan.

H. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahapan terakhir dari proses asuhan keperawatan, di mana suatu proses untuk mengukur keberhasilan (tujuan tercapai, tercapai sebagian atau tidak tercapai) dan tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada klien. Untuk mengevaluasi proses asuhan keperawatan, perawat harus membandingkan kesesuaian antara tujuan intervensi keperawatan dan respon yang diberikan oleh klien. Selain itu, evaluasi digunakan untuk menjamin kualitas dari pelayanan keperawatan kepada klien (Kurniasari et al., 2023).

Menurut (Teli, 2020) tahapan evaluasi dalam melakukan keperawatan, antara lain:

1. Mengidentifikasi kriteria hasil, sehingga perawat dapat mengukur keberhasilan pencapaian tujuan
2. Mengumpulkan data yang berkaitan dengan pencapaian kriteria hasil
3. Membandingkan data klien dengan kriteria hasil dan menggambarkan kesimpulan tentang masalah klien
4. Mengulang dan memodifikasi perencanaan
5. Mendokumentasikan catatan perkembangan

BAB III

TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini penulis akan membahas asuhan keperawatan yang diberikan kepada Tn. V dengan diabetes melitus tipe 2 di lantai 13 ruang penyakit dalam kamar 1301 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara. Asuhan keperawatan ini dilaksanakan pada tanggal 21 Mei 2024 sampai 23 Mei 2024. Dalam penyusunan laporan penulis menggunakan pendekatan pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah penulis lakukan maka diperoleh data antara lain, Pasien Bernama Tn. V laki-laki dengan usia 66 tahun, sudah menikah, suku batak, agama kristen, pendidikan SMP, bahasa yang digunakan bahasa Indonesia, pensiun, alamat Kebon Baru Gg. Pipit III No. 37 Rt. 09/10, sumber biaya BPJS, sumber informasi berasal dari pasien, pasien masuk pada tanggal 20 Mei 2024, di ruang penyakit dalam kamar 1301 dengan nomor register 00220959 dengan diagnosis medis Diabetes Melitus Tipe 2.

2. Resume

Pasien bernama Tn. V masuk ke Rumah Sakit Umum Daerah Koja pada

pada tanggal 20 Mei 2024 pukul 17.42 WIB diantar oleh keluarga ke IGD dengan keluhan batuk berdahak, kepala pusing dan nyeri kepala sejak 3 hari yang lalu, mual tidak disertai muntah, seluruh badan sakit, kaki kanan bengkak sudah seminggu yang lalu.

Pasien tampak meringis sambil memegang kepala, pasien mengatakan kurang nafsu makan sejak kemarin, pasien mengatakan porsi makannya hanya $\frac{1}{2}$ porsi, pasien memiliki DM sejak 30 tahun yang lalu, namun terkadang pasien mengkonsumsi minuman alkohol jika ada arisan tiap sebulan sekali. Keadaan umum pasien kompos mentis GCS: E4M6V5, tekanan darah: 158/76 mmHg, frekuensi nadi: 110 x/menit, frekuensi napas: 20 x/menit, suhu: 37°C, SpO₂: 100%.

Masalah keperawatan yang telah muncul pada pasien berdasarkan data di atas, nyeri akut dan perfusi perifer tidak efektif, tindakan keperawatan mandiri dan kolaborasi yang telah dilakukan yaitu mengkaji pengkajian umum, mengkaji tanda-tanda vital pasien, mengkaji pengkajian fisik nyeri pada kepala pasien, mengajarkan pasien teknik non farmakologis relaksasi nafas dalam.

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan: pada tanggal 20 Mei 2024 pasien terpasang infus Asering 500 cc/24 jam, memonitor tanda-tanda vital pasien, melakukan pengkajian fisik terutama pada bagian kepala. Dengan diagnosis pasien nyeri akut memberikan teknik non farmakologis relaksasi napas dalam dan memberikan kenyamanan, mendapatkan injeksi intravena omeprazole 40 mg, mendapatkan obat oral paracetamol 500 mg.

Pasien dilakukan pemeriksaan darah lengkap, jumlah hemoglobin *12,3 g/dL (13,5 – 8,0) ↓, jumlah hematokrit *35,2 % (42,0 – 52,0) ↓, jumlah eritrosit *4,09 juta/U1 (4,70 – 6,0) ↓, jumlah leukosit 6,72 10³/uL (4,00 – 10,50), jumlah trombosit 248 10³/uL (163 – 337), MCV 86 fL (78 – 100), MCH 30 pg (27 – 31), MCHC 35 g/dL (32 – 36), RDW-CV 12,1 % (11,5 – 14,0), basofil 0,6 % (0,2 – 1,2), eosinofil 2.1 % (0.8 – 7.0), neutrofil *77.2 % (34.0 – 67.9), limfosit *10.1 10³/uL (21.8 – 53.1), monosit 10.0 10³/uL (5.3 – 12.2), eosinofil *absolute* 0.14 10³/uL, basofil *absolute* 0.04 10³/uL, neutrofil *absolute* 5.19 10³/uL, limfosit *absolute* 0.68 10³/uL, monosit *absolute* 0.67 10³/uL, NLR 7.64, natrium 140 mEq/L (135 – 147), kalium *3.40 mEq/L (3.5 – 5.0) ↓, klorida 103 mEq/L (96 – 108), eGFR (CKD-EPI) *74.0 mL/min/1.73 m² ↓, kreatinin 1.10 mg/dL (0.67 – 1.17), ureum 36.5 mg/dL (16.6 – 48.5).

3. Riwayat Penyakit Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan sekarang

Keluhan utama pasien adalah kepala pusing sejak 3 hari yang lalu, batuk-batuk sejak kemarin, seluruh badan pegal-pegal, merasa mual tidak disertai muntah, kaki kanan bengkak sudah seminggu yang lalu, sering merasa haus, sering buang air kecil, dan terkadang kaki kesemutan.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien memiliki riwayat DM sejak 30 tahun yang lalu, dan riwayat hipertensi.

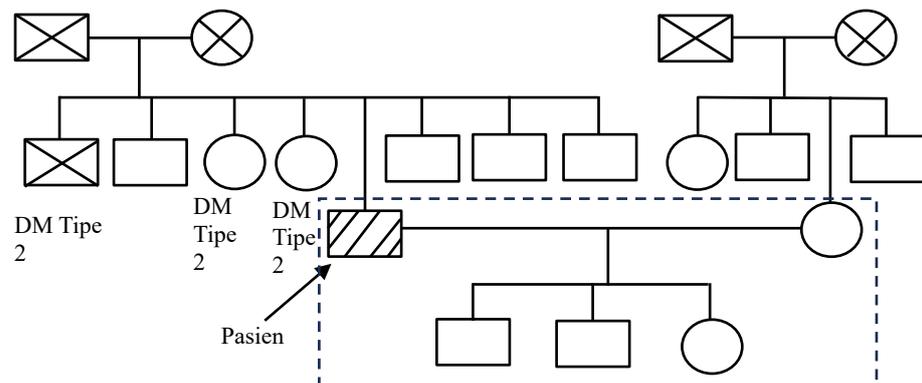
1) Riwayat alergi (Obat, makanan, binatang, lingkungan)

Pasien memiliki alergi pada telur

2) Riwayat pemakaian obat

Pasien minum obat metformin dan glibenklamid

c. Riwayat Kesehatan Keluarga



Keterangan:

Gambar 3. 1 Genogram

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

— : Menikah

| : Garis Keturunan

⊗ : Meninggal

↗ : Pasien

⋯ : Serumah

Pasien mengatakan ayah dan ibu pasien sudah meninggal, tetapi pasien hanya tau meninggal karena usia sudah tua, tidak mengetahui dengan pasti apakah penyebab kematiannya karena penyakit atau bukan. Pasien mengatakan anak ke 5 dari 8 bersaudara. Pasien mengatakan di antara saudaranya, terdapat 3 saudara yang menderita diabetes melitus tipe 2.

Pasien mengatakan kakak pertamanya meninggal karena penyakit yang dideritanya.

1) Penyakit yang diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor risiko yaitu keluarga pasien yaitu kakak dan adik pasien memiliki riwayat DM

2) Riwayat psikososial dan spiritual

Orang terdekat dengan pasien adalah istrinya. Pola komunikasi dalam keluarga adalah dua arah di mana istri pasien sebagai pengambil keputusan, pasien tidak mengikuti kegiatan kemasyarakatan.

Dampak penyakit pasien terhadap keluarga yaitu pasien tidak bisa membantu istrinya berdagang lagi, masalah yang mempengaruhi pasien sendiri adalah pasien tidak dapat membantu istrinya berdagang, dan melakukan aktivitas seperti biasanya.

Mekanisme koping yang digunakan pasien bila ada masalah pasien tidur dan istirahat. Hal yang sangat dipikirkan pasien saat ini ingin cepat pulang. Harapan setelah menjalani perawatan pasien ingin membantu istri berdagang lagi. Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit pasien belum bisa membantu istrinya berdagang dan melakukan aktivitas seperti biasanya. Tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan pasien, aktivitas keagamaan/kepercayaan yang dilakukan pasien adalah berdoa dan beribadah, kondisi lingkungan rumah pasien bersih dan rapi.

d. Pola Kebiasaan

1) Pola nutrisi

Sebelum sakit: pasien makan 3x/hari, nafsu makan kurang baik, menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan, pasien alergi telur, tidak ada makanan yang tidak disukai, pasien pantang makan telur, diit yang dilakukan oleh pasien mengurangi makanan/minuman manis, membatasi makanan yang mengandung garam, pasien tidak mengkonsumsi obat-obatan sebelum makan, tidak ada penggunaan alat bantu makan.

Di rumah sakit: pasien makan 3x/hari, pasien nafsu makan tidak baik, pasien hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan, pasien ada alergi telur. pasien pantangan makanan yaitu telur, tidak ada diit yang dilakukan oleh pasien, pasien tidak mengkonsumsi obat-obatan sebelum makan, tidak ada penggunaan alat bantu makan.

2) Pola Eliminasi

Sebelum sakit: pasien bak sebanyak 5-6x/hari, buang air kecil berwarna kuning jernih, tidak ada kesulitan dalam berkemih, tidak menggunakan alat bantu berkemih, buang air besar sebanyak 1x/hari, pasien bab tidak tentu, warna kecokelatan, konsistensi padat, tidak ada keluhan dalam bab, dan tidak ada penggunaan laxatif.

Di rumah sakit: pasien buang air kecil sebanyak 900 cc, bak berwarna kuning bening, tidak ada keluhan dalam berkemih, pasien menggunakan alat bantu kateter, pasien belum bab sejak masuk rumah sakit, dan tidak ada penggunaan laxatif.

3) Pola Personal *Hygiene*

Sebelum sakit: pasien mandi 2x/hari, pasien mandi pagi hari dan sore hari, pasien gosok gigi 2x/hari tiap pagi dan sore hari, pasien keramas tiap 1x/minggu.

Di rumah sakit: pasien belum mandi sejak masuk rumah sakit, pasien belum gosok gigi sejak masuk rumah sakit, pasien belum keramas sejak masuk rumah sakit.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit: pasien tidur siang selama 2 jam, lama tidur malam adalah 8 jam, pasien suka bermain hp sebelum tidur.

Di rumah sakit: pasien tidur siang selama 1 – 2 jam/hari, pasien tidur malam selama 4 – 5 jam/hari, pasien tetap suka bermain hp sebelum tidur.

5) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit: pasien berdagang di pagi hari sampai sore hari, pasien tidak pernah olahraga, tidak ada jenis olahraga yang dilakukan, pasien tidak memiliki keluhan ketika melakukan aktivitas berat.

Di rumah sakit: pasien hanya main hp, tidak ada aktivitas berat yang dilakukan pasien, pasien tidak ada keluhan dalam beraktivitas ringan.

6) Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Sebelum sakit: pasien mengatakan sudah berhenti merokok, lama pemakaian merokok sudah 20 tahun. Pasien mengatakan terkadang minum-minuman alkohol saat arisan setiap sebulan sekali.

4. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Fisik Umum

Pasien kini memiliki berat badan sakit 68 kg dan sebelum sakit 70 kg, tinggi badan 165 cm, tekanan darah 131/55 mmHg, frekuensi nadi 84 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu tubuh 36,7°C, SpO₂ 100%, denyut nadi teraba kuat, keadaan umum ringan, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening pada kedua sisi.

b. Sistem Penglihatan

Sisi mata pasien tampak simetris, kelopak mata tampak normal, pergerakan bola mata tampak normal, konjungtiva anemis, kornea tampak normal, sklera anikterik, pupil isokor, tidak ada kelainan pada otot-otot mata, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda-tanda radang, tidak ada pemakaian kaca mata, tidak ada pemakaian lensa kontak, reaksi terhadap cahaya baik pada mata pasien.

c. Sistem Pendengaran

Kedua daun telinga tampak normal, karakteristik serumen tidak berbau, kondisi telinga tengah tampak normal, tidak ada cairan dari telinga, tidak ada perasaan penuh di telinga, tidak ada tinnitus, fungsi pendengaran normal, tidak ada pemakaian alat bantu pendengaran.

d. Sistem Wicara

Pasien tidak mengalami gangguan wicara, pasien berbicara normal.

e. Sistem Pernafasan

Jalan nafas bersih tidak ada sumbatan, pernafasan tidak sesak, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, frekuensi nafas 20 x/menit, irama teratur, jenis pernafasan spontan, kedalaman nafas dalam, batuk tidak produktif, terdapat sputum, tidak terdapat darah, pada palpasi dada tidak terdapat benjolan, tidak ada kelainan pada perkusi dada, suara nafas grok-grok, tidak ada nyeri saat bernafas, tidak ada penggunaan alat bantu nafas.

f. Sistem Kardiovaskuler

1) Sirkulasi perifer

Frekuensi nadi 84 x/menit, irama teratur, tekanan darah 131/55 mmHg, tidak ditemukannya distensi vena jugularis pada sebelah kanan dan kiri, temperatur kulit pasien teraba hangat, warna kulit tampak pucat, dan ditemukan ada edema pada ekstremitas bawah dextra, derajat 2 dengan kedalaman 3 – 4 mm, pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer tidak teraba, akral teraba dingin.

2) Sirkulasi Jantung

kecepatan denyut nadi apikal pasien 96 x/menit dengan irama jantung teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak terdapat nyeri dada.

g. Sistem Hematologi

Pasien tampak pucat, tidak ditemukan adanya perdarahan.

h. Sistem Syaraf Pusat

Pasien mengeluh pusing, kesadaran kompos mentis, GCS (E4M6V5), tidak ada tanda-tanda peningkatan intrakranial, pasien tidak mengalami gangguan sistem syaraf, pemeriksaan fisiologis normal, dan reflek patologis normal.

i. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut gigi tidak ada caries, tidak ada penggunaan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah tidak kotor, salifa normal, pasien tidak ada muntah, tidak ada nyeri pada daerah perut, bising usus 20 x/menit, tidak ada diare, pasien mengalami konstipasi, hepar tidak teraba, abdomen lembek.

j. Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak berbau keton, tidak terdapat luka gangren.

k. Sistem Urogenital

Balance cairan pasien per 24 jam pada tanggal 21 Mei 2024, intake: 500 cc, injeksi 42 cc, oral 800 cc total intake 1.342 cc dan output: urin 900 cc, balance +442. Pasien tidak mengalami perubahan pola berkemih, urin berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan nyeri pinggang.

l. Sistem Integumen

Keadaan temperatur 36,7°C hangat, warna kulit pucat, tampak edema ekstremitas bawah dextra, akral teraba dingin, tidak ada kelainan pada kulit, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik, keadaan tekstur rambut baik, dan bersih, tidak terdapat luka gangren.

m. Sistem Muskuloskeletal

Tidak mengalami kesulitan dalam pergerakan kaki, tidak mengalami sakit pada tulang, sendi, dan kulit, tidak ada fraktur, tidak ada kelainan bentuk tulang sendi, tidak ada kelainan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot ekstremitas atas bawah kanan 5555 dan ekstremitas bawah kiri 5555.

5. Data Tambahan (Pemahaman tentang penyakit)

Pasien sudah mengetahui memiliki DM 30 tahun yang lalu.

6. Data Penunjang

Pasien dilakukan pemeriksaan darah lengkap pada tanggal 20 Mei 2024 hemoglobin *12.3 g/dL (13.5 – 18.0) ↓, jumlah leukosit $6.72 \times 10^3/uL$ (4.00 – 10.50), hematokrit *35.2 % (42.0 – 52.0) ↓, jumlah trombosit $248 \times 10^3/uL$ (163 – 337), jumlah eritrosit *4.09 juta/U1 (4.70 – 6.00) ↓, MCV 86 fL (78 – 100), MCH 30 pg (27 – 31), MCHC 35 g/dl (32 – 36), RDW-CV 12.1 % (11.5 – 14.0), basofil 0.6 % (0.2 – 1.2), eosinofil 2.1 % (0.8 – 7.0), neutrofil *77.2 % (34.0 – 67.9), limfosit *10.1 $10^3/uL$ (21.8 – 53.1), monosit $10.0 \times 10^3/uL$ (5.3 – 12.2), eosinofil *absolute* $0.14 \times 10^3/uL$, basofil *absolute* $0.04 \times 10^3/uL$, neutrofil *absolute* $5.19 \times 10^3/uL$, limfosit *absolute* $0.68 \times 10^3/uL$, monosit *absolute* $0.67 \times 10^3/uL$, NLR 7.64, natrium 140 mEq/L (135 – 147), kalium *3.40 mEq/L (3.5 – 5.0) ↓, klorida 103 mEq/L (96 – 108), eGFR (CKD-EPI) *74.0 mL/min/1.73 m² ↓, kreatinin 1.10 mg/dL (0.67 – 1.17), ureum 36.5 mg/dL (16.6 – 48.5).

7. Penatalaksanaan

Terapi injeksi: cairan infus Asering 500 cc/24 jam pukul 12.00 WIB, terapi injeksi ceftriaxone (untuk mengatasi bakteri) 1 x 2 vial/24 jam pukul 11.00

WIB, terapi injeksi ondansetron (untuk mencegah serta mengobati mual) 2 x 8 mg/24 jam pukul 11.00 WIB dan pukul 23.00 WIB, terapi injeksi omeprazole (untuk mengatasi masalah asam lambung) 2 x 40 mg/24 jam pukul 11.00 WIB dan pukul 23.00 WIB, terapi injeksi lasix furosemide (untuk mengatasi edema) 1 x 2 ampul/24 jam pukul 11.00 WIB. **Terapi obat:** obat oral OBH Sirup (untuk meredakan batuk berdahak) 3 x 15 ml/24 jam pukul 06.00 WIB, pukul 11.00 WIB, dan pukul 23.00 WIB, candesartan (untuk menurunkan tekanan darah) 1 x 16 mg/24 jam dalam bentuk tablet pukul 11.00 WIB, pukul 16.00 WIB.

8. Data Fokus

Tanggal 21 Mei 2024

Data Subjektif:

Pasien mengatakan kepala pusing sejak 3 hari yang lalu, pasien mengatakan batuk-batuk sejak kemarin, pasien mengatakan dahaknya susah keluar, pasien mengatakan kaki kanannya bengkak sudah seminggu yang lalu, pasien mengatakan “bagian kaki yang bengkak kalau ditekan terasa nyeri sus”, pasien mengatakan terkadang kakinya merasa kesemutan, pasien mengatakan seluruh badan pegal-pegal, sering merasa haus, dan sering buang air kecil. Pasien mengatakan merasa mual tapi tidak disertai muntah, pasien mengatakan kurang nafsu makan karena rasa makanan yang kurang enak, dan porsi makan yang dihabiskan ½ porsi. Pasien mengatakan susah tidur siang dan malam hari. Pasien mengatakan tidurnya tidak puas. Pasien mengeluh istirahatnya menjadi tidak cukup karena susah tidur. Pasien mengatakan masih minum-minuman beralkohol saat arisan setiap sebulan

sekali. Pasien mengatakan memiliki DM sejak 30 tahun yang lalu. Pasien mengatakan jarang berolahraga.

Data Objektif:

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 131/55 mmHg, frekuensi nadi: 84 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36,7°C, SpO₂: 100%. Pasien batuk tidak efektif, tampak batuk-batuk tapi dahak tidak keluar, terdengar bunyi nafas grok-grok. pasien tampak lesu, kantung mata pasien tampak hitam, tampak edema pada ekstremitas bawah dextra, derajat 2 dengan kedalaman 3 – 4 mm, CRT > 3 detik, nadi perifer tidak teraba, akral teraba dingin, dan warna kulit tampak pucat. Pasien tampak pucat. Pasien tampak lesu, kantung mata pasien tampak hitam. Pasien tampak menghabiskan makanan hanya ½ porsi. Hasil pemeriksaan GDS: 139 mg/dL (jam 18.30 WIB, 20/5/2024), dan 262 mg/dL (jam 21.30 WIB 20/5/2024), jadwal cek gula darah pasien hari senin, rabu dan jum'at. Pasien terpasang selang kateter. Balance cairan pasien per 24 jam pada tanggal 21 Mei 2024, intake: 500 cc, injeksi 42 cc, oral 800 cc total intake 1.342 cc dan output: urin 900 cc, balance +442. Berat badan pasien sebelum masuk rumah sakit 70 kg dan setelah masuk rumah sakit 68 kg, IMT pasien $68/1.56 \times 1.56 = 28 \text{ kg/m}^2$, pasien termasuk dalam kategori obesitas I. Hasil pemeriksaan darah lengkap pada tanggal 20 Mei 2024 hemoglobin *12.3 g/dL (13.5 – 18.0) ↓, hematokrit *35.2 % (42.0 – 52.0) ↓, jumlah eritrosit *4.09 juta/U1 (4.70 – 6.00) ↓, kalium *3.40 mEq/L (3.5 – 5.0) ↓, eGFR (CKD-EPI) *74.0 mL/min/1.73 m² ↓.

9. Analisa Data

Tabel 3. 1 Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan batuk-batuk sejak kemarin - Pasien mengatakan dahaknya susah keluar <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR: 20 x/menit - Terdengar bunyi nafas grok-grok - Pasien batuk tidak efektif <p>Pasien tampak batuk-batuk tapi dahak tidak keluar</p>	<p>Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001)</p>	<p>Sekresi yang tertahan</p>
2.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan memiliki DM sejak 30 tahun yang lalu - Pasien mengatakan kepala pusing sejak 3 hari yang lalu - Pasien mengatakan sering buang air kecil 	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)</p>	<p>Resistensi insulin</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sering merasa haus <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil GDS (20/5/2024) <li style="padding-left: 20px;">Jam 18.30 WIB: 139 mg/dL <li style="padding-left: 20px;">Jam 21.30 WIB: 262 mg/dL 		
3.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kaki kanannya bengkak sudah seminggu yang lalu - Pasien mengatakan “bagian kaki yang bengkak kalau ditekan terasa nyeri sus” - Pasien mengatakan terkadang kakinya merasa kesemutan <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak edema di ekstremitas bawah dextra - Derajat edema 2 dengan kedalaman 3 – 4 mm - CRT > 3 detik - Nadi perifer tidak teraba - Akral teraba dingin 	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)	Penurunan aliran arteri dan/atau vena

	<ul style="list-style-type: none"> - Warna kulit tampak pucat - Hasil pemeriksaan laboratorium (20/5/2024): Hemoglobin: 12.3 g/dL (13.5 – 18.0) ↓ Hematokrit: 35.2 % (42.0 – 52.0) ↓ 		
4.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kaki kanannya bengkak sudah seminggu yang lalu <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak edema pada ekstremitas bawah dextra - Derajat edema 2 dengan kedalaman 3 – 4 mm - Balance cairan/24 jam, intake: infus 500 cc, injeksi 42 cc, oral 800 cc jadi total intake adalah 1.342 cc dan output: urin 900 cc, balance +442. - Hasil pemeriksaan laboratorium (20/5/2024): 	Hipervolemia (D.0022)	Gangguan mekanisme regulasi

	eGFR: 74.0 mL/min/1.73 m ² ↓		
5.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa mual tapi tidak disertai muntah - Pasien mengatakan kurang nafsu makan karena rasa makanan yang kurang enak, - Pasien mengatakan porsi makan yang dihabiskan ½ porsi <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak menghabiskan makanan hanya ½ porsi 	Nausea (D.0076)	Rasa makanan/minuman yang tidak enak
6.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan susah tidur siang dan malam hari. - Pasien mengatakan tidurnya tidak puas. - Pasien mengeluh istirahatnya menjadi tidak cukup karena susah tidur 	Gangguan pola tidur (D.0055)	Kurang kontrol tidur

	<p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lesu - Kantung mata pasien tampak hitam 		
--	--	--	--

B. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan analisa data di atas, maka dirumuskan diagnosa keperawatan sesuai prioritas, yaitu:

Tanggal 21 Mei 2024

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin
3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena
4. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
5. Nausea berhubungan dengan rasa makanan/minuman yang tidak enak
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

1. **Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan**

Data Subjektif: pasien mengatakan batuk-batuk sejak kemarin, pasien mengatakan dahaknya susah keluar

Data Objektif: RR: 20 x/menit, terdengar bunyi nafas grok-grok, pasien batuk tidak efektif, pasien tampak batuk-batuk tapi dahak tidak keluar

Tujuan dan kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil: produksi sputum menurun dengan menunjukkan pasien mengatakan tidak ada dahak, frekuensi nafas dalam rentang normal (16 – 20 x/menit), (suara nafas tidak terdengar grok-grok/normal, batuk efektif meningkat dilihat dengan pasien mampu melakukan teknik batuk efektif, tidak ada keluhan dahak susah keluar.

Rencana Tindakan Keperawatan: Latihan Batuk Efektif (I.01006)

Observasi: identifikasi kemampuan batuk setiap pagi, monitor adanya retensi sputum, monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas untuk mengetahui ada tanda dan gejala infeksi atau tidak, monitor tanda-tanda vital, terutama frekuensi nafas

Terapeutik: atur posisi semi-fowler dan fowler untuk kenyamanan posisi pasien, pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien, buang sekret pada tempat sputum, berikan minum air hangat untuk membantu memudahkan pengenceran dahak

Edukasi: jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif, anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik, anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali, anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam

Kolaborasi: kolaborasi pemberian obat OBH sirup (untuk meredakan batuk) 3 x 15 ml/24 jam pukul 06.00 WIB, pukul 11.00 WIB, dan pukul 23.00 WIB

Penatalaksanaan**Tanggal 21 Mei 2024**

Pukul 06.00 WIB berkolaborasi pemberian ekspektoran, pasien minum obat OBH sirup 1 x 15 cc melalui oral. Pukul 09.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 133/60 mmHg, frekuensi nadi: 95 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36°C. Pukul 09.30 WIB mengidentifikasi kemampuan batuk, pasien mampu batuk tapi batuk tidak efektif. Pukul 10.30 WIB melatih pasien batuk efektif, pasien dapat mengikuti latihan batuk dengan baik, tampak belum ada dahak yang keluar. Pukul 11.00 WIB berkolaborasi pemberian ekspektoran, pasien minum obat OBH sirup 1 x 15 cc melalui oral. Pukul 12.10 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 131/55 mmHg, frekuensi nadi: 82 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh 36,7°C, saturasi oksigen: 100%. Pukul 15.00 WIB memonitor retensi sputum, terdengar bunyi nafas grok-grok, pasien mengatakan dahak susah keluar. Pukul 15.30 WIB memberikan minum air hangat, pasien minum air hangat. Pukul 16.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 132/67 mmHg, frekuensi nadi: 90 x/menit, frekuensi nafas: 22 x/menit, suhu tubuh 36°C. Pukul 23.00 WIB berkolaborasi pemberian ekspektoran, pasien minum obat OBH sirup 1 x 15 cc melalui oral.

Tanggal 22 Mei 2024

Pukul 06.00 WIB berkolaborasi pemberian ekspektoran, pasien minum obat OBH sirup 1 x 15 cc melalui oral. Pukul 07.00 WIB memonitor tanda-tanda

vital pasien, tekanan darah: 123/78 mmHg, frekuensi nadi: 78 x/menit, frekuensi

nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36,8°C, saturasi oksigen: 100%. Pukul 08.23 mengevaluasi latihan batuk efektif, pasien mampu melakukan ulang latihan batuk efektif yang pernah diajarkan, tampak batuk efektif dan dahak berkurang. Pukul 08.30 WIB mengidentifikasi kemampuan batuk, pasien tampak batuk efektif, tampak ada dahak yang keluar. Pukul 09.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 120/80 mmHg, frekuensi nadi: 90 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36°C. Pukul 11.00 WIB berkolaborasi pemberian ekspektoran, pasien minum obat OBH sirup 1 x 15 cc melalui oral. Pukul 12.00 WIB memonitor retensi sputum, pasien mengatakan dahak keluar saat melakukan teknik batuk efektif pada pagi hari. Pukul 13.00 WIB memberikan minum air hangat, pasien minum air hangat. Pukul 18.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 120/80 mmHg, frekuensi nadi: 80 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36°C. Pukul 23.00 WIB berkolaborasi pemberian ekspektoran, pasien minum obat OBH sirup 1 x 15 cc melalui oral.

Tanggal 23 Mei 2024

Pukul 07.00 WIB mengidentifikasi kemampuan batuk, pasien mengatakan “batuk saya sudah berhenti sus, dahak juga sudah tidak ada”. Pukul 10.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 121/80 mmHg, frekuensi nadi: 80 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36°C, saturasi oksigen: 100%. Pukul 12.30 WIB mengevaluasi latihan batuk

efektif, pasien mengatakan “saya masih ingat sus caranya, pertama tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, lalu keluarkan dari mulut, lakukan tarik nafas dalam sampai 3 kali, setelah tarik nafas dalam yang ke 3 batuk dengan kuat”, pasien mampu melakukan latihan batuk efektif dengan baik, dan tidak ada dahak. Pukul 13.00 WIB memberikan air hangat, pasien minum air hangat.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 23 Mei 2024 pukul 14.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan “batuk saya sudah berhenti, sudah tidak ada dahak sus”, “saya masih ingat cara batuk efektif”

Objektif: pasien mampu melakukan teknik batuk efektif, tidak ada dahak, suara nafas tidak terdengar grok-grok/normal, frekuensi nafas: 20 x/menit.

Analisa: tujuan keperawatan tercapai

Perencanaan: intervensi bersihan jalan nafas dipertahankan (identifikasi kemampuan batuk, monitor tanda-tanda vital terutama frekuensi nafas, berikan minum air hangat, monitor adanya retensi sputum, anjurkan lakukan batuk efektif yang sudah diberikan).

2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

Data Subjektif: Pasien mengatakan memiliki DM sejak 30 tahun yang lalu. Pasien mengatakan pusing sejak 3 hari yang lalu. Pasien mengatakan sering buang air kecil dan sering merasa haus.

Data Objektif: Hasil GDS 20/5/2024, 139 mg/dL (jam 18.30 WIB), 262 mg/dL (jam 21.30 WIB).

Tujuan dan kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah membaik dengan kriteria hasil: kadar glukosa dalam darah membaik dengan nilai gula darah <200 mg/dL, pusing menurun dengan menunjukkan pasien tidak mengeluh pusing, rasa haus menurun dengan menunjukkan pasien tidak mengeluh haus terus-menerus

Rencana Tindakan Keperawatan: Manajemen Hiperglikemia (I.03115)

Observasi: identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, monitor kadar glukosa darah setiap (hari senin, rabu dan jumat pada pukul 06.00 WIB, pukul 11.00 WIB, dan 16.00 WIB), monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis: poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) setiap hari.

Terapeutik: berikan asupan cairan oral setiap (pagi, siang, dan malam), laporkan jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap dan ada atau memburuk ke perawat ruangan

Edukasi: anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga setiap hari

Kolaborasi: kolaborasi pemberian cairan infus Asering 500 cc/24 jam pukul 12.00 WIB melalui IV

Penatalaksanaan

Tanggal 21 Mei 2024

Pukul 07.00 WIB memberikan asupan cairan oral, pasien minum 300 cc.

Pukul 09.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 133/60 mmHg, frekuensi nadi: 95 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu

tubuh: 36°C. Pukul 10.00 WIB mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, pasien mengatakan “saya masih minum-minuman alkohol kalau ada arisan tiap sebulan sekali, saya tidak pernah berolahraga”. Pukul 10.20 memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis: poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala), pasien mengatakan sering buang air kecil, sering merasa haus, kepala pusing. Pukul 12.00 WIB kolaborasi pemberian cairan IV, cairan infus Asering 500 cc/24 jam. Pukul 12.10 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 131/55 mmHg, frekuensi nadi: 84 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36,7°C, saturasi oksigen: 100%. Pukul 13.00 WIB memberikan asupan cairan oral, pasien minum 500 cc. Pukul 16.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 132/67 mmHg, frekuensi nadi: 90 x/menit, frekuensi nafas: 23 x/menit, suhu tubuh: 36°C, saturasi oksigen: 100%. Pukul 19.00 WIB memberikan asupan cairan oral, pasien minum 500 cc. Pukul 21.00 WIB menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, pasien mengatakan “saya akan berolahraga jika sudah keluar dari rumah sakit sus”.

Tanggal 22 Mei 2024

Pukul 06.00 WIB memonitor kadar glukosa darah, hasil GDS 196 mg/dL. Pukul 07.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 123/78 mmHg, frekuensi nadi: 78 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36,8°C, saturasi oksigen: 100%. Pukul 07.30 WIB memberikan cairan oral, pasien minum 400 cc. Pukul 09.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 120/80 mmHg, frekuensi nadi: 90 x/menit,

frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36°C. Pukul 09.50 WIB memonitor tanda dan gejala hiperglikemia “saya masih sering merasa haus, dan sering buang air kecil sus”. Pukul 10.00 WIB menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, pasien belum memakan *snack* roti tanpa gula yang disediakan dari rumah sakit. Pukul 10.17 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 126/58 mmHg, frekuensi nadi: 64 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36,2°C. Pukul 11.00 WIB memonitor kadar glukosa darah, hasil GDS 229 mg/dL. Pukul 12.00 WIB kolaborasi pemberian cairan IV, infus Asering 500 cc/24 jam. Pukul 12.30 WIB melaporkan tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada ke perawat penanggung jawab. Pukul 13.00 WIB memberikan cairan oral, pasien minum 500 cc. Pukul 14.00 WIB menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, pasien mengatakan “roti tanpa gula sudah saya makan tadi sus”, “iya baik sus, saya akan olahraga saat pulang dari rumah sakit”. Pukul 16.00 WIB memonitor kadar glukosa darah. Hasil GDS: 256 mg/dL. Pukul 18.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah: 120/80 mmHg, frekuensi nadi: 80 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36°C. Pukul 21.00 WIB memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, pasien mengatakan sering buang air kecil, sering merasa haus, kepala sudah tidak merasa pusing. Pukul 23.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 121/78 mmHg, frekuensi nadi: 81 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36,5°C, saturasi oksigen: 100%.

Tanggal 23 Mei 2024

Pukul 07.00 WIB memberikan cairan oral, pasien minum 400 cc. Pukul 08.00 WIB memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, pasien mengatakan “saya masih sering merasa haus sus, sering buang air kecil juga”. Pukul 09.00 WIB menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga, pasien mengatakan “saya akan berolahraga saat pulang dari rumah sakit”. Pukul 10.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 121/80 mmHg, frekuensi nadi: 80 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36°C. Pukul 12.00 WIB memberikan cairan oral, pasien minum 500 cc. Pukul 12.10 WIB kolaborasi pemberian cairan IV, infus Asering 500 ml/24 jam. Pukul 13.30 WIB menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga, pasien mengatakan “saya minum kopi tanpa gula, saya sudah coba mengurangi makan manis, tapi saya minum alkohol saat ada arisan setiap sebulan sekali”.

Evaluasi Keperawatan**Tanggal 23 Mei 2024 pukul 14.00 WIB**

Subjektif: pasien mengatakan “saya minum kopi tanpa gula, saya sudah coba mengurangi makan manis, tapi saya masih minum alkohol saat ada arisan setiap sebulan sekali”. Pasien mengatakan “kepala saya sudah tidak terasa pusing sus, tapi saya masih sering merasa haus dan sering buang air kecil”.

Objektif: hasil tanda-tanda vital, tekanan darah 130/75 mmHg, frekuensi nadi: 90 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36,2°C. Hasil

GDS (22/5/2024) GDS: 196 mg/dL (jam 06.00 WIB), GDS: 229 mg/dL (jam 11.00 WIB), GDS: 256 mg/dL (jam 16.00 WIB).

Analisa: tujuan keperawatan tercapai sebagian

Perencanaan: tindakan keperawatan di lanjutkan (monitor kadar glukosa darah setiap (hari senin, rabu dan jumat pukul 06.00 WIB, pukul 11.00 WIB, dan pukul 16.00 WIB), berikan asupan cairal oral, anjurkan kepatuhan diet dan olahraga, kolaborasi pemberian cairan infus Asering 500 cc/24 jam pada pukul 12.00 WIB melalui IV).

3. **Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena**

Data subjektif: pasien mengatakan kaki kanannya bengkak sudah seminggu yang lalu, pasien mengatakan “bagian kaki yang bengkak kalau ditekan terasa nyeri sus”, pasien mengatakan terkadang kakinya merasa kesemutan

Data objektif: tampak edema di ekstremitas bawah dextra, derajat edema 2 dengan kedalaman 3 – 4 mm, CRT > 3 detik, nadi perifer tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit tampak pucat, hasil pemeriksaan laboratorium (20/5/2024): hemoglobin 12.3 g/dL ↓ (13.5 – 18.0), hematokrit 35.2 % ↓ (42.0 – 52.0).

Tujuan dan kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: edema perifer menurun dengan derajat 1 kedalaman 2 mm, denyut nadi perifer meningkat ditandai dengan nadi teraba kuat, warna kulit pucat menurun dilihat dengan warna kulit tidak tampak pucat, pengisian kapiler

membaik dengan CRT <3 detik, akral membaik ditandai dengan teraba hangat, turgor kulit membaik dilihat dengan ketika menarik kulit pasien selama beberapa detik dan kembali ke bentuk aslinya.

Rencana keperawatan: Perawatan sirkulasi (I.02079)

Observasi: periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, *ankle-brachial index*) setiap hari, identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi), monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas setiap hari.

Terapeutik: lakukan perawatan kaki dan kulit secara mandiri

Edukasi: anjurkan berhenti merokok, anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat secara mandiri

Penatalaksanaan

Tanggal 21 Mei 2024

Pukul 07.00 WIB memeriksa sirkulasi perifer, tampak edema ekstremitas bawah dextra, derajat 2 dengan kedalaman 3 – 4 mm, CRT > 3 detik, nadi perifer tidak teraba, tampak warna kulit pucat, akral teraba dingin. Pukul 07.15 WIB mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi, pasien memiliki riwayat DM sejak 30 tahun yang lalu. Pukul 07.27 WIB memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, pasien mengatakan “bagian kaki yang bengkak kalau ditekan terasa nyeri sus, kadang kaki saya juga kaya kesemutan”. Pukul 09.00 WIB menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, pasien mengatakan

“iya sus, saya akan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur”. Pukul 09.15 WIB menganjurkan berhenti merokok, pasien mengatakan “saya sudah lama berhenti merokok sus, tapi saya lupa dari tahun berapa sudah berhenti merokoknya”. Pukul 16.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 132/67 mmHg, frekuensi nadi: 90 x/menit, frekuensi nafas: 22 x/menit, suhu tubuh 36°C. Pukul 19.00 WIB menganjurkan berhenti merokok, pasien mengatakan sudah berhenti merokok. Pukul 21.00 WIB menganjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat secara mandiri, melembabkan kulit kering pada kaki dengan *lotion*, pasien mengatakan sudah memakai *lotion* di kulit yang dikering.

Tanggal 22 Mei 2024

Pukul 07.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 123/78 mmHg, frekuensi nadi: 78 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36,8°C. Pukul 09.00 WIB memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, pasien mengatakan “kaki kanan saya bengkaknya sudah berkurang sus, ditekan juga tidak sakit, tapi kadang kaki saya masih kesemutan”, tampak pada ekstremitas bawah dextra tidak bengkak. Pukul 09.30 WIB memeriksa sirkulasi perifer, nadi perifer teraba kuat, tampak edema ekstremitas bawah dextra berkurang, derajat 1 dengan kedalaman 2 mm, nyeri tekan tidak ada, warna kulit tidak pucat, turgor kulit sedikit membaik ditandai dengan kulit saat ditarik selama beberapa detik kembali ke bentuk aslinya, CRT <3 detik, akral teraba hangat. Pukul 10.00 WIB menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, pasien mengatakan “iya sus saya minum obatnya secara teratur”. Pukul

10.15 WIB menganjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat secara mandiri, melembabkan kulit kering pada kaki dengan *lotion*, pasien mengatakan “saya kasih *lotion* di kaki saya yang sudah tidak bengkak, karena tampak kering sus”. Pukul 18.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 120/80 mmHg, frekuensi nadi: 80 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36°C. Pukul 20.00 WIB memeriksa sirkulasi perifer, nadi perifer teraba kuat, tampak edema ekstremitas bawah dextra berkurang, derajat 1 dengan kedalaman 2 mm, nyeri tekan tidak ada, warna kulit tidak pucat, turgor kulit sedikit membaik ditandai dengan kulit saat ditarik selama beberapa detik kembali ke bentuk aslinya, CRT <3 detik, akral teraba hangat. Pukul 23.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 121/78 mmHg, frekuensi nadi: 81 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36,5°C.

Tanggal 23 Mei 2024

Pukul 08.00 WIB memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, tampak edema ekstremitas bawah dextra berkurang, nyeri tekan tidak ada. Pukul 08.15 WIB memeriksa sirkulasi perifer, edema pada ekstremitas bawah dextra, derajat 1 dengan kedalaman 2 mm, CRT <3 detik, nadi perifer teraba kuat, warna kulit tidak pucat, akral teraba hangat, dan turgor kulit membaik ditandai dengan kulit saat ditarik selama beberapa detik kembali ke bentuk aslinya, pasien mengatakan “kaki kanan saya sudah tidak bengkak sus, ditekan juga tidak sakit, tapi kadang-kadang kaki saya masih kesemutan”. Pukul 10.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 121/80 mmHg, frekuensi nadi: 80 x/menit, frekuensi nafas:

20 x/menit, suhu tubuh: 36°C. Pukul 13.00 WIB menganjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat secara mandiri, melembabkan kulit kering pada kaki dengan *lotion*, pasien mengatakan “saya kasih *lotion* di kaki saya yang sudah tidak bengkak, karena terlihat kering sus”.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 23 Mei 2024 pukul 14.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan “kaki kanan saya sudah tidak bengkak sus, ditekan juga tidak sakit, tapi kadang-kadang kaki saya masih kesemutan”

Objektif: tampak edema ekstremitas bawah dextra berkurang, derajat 1 dengan kedalaman 2 mm, nyeri tekan tidak ada, CRT <3 detik, nadi perifer teraba kuat, warna kulit tidak pucat, akral teraba hangat, dan turgor kulit membaik ditandai dengan kulit saat ditarik selama beberapa detik kembali ke bentuk aslinya.

Analisa: tujuan keperawatan tercapai

Perencanaan: intervensi perawatan sirkulasi dipertahankan (periksa sirkulasi perifer setiap hari, identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi, monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas setiap hari, anjurkan berolahraga rutin, anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat secara mandiri).

4. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Data Subjektif: pasien mengatakan kaki kanannya bengkak sudah seminggu yang lalu

Data Objektif: tampak edema pada ekstremitas bawah dextra, derajat edema 2 dengan kedalaman 3 – 4 mm, balance cairan/24 jam, intake: infus 500 cc, injeksi 42 cc, oral 800 cc jadi total intake adalah 1.342 cc dan output: urin 900 cc, balance +442, hasil pemeriksaan laboratorium (20/5/2024): eGFR: 74.0 mL/min/1.73 m² ↓.

Tujuan dan kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil: edema menurun derajat 1 dengan kedalaman 2 mm, balance cairan/24 menurun (+120 sampai +200), turgor kulit membaik

Rencana Tindakan Keperawatan: Manajemen Hipervolemia (I.03115)

Observasi: periksa tanda dan gejala hipervolemia setiap hari, identifikasi penyebab hipervolemia, monitor intake dan output cairan setiap hari, monitor efek samping diuretik (mis: hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia).

Terapeutik: timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama, batasi asupan cairan dan garam untuk mengurangi penumpukan cairan, tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat untuk kenyamanan posisi.

Edukasi: anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari, ajarkan cara membatasi cairan.

Kolaborasi: kolaborasi pemberian lasix furosemide (untuk mengatasi edema) 1 x 2 ampul/24 jam melalui IV pukul 11.00 WIB.

Penatalaksanaan

Tanggal 21 Mei 2024

Pukul 09.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah 133/60

mmHg, frekuensi nadi: 95 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36°C. Pukul 09.15 memeriksa tanda dan gejala hipervolemia, tampak edema pada ekstremitas bawah dextra, derajat edema 2 dengan kedalaman 3 – 4 mm. Pukul 11.00 WIB berkolaborasi pemberian diuretik, pasien diberikan lasix furosemide 1 x 2 ampul melalui IV. Pukul 11.30 WIB membatasi asupan cairan dan garam, pasien mengatakan akan membatasi asupan yang mengandung garam. Pukul 12.10 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 131/55 mmHg, frekuensi nadi: 82 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36,7°C, saturasi oksigen: 100%. Pukul 13.00 WIB memonitor efek samping diuretik (mis: hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hyponatremia), pasien tidak mengalami efek samping akibat diuretik hal ini dibuktikan dengan hasil laboratorium 20/5/2024 kalium: 3.40 mEq/L (3.5 – 5.0) ↓. Pukul 13.20 WIB memonitor intake dan output cairan, balance cairan/24 jam, intake: infus 500 cc, injeksi 42 cc, oral 800 cc jadi total intake adalah 1.342 cc dan output: urin 900 cc, balance +442. Pukul 16.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 132/67 mmHg, frekuensi nadi: 90 x/menit, frekuensi nafas: 22 x/menit, suhu tubuh: 36°C, saturasi oksigen: 100%. Pukul 23.00 WIB membatasi asupan cairan dan garam, pasien mengatakan akan membatasi asupan yang mengandung garam.

Tanggal 22 Mei 2024

Pukul 07.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 123/78 mmHg, frekuensi nadi: 78 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36,8°C, saturasi oksigen: 100%. Pukul 08.00 memeriksa tanda dan

gejala hipervolemia, tampak edema pada ekstremitas bawah dextra mulai menurun, pasien mengatakan “kaki kanan saya bengkaknya sudah mulai kempes sus”, tampak turgor kulit belum membaik. Pukul 09.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 120/80 mmHg, frekuensi nadi: 90 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36°C. Pukul 11.00 WIB berkolaborasi pemberian diuretik, pasien diberikan lasix furosemide 1 x 2 ampul melalui IV. Pukul 13.00 memonitor intake dan output cairan, balance cairan/24 jam, intake: infus 500 cc, injeksi 42 cc, oral 900 cc jadi total intake adalah 1.442 cc dan output: urin 1.200 cc, balance +242. Pukul 18.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 120/80 mmHg, frekuensi nadi: 80 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36°C. Pukul 23.00 WIB membatasi asupan cairan dan garam, pasien mengatakan akan membatasi asupan yang mengandung garam.

Tanggal 23 Mei 2024

Pukul 08.00 WIB memeriksa tanda dan gejala hipervolemia, tampak edema pada ekstremitas bawah dextra menurun, pasien mengatakan “kaki kanan saya sudah tidak bengkak sus”, derajat 1 dengan kedalaman 2 mm, tampak turgor kulit membaik. Pukul 10.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 121/80 mmHg, frekuensi nadi: 80 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36°C. Pukul 13.00 WIB memonitor intake dan output cairan, memonitor intake dan output cairan, balance cairan/24 jam, intake: infus 500 cc, injeksi 38 cc, oral 900 cc jadi total intake adalah 1.438 cc dan output: urin 1.300 cc, balance +138.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 23 Mei 2024 pukul 14.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan “kaki kanan saya sudah tidak bengkak lagi sus, sudah kempes”

Objektif: hasil tanda-tanda vital, tekanan darah: 121/80 mmHg, frekuensi nadi: 80 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36°C, tampak edema pada ekstremitas bawah dextra menurun derajat 1 dengan kedalaman 2 mm, balance cairan +138, turgor kulit membaik.

Analisa: tujuan keperawatan tercapai

Perencanaan: pertahankan intervensi keseimbangan cairan (periksa tanda dan gejala hipervolemia setiap hari, monitor intake dan output cairan setiap hari, kolaborasi pemberian lasix furosemide (untuk mengatasi edema) 1 x 2 ampul/24 jam melalui IV pukul 11.00 WIB).

5. **Nausea berhubungan dengan rasa makanan/minuman yang tidak enak**

Data Subjektif: pasien mengatakan merasa mual tapi tidak disertai muntah, pasien mengatakan kurang nafsu makan karena rasa makanan yang kurang enak, porsi makan yang dihabiskan hanya ½ porsi

Data Objektif: pasien tampak menghabiskan makanan hanya ½ porsi

Tujuan dan kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil: keluhan mual menurun dengan menunjukkan pasien tidak mengeluh mual, nafsu makan meningkat dengan menunjukkan pasien mampu menghabiskan 1 porsi makanan.

Rencana Keperawatan: Manajemen Mual (I.03117)

Observasi: identifikasi pengalaman mual, identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur), identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur), identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan), monitor mual setiap hari.

Terapeutik: kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, rangsangan visual yang tidak menyenangkan), berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik untuk menambah nafsu makan.

Edukasi: anjurkan istirahat dan tidur yang cukup

Kolaborasi: kolaborasi pemberian obat omeprazole (untuk mengatasi asam lambung) 2 x 40 mg/24 jam melalui IV dan obat ondansetron (untuk mencegah serta mengobati mual) 2 x 8 mg/24 jam melalui IV, pada pukul 11.00 WIB dan pukul 23.00 WIB.

Penatalaksanaan**Tanggal 21 Mei 2024**

Pukul 08.20 WIB mengidentifikasi pengalaman mual, pasien mengatakan “saya baru merasa mulai mual-mual kemarin sus, mualnya juga tidak ada muntah”. Pukul 08.34 WIB mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup, pasien mengatakan “saya jadi kurang nafsu makan sus, jadi makan yang dihabiskan ½ porsi saja”. Pukul 08.40 WIB mengidentifikasi faktor penyebab mual, pasien mengatakan karena makanan yang kurang enak. Pukul 09.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 133/60 mmHg, frekuensi nadi: 95 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu

tubuh: 36°C. Pukul 10.00 WIB memonitor mual, pasien terlihat mual 1x tanpa disertai muntah. Pukul 11.00 WIB melakukan pemberian obat ondansetron 1 x 8 mg melalui injeksi dan omeprazole 1 x 40 mg melalui injeksi. Pukul 12.10 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 131/55 mmHg, frekuensi nadi: 84 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36,7°C, saturasi oksigen: 100%. Pukul 13.00 WIB menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup, pasien mengatakan akan beristirahat dan tidur yang cukup. Pukul 16.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 132/67 mmHg, frekuensi nadi: 90 x/menit, frekuensi nafas: 22 x/menit, suhu tubuh: 36°C. Pukul 23.00 WIB melakukan pemberian obat ondansetron 1 x 8 mg melalui IV dan omeprazole 1 x 40 mg melalui IV.

Tanggal 22 Mei 2024

Pukul 07.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 123/78 mmHg, frekuensi nadi: 78 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36,8°C, saturasi oksigen: 100%. Pukul 07.15 WIB memonitor mual, pasien tampak tidak mual dan pasien mengatakan “mual saya sudah berkurang sus”. Pukul 07.18 WIB mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup, pasien mengatakan “saya mulai nafsu makan sus, tapi makan saya tetap ½ porsi saja”. Pukul 09.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 120/80 mmHg, frekuensi nadi: 90 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36°C. Pukul 11.00 WIB melakukan pemberian obat ondansetron 1 x 8 mg melalui injeksi dan omeprazole 1 x 40 mg melalui injeksi. Pukul 12.00 WIB mengidentifikasi faktor penyebab

mual, pasien mengatakan karena makanan yang kurang enak. Pukul 18.00 WIB WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 120/80 mmHg, frekuensi nadi: 80 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36°C. Pukul 23.00 WIB melakukan pemberian obat ondansetron 1 x 8 mg melalui IV dan omeprazole 1 x 40 mg melalui IV.

Tanggal 23 Mei 2024

Pukul 08.10 WIB memonitor mual, pasien tampak tidak mual-mual dan pasien mengatakan “saya sudah tidak merasa mual-mual lagi sus dari semalam”. Pukul 08.22 WIB mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup, pasien mengatakan “nafsu makan saya udah bagus sus, tadi pagi saya makan habis 1 porsi sus”. Pukul 10.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 121/80 mmHg, frekuensi nadi: 80 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36°C, saturasi oksigen: 100%. Pukul 11.00 WIB melakukan pemberian obat ondansetron 1x 8 mg melalui IV dan omeprazole 1 x 40 mg melalui IV.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 23 Mei 2024 pukul 14.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan “saya sudah tidak merasa mual-mual lagi sus”, “nafsu makan saya sudah bagus, tadi pagi makan habis 1 porsi sus”

Objektif: pasien tidak ada keluhan mual, nafsu makan meningkat, pasien tidak tampak pucat.

Analisa: tujuan keperawatan tercapai

Perencanaan: intervensi dipertahankan (identifikasi pengalaman mual, identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup, monitor mual setiap hari,

kolaborasi pemberian ondansetron (untuk mencegah dan mengobati mual) 2 x 8 mg/24 jam melalui IV dan omeprazole (untuk mengatasi asam lambung) 2 x 40 mg/24 jam melalui IV, pada pukul 11.00 WIB dan pukul 23.00 WIB).

6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Data Subjektif: pasien mengatakan susah tidur siang dan malam hari, pasien mengatakan tidurnya tidak puas, pasien mengeluh istirahatnya menjadi tidak cukup karena susah tidur.

Data Objektif: pasien tampak lesu, kantung mata pasien tampak hitam

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: keluhan sulit tidur menurun dengan menunjukkan pasien tidak mengeluh sulit tidur, keluhan tidak puas tidur menurun dengan menunjukkan pasien mengatakan tidur terasa puas, keluhan istirahat tidak cukup menurun dengan menunjukkan pasien mengatakan istirahat cukup.

Rencana Keperawatan: Dukungan Tidur (I.05174)

Observasi: identifikasi pola aktivitas dan tidur setiap hari, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) setiap hari, identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) setiap hari.

Terapeutik: modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur), batasi waktu tidur siang agar bisa tidur pada malam hari, tetapkan jadwal tidur rutin, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi).

Edukasi: anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur setiap hari, anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur setiap hari, anjurkan pengobatan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM.

Penatalaksanaan

Tanggal 21 Mei 2024

Pukul 08.10 WIB mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, pasien mengatakan, “saya susah tidur siang dan malam hari sus, tidurnya juga tidak puas, istirahatnya jadi tidak cukup karena susah untuk tidur”, “sebelum tidur biasanya saya main HP dulu sus, nonton video dengerin music”. Pukul 08.20 WIB mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, pasien mengatakan “saya susah tidur juga karena kepala saya masih pusing sus”. Pukul 08.28 WIB mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, pasien mengatakan tidak ada makanan dan minuman yang mengganggu pasien saat tidur. Pukul 09.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah 133/60 mmHg, frekuensi nadi: 95 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36°C. Pukul 09.14 WIB mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi, pasien mengatakan tidak mengkonsumsi obat tidur. Pukul 10.22 WIB membatasi waktu tidur siang, pasien mengatakan “ya baik sus, saya akan coba tidur siang 1-2 jam supaya malamnya bisa tidur juga”. Pukul 10.30 WIB melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, pasien diberi posisi semi-fowler.

Tanggal 22 Mei 2024

Pukul 07.30 WIB mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, pasien mengatakan “tidur saya sedikit-sedikit mulai bisa nyenyak sus, semalam saya bisa tidur dari jam 10 malam dan bangunnya jam 5 pagi”. Pukul 07.36 WIB mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, pasien mengatakan “pusing saya sudah berkurang sus, jadi tidak terlalu mengganggu saya untuk tidur”. Pukul 09.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 120/80 mmHg, frekuensi nadi: 90 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36°C. Pukul 09.15 WIB menetapkan jadwal tidur rutin, pasien mengatakan “ya baik sus, saya akan tetapkan jadwal tidur rutin seperti yang sudah dilakukan”.

Tanggal 23 Mei 2024

Pukul 08.17 WIB mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, pasien mengatakan “tidur saya sudah nyenyak sus, puas tidurnya, tidak seperti kemarin-kemarin”, pasien tampak tidak kurang tidur. Pukul 10.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 121/80 mmHg, frekuensi nadi: 80 x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu tubuh: 36°C.

Evaluasi Keperawatan:**Tanggal 23 Mei 2024 pukul 14.00 WIB**

Subjektif: pasien mengatakan “saya sudah coba tetapak tidur rutin saya, tidur saya sudah nyenyak sus, sudah tidak susah tidur, sudah puas tidurnya, jadi istirahatnya juga cukup”

Objektif: pasien tampak puas dengan istirahatnya yang cukup, tampak tidak kurang tidur

Analisa: tujuan keperawatan tercapai

Perencanaan: pertahankan intervensi (identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, batasi waktu tidur siang agar bisa tidur pada malam hari, tetapkan jadwal tidur rutin, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan).

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan membahas mengenai kesenjangan antara teori dengan kasus. Serta membahas faktor pendukung dan faktor penghambat dan alternatif pemecahan masalah yang ditemukan pada kasus klien Tn. V dengan diabetes melitus tipe 2 di ruang penyakit dalam kamar 1301 Rumah Sakit Umum Daerah Koja. Pembahasan ini meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

A. Pengkajian

Data yang diperoleh melalui pengkajian yaitu data primer dan data sekunder. Data primer meliputi pengkajian fisik, observasi pasien, dan wawancara langsung dengan pasien dan keluarga. Data sekunder diperoleh dari catatan rekam medis. dan perawat ruangan.

Pada etiologi ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus, menurut Nuraisyah (2020), ada faktor risiko yang tidak dapat diubah (usia, riwayat keluarga dengan diabetes melitus, ras, dan riwayat diabetes gestasional) dan faktor risiko yang dapat diubah (obesitas, dislipidemia, kebiasaan merokok, pola makan yang buruk seperti konsumsi alkohol, kopi, faktor stress), sedangkan pada kasus pasien tidak mengalami dislipidemia dibuktikan dengan

pasien tidak ada hasil laboratorium yang menunjang pasien mengalami dislipidemia, akan tetapi pasien masuk dalam faktor usia karena pasien sudah berusia 66 tahun, pasien memiliki riwayat keluarga dengan diabetes ditandai dengan saudara pasien menderita riwayat diabetes melitus 2.

Berikutnya yaitu adanya kesenjangan antara teori dan kasus pada manifestasi klinis yang ada pada teori, menurut Nasif & Nursyafni (2023), yaitu rasa haus yang terjadi berulang kali, sering buang air kecil, pandangan yang memudar, rasa lapar yang meningkat, kesemutan pada kaki dan tangan. Sedangkan pada kasus yang ditemukan hanya 3 gejala, yaitu rasa haus yang terjadi berulang kali, sering buang air kecil, dan kesemutan pada kaki. Rasa lapar yang meningkat, pandangan yang memudar tidak ditemukan pada pasien. Peningkatan rasa lapar tidak terjadi pasien karena pasien mengeluh mual yang menyebabkan nafsu makan kurang baik dan porsi makan yang dihabiskan berkurang. Pasien mengatakan tidak mengalami keluhan pandangan memudar.

Pada kesenjangan yang kedua secara teori Pranata & Munawaroh (2020) pada pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien diabetes melitus adalah pemeriksaan tes gula darah sewaktu (GDS), tes gula darah puasa (GDP), tes gula darah setelah 2 jam *post prandial* (GD2PP), tes HbA1C. Sedangkan hanya ada 1 kesamaan dengan teori pada kasus yang ditemukan, pasien hanya dilakukan pemeriksaan gula darah sewaktu. Pasien tidak dilakukan pemeriksaan tes HbA1C dikarenakan pemeriksaan penunjang yang dilakukan sudah cukup.

Pada kesenjangan yang ketiga terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus yang ditemukan pada pasien. Menurut Tjahjadi (2017), pasien mendapatkan terapi obat oral antihiperglikemia metformin, sedangkan pasien tidak mendapat obat antihiperglikemia metformin, hal ini dikarenakan tidak adanya anjuran dari dokter. Pada kasus yang ditemukan, pasien mendapatkan terapi obat tetapi tidak ada pada teori yaitu obat injeksi ondansetron 2x 8 mg karena pasien mengeluh mual, terapi obat injeksi omeprazole 2 x 40 mg karena pasien mengalami masalah pada lambung, terapi injeksi ceftriaxone 1 x 2 vial untuk mengatasi bakteri, terapi injeksi lasix furosemide 1 x 2 ampul untuk mengatasi edema karena pasien memiliki edema pada ekstremitas bawah dextra, dan terapi obat oral OBH sirup 3 x 15 cc untuk meredakan batuk berdahak karena pasien mengeluh batuk tapi dahak susah keluar.

Menurut teori Gelabert (2022) komplikasi yang terjadi pada pasien diabetes melitus adalah hiperglikemia, hipoglikemia, hiperglikemia hiperosmolar non-ketosis (HHNK), ketoasidosis diabetik, *makrovaskular*, retinopati, nefropati diabetik, neuropati diabetik, dan ulkus diabetik. Namun pasien hanya mengalami komplikasi hiperglikemia hal ini dibuktikan dengan hasil GDS: 196 mg/dL (jam 06.00 WIB 22/5/2024), GDS: 229 mg/dL (jam 11.00 WIB 22/5/2024), dan GDS: 256 mg/dL (jam 16.00 WIB 22/5/2024).

Sesuai data yang didapat pada saat pengkajian, pasien mengeluh kepala pusing, batuk-batuk, merasa mual tapi tidak disertai muntah, kaki kanan bengkak sudah seminggu yang lalu, sering merasa haus, sering buang air kecil, dan kesemutan pada kaki ditemukan pada kasus, namun ada beberapa kesenjangan antara teori dengan kasus, dimana tidak ditemukan adanya

anoreksia, muntah, nyeri abdomen, nafas pasien berbau keton, penglihatan kabur, terdapat luka yang sulit sembuh.

Faktor pendukung selama penulis melakukan pengkajian adalah, penulis mendapatkan data dengan lancar dan mudah karena pasien dan keluarga sangat kooperatif dan menjawab setiap pertanyaan yang diajukan oleh penulis dengan baik selama melakukan proses pengkajian.

Faktor penghambat selama penulis melakukan pengkajian adalah penulis tidak dapat melakukan pengkajian terkait kondisi pasien pada keluarga dikarenakan penulis jarang bertemu dengan keluarga pasien sehingga tidak dilakukan pengkajian.

B. Diagnosis Keperawatan

Pada diagnosis keperawatan, penulis menemukan kesenjangan antara teori yang telah dipaparkan dengan kasus yang ditemukan. Menurut Andriani (2021), telah ditentukan terdapat 9 (sembilan) diagnosis keperawatan pada diabetes melitus berdasarkan TIM PPNI (2017), yaitu: Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin; Penurunan curah jantung berhubungan dengan *perubahan afterload*; perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena; Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan; Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif; Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan; Retensi urin berhubungan dengan peningkatan disfungsi neurologis; Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan

neuropati perifer; Risiko infeksi ditandai dengan penyakit kronis (mis: diabetes).

Sedangkan pada kasus penulis menemukan 6 (enam) diagnosis, terdapat 3 (tiga) diagnosis yang sesuai dengan teori yaitu: Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin; Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena; Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dan 3 (tiga) diagnosis yang tidak ada pada teori yaitu: Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan; Nausea berhubungan dengan rasa makanan/minuman yang tidak enak; Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Berikut 6 (enam) diagnosis yang ada pada teori namun tidak ada pada kasus yang ditemukan penulis yaitu:

Diagnosis 1 (pertama) penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload* tidak diangkat oleh penulis, berdasarkan TIM PPNI (2017), data-data yang ditemukan kurang mendukung untuk memunculkan diagnosis penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload*. Hal ini dibuktikan dengan hasil pengkajian pasien tidak mengalami sesak nafas (dispnea), tekanan darah pasien 131/55 mmHg, pasien tidak mengalami oliguria.

Diagnosis kedua hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif tidak diangkat oleh penulis, hal ini dibuktikan dengan hasil pengkajian frekuensi nadi: 84 x/menit, tekanan darah: 131/55 mmHg, hematokrit 35.2 % (42.0 – 52.0) menurun, turgor kulit pasien menurun hanya pada edemanya.

Diagnosis ketiga yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan tidak diangkat oleh penulis karena menurut TIM PPNI (2017) defisit nutrisi ditandai dengan gejala berat badan menurun minimal 10 % di bawah rentang ideal, sedangkan pada kasus yang ditemukan, pasien tidak mengalami penurunan berat badan minimal 10 % di bawah rentang ideal, dikarenakan berat badan pasien sebelum masuk rumah sakit adalah 70 kg dan setelah masuk rumah sakit 68 kg, pasien tidak mengalami penurunan berat badan hingga 10 %, sehingga penulis tidak mengangkat diagnosis defisit nutrisi.

Diagnosis keempat retensi urin berhubungan dengan disfungsi neurologis (mis. penyakit saraf) tidak diangkat oleh penulis karena data-data yang ditemukan kurang menunjang untuk mengangkat diagnosis tersebut. Menurut PPNI (2017), retensi urin ditandai dengan gejala sensasi penuh pada kandung kemih, disuria/anuria dan distensi kandung kemih, terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus yang ditemukan pada pasien karena pasien tidak mengalami adanya disuria/anuria dan distensi kandung kemih, tetapi pasien sering buang air kecil.

Diagnosis kelima gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer tidak diangkat oleh penulis data-data yang ditemukan tidak ditemukan pada pasien, hal ini dibuktikan dengan pasien tidak mengalami kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, pasien tidak terdapat luka diabetik, dan pasien tidak mengalami gatal pada kulit dan.

Diagnosis keenam risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (mis: diabetes) tidak diangkat oleh penulis dikarenakan data-data yang ditemukan

kurang memenuhi kriteria. Meskipun pasien menderita penyakit diabetes, pasien tidak mengalami luka gangren, tidak mengalami demam (suhu: $36,7^{\circ}\text{C}$), tidak tampak kemerahan, hasil kadar leukosit pasien $6.72 \cdot 10^3/\text{uL}$ (4.00 – 10.50) dalam rentang normal.

Sedangkan diagnosis-diagnosis yang ada pada kasus namun tidak ada pada diagnosis teori yaitu diagnosis bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, nausea berhubungan dengan rasa makanan/minuman yang tidak enak, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

Faktor pendukung dan faktor penghambat yang penulis rasakan dalam penentuan diagnosis keperawatan. Faktor pendukungnya yaitu tersedianya literatur yang cukup memadai penyakit diabetes melitus sehingga memudahkan penulis dalam merumuskan diagnosis keperawatan. Sedangkan faktor penghambat yang ditemukan penulis yaitu data-data yang ditemukan pada pasien tidak semuanya memenuhi kriteria sesuai teori, sehingga membuat penulis banyak mempertimbangkan untuk merumuskan diagnosis utama keperawatan.

C. Perencanaan

Pada tahapan ketiga ini, perencanaan yang disusun berdasarkan dengan prioritas masalah. Pada kasus ini, penulis menentukan batas waktu mencapai tujuan yakni 3 x 24 jam untuk setiap masalah keperawatan sesuai dengan kemampuan dan kondisi yang dapat dicapai oleh pasien. Perencanaan

keperawatan ini mengacu pada tujuan, kriteria hasil, dan intervensi keperawatan. Penulis tidak memasukkan semua intervensi keperawatan yang ada pada teori ke dalam kasus, ada beberapa yang penulis hilangkan pada salah satu diagnosis, karena diagnosis tersebut sudah ada di intervensi diagnosis yang lain, dan tidak sesuai dengan kondisi pasien.

Pada perencanaan yang ada pada teori namun tidak direncanakan pada pasien yaitu diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, penulis mengurangi rencana kolaborasi pemberian terapi insulin pada pasien dikarenakan pasien menderita diabetes melitus tipe II akibat defisiensi insulin relatif yang tidak selalu mendapatkan terapi insulin dan tidak adanya anjuran dari dokter. Penulis juga mengurangi rencana monitor intake dan output cairan, hal ini dikarenakan rencana tersebut dialihkan ke diagnosis hipervolemia.

Pada perencanaan diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus. Mulai dari observasi sampai kolaborasi yang ada di teori maupun dikasus ditulis oleh penulis diperencanaan keperawatan.

Pada perencanaan yang ada pada diagnosis perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena, penulis tidak menuliskan beberapa rencana karena menyesuaikan kondisi pasien. Penulis tidak memberikan rencana anjurkan program rehabilitasi vakular karena tidak sesuai dengan kondisi pasien. Penulis tidak memberikan rencana ajarkan

program diet untuk memperbaiki sirkulasi, karena sudah diajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi.

Selanjutnya diagnosa hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi berdasarkan buku SDKI TIM PPNI (2017) penulis tidak memasukkan rencana timbang berat badan setiap hari karena pasien mengeluh pusing dan tidak tersedianya penimbangan berat badan di ruangan. Penulis tidak memberikan rencana monitor tanda hemokonsentrasi dikarenakan sudah ada hasil laboratorium pada tanggal 20/5/2024, di mana hasil kadar natrium pasien: 140 mEq/L (135 – 147), dan hematokrit 35,2 % (42,0 – 52,0). Pada rencana kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik tidak direncanakan pada pasien dikarenakan tidak ada instruksi dari dokter dan sebelum diberikan diuretik sudah menunjukkan bahwa hasil laboratorium kalium: 3.40 mEq/L (3.5 – 5.0) ↓.

Pada perencanaan diagnosis nausea berhubungan dengan rasa makanan/minuman yang tidak enak, rencana ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual dimana penulis mengurangi tindakan ini karena pasien sudah mendapatkan obat antiemetik untuk mengatasi mual. Pada rencana berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna tidak dituliskan oleh penulis karena pasien diberikan makanan khusus dari RS.

Selanjutnya pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dimana rencana anjurkan pengobatan obat tidur tidak direncanakan

kepada pasien, karena pasien tidak ada anjuran dari dokter yang mengharuskan pasien diberi obat tidur.

Faktor pendukung terlaksananya penentuan perencanaan pada penulis adalah penulis mendapatkan sumber buku yang dapat dijadikan acuan oleh penulis dalam menentukan perencanaan sehingga sesuai dengan diagnosa yang ada. Faktor penghambat yang penulis temukan adalah sumber-sumber buku yang terbaru terbatas pada perpustakaan sehingga menghambat penulis untuk meminjam buku. Solusi yang penulis lakukan adalah mencari sumber dari buku maupun jurnal melalui *online* dan mencari buku sumber di perpustakaan lain.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pada tahap ini penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditentukan sesuai kondisi pasien dan semua pelaksanaan keperawatan tersebut didokumentasikan dalam catatan keperawatan. Secara umum semua rencana keperawatan dapat dilakukan oleh penulis karena pasien dan keluarga pasien kooperatif serta adanya kerjasama dengan perawat ruangan sehingga pelaksanaan keperawatan terlaksana dengan baik. Namun ada beberapa pelaksanaan yang dilakukan penulis memiliki hambatan.

Pada intervensi rencana timbang berat badan setiap hari untuk mengetahui adanya peningkatan atau penurunan berat badan tidak dapat terlaksana dikarenakan tidak tersedianya penimbangan berat badan di ruangan. Selanjutnya intervensi anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri

tidak dilaksanakan oleh penulis dikarenakan pasien tidak membawa alat kadar glukosa sendiri, dan karena pasien sudah dimonitor kadar glukosa darahnya oleh perawat ruangan. Pada intervensi meninggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat tidak dapat terlaksana dikarenakan pasien mampu meninggikan kepala tempat tidur secara mandiri.

Penulis merencanakan ajarkan cara membatasi cairan namun tidak dilaksanakan, hal ini dikarenakan pasien sudah diajarkan cara membatasi cairan. Rencana berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik tidak dapat terlaksana karena pasien sudah diberikan makanan khusus dari RS.

Pada perencanaan keperawatan penulis telah menyusun perencanaan untuk pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan dan didokumentasikan dalam catatan keperawatan selama 3 x 24 jam, namun tidak semua pelaksana keperawatan dilakukan oleh penulis selama 24 jam, hal ini dikarenakan jadwal dinas penulis hanya sampai pukul 16.00 WIB dan selanjutnya dilakukan oleh perawat yang bertanggung jawab pada ruangan tersebut.

Faktor pendukung dalam melakukan tindakan keperawatan adalah pasien dan keluarga sangat kooperatif selama proses pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh penulis, serta penulis mendapat kepercayaan dan keramahan yang diberikan oleh kepala perawat ruangan dan perawat ruangan dalam melakukan tindakan keperawatan yang direncanakan.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan penulis, dilakukan sesuai dengan teori meliputi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan pada saat setelah dilakukan tindakan yaitu respons pasien setelah dilakukan tindakan, sedangkan evaluasi hasil lebih mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah disusun.

Dari 6 diagnosis yang muncul terdapat 5 diagnosis keperawatan yang telah teratasi dan 1 diagnosis yang teratasi sebagian. Diagnosis dengan tujuan teratasi yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena, hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, nausea berhubungan dengan rasa makanan/minuman yang tidak enak, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Dan diagnosis dengan teratasi sebagian yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah.

Pada diagnosis pertama dengan tujuan teratasi yaitu diagnosis bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, hal ini dibuktikan dengan pasien mengatakan batuknya sudah berhenti dan dahaknya sudah tidak ada, pasien mengatakan mengingat cara batuk efektif. Diagnosis ketiga dengan tujuan teratasi yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena yang dibuktikan dengan pasien mengatakan kaki kanannya sudah tidak bengkak dan bila ditekan tidak merasa sakit, tampak edema ekstremitas bawah dextra berkurang, nyeri tekan pada edema tidak ada, CRT < 3 detik, nadi perifer teraba, warna kulit tidak pucat, akral teraba hangat, dan turgor kulit membaik. Diagnosis keempat dengan tujuan teratasi yaitu diagnosis hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

dibuktikan dengan pasien mengatakan kaki kanannya sudah kempes tidak bengkak lagi, edema ekstremitas bawah dextra tampak menurun dan turgor kulit membaik. Diagnosis kelima dengan tujuan teratasi yaitu diagnosis nausea berhubungan dengan rasa makanan/minuman yang tidak enak, hal ini dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah tidak merasa mual-mual, nafsu makannya sudah bagus, pagi hari makan habis 1 porsi, pasien tidak ada keluhan mual dan nafsu makan meningkat. Diagnosis keenam dengan tujuan teratasi yaitu diagnosis gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur hal ini dibuktikan dengan pasien mengatakan tidurnya sudah nyenyak, tidak susah tidur, merasa puas tidurnya dan istirahatnya cukup.

Diagnosis kedua yang teratasi sebagian yaitu diagnosis ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, hal ini dibuktikan dengan pasien mengatakan pusing pada kepalanya sudah berkurang, tetapi masih sering merasa haus, sering buang air kecil, dan terkadang kakinya merasa kesemutan, hasil GDS (22/5/2024): 196 mg/dL pada jam 06.00 WIB, GDS: 229 mg/dL pada jam 11.00 WIB, GDS: 256 mg/dL pada jam 16.00 WIB. Tampak pada hasil GDS pasien mengalami peningkatan kadar glukosa darah, maka dari itu penulis memberi hasil teratasi sebagian karena tujuan dan kriteria hasil kadar glukosa dalam darah belum membaik.

BAB V

KESIMPULAN

Pada bab ini, berdasarkan hasil dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. V dengan diabetes melitus tipe 2 di ruang penyakit dalam kamar 1301 lantai 13 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta, penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran sebagai berikut.

A. Kesimpulan

Pada tahap pengkajian, penulis menemukan beberapa kesenjangan. Pada manifestasi klinis terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, karena pada kasus pasien hanya mengalami 3 gejala yaitu sering merasa haus, sering buang air kecil dan kesemutan pada kaki. Pada pemeriksaan penunjang ditemukan kesenjangan, pasien tidak dilakukan pemeriksaan tes HbA1C, pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat rata-rata kadar gula darah selama 2 – 3 bulan terakhir, pemeriksaan ini tidak dapat digunakan untuk memantau kadar gula darah harian. Selama pengkajian dilakukan, penulis tidak mengalami kesulitan dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif dalam menjawab pertanyaan sehingga penulis mendapatkan data-data yang diperlukan dan dapat menegakkan diagnosa keperawatan.

Diagnosa keperawatan pada kasus ditemukan 6 masalah, di mana terdapat 3 masalah yang sesuai dengan teori yaitu, ketidakstabilan kadar glukosa darah,

perfusi perifer tidak efektif, dan hipervolemia. Kemudian terdapat 3 masalah yang muncul pada kasus namun tidak ada pada teori yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif, mausea, dan gangguan pola tidur.

Perencanaan keperawatan secara keseluruhan sesuai dengan teori, namun pada beberapa diagnosis ada rencana yang dikurangkan, dihilangkan, dan dibatasi, hal ini disesuaikan dengan kondisi pasien dan waktu penulis dalam memberikan asuhan keperawatan. Faktor pendukung pada tahap perencanaan ini yaitu tersedianya buku panduan keperawatan dari berbagai sumber, salah satunya adalah buku dari PPNI yang sangat mudah dipahami dan mudah ditemukan.

Pada saat pelaksanaan keperawatan, penulis mengalami kesulitan, dimana tidak tersedianya timbangan berat badan di ruangan sehingga rencana timbang berat badan pasien tidak terlaksana. Pada intervensi meninggikan kepala tempat tidur tidak dapat terlaksana dikarenakan pasien mampu meninggikan kepala tempat tidur secara mandiri. Penulis merencanakan ajarkan cara membatasi cairan namun tidak dilaksanakan, hal ini dikarenakan pasien sudah diajarkan cara membatasi cairan. Rencana berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik tidak dapat terlaksana karena pasien sudah diberikan makanan khusus dari RS. Pelaksanaan keperawatan berjalan dengan baik karena pasien dan keluarga sangat kooperatif, serta adanya kerja sama yang baik dengan perawat ruangan, sehingga proses pelaksanaan keperawatan dapat terlaksana dengan baik.

Pada perencanaan keperawatan penulis telah menyusun perencanaan untuk pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan dan didokumentasikan dalam catatan keperawatan selama 3 x 24 jam, namun tidak semua pelaksana keperawatan dilakukan oleh penulis selama 24 jam, hal ini dikarenakan jadwal dinas penulis hanya sampai pukul 16.00 WIB dan selanjutnya dilakukan oleh perawat yang bertanggung jawab pada ruangan tersebut.

Diantara 6 diagnosis yang penulis rumuskan, terdapat 5 diagnosis dengan tujuan tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, nausea dan gangguan pola tidur. Sedangkan 1 diagnosis dengan tujuan tercapai sebagian yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah.

B. Saran

Setelah usaha penulis dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe 2 selama 3 x 24 jam, penulis mendapat banyak pengalaman nyata, sehingga penulis dapat berusaha meningkatkan kualitas untuk melakukan asuhan keperawatan. Maka, penulis mencoba memberikan saran yang mungkin dapat berguna bagi semua pihak, diantaranya:

1. Bagi penulis

Agar penulis dapat terus belajar, memahami dan mengembangkan ilmu keperawatan serta meningkatkan kemampuan dalam bidang kesehatan khususnya dalam melakukan asuhan keperawatan. Untuk bisa belajar, memahami dan mengembangkan ilmu keperawatan, penulis menambah

wawasan dengan cara membaca buku, mencari dan membaca jurnal melalui internet sehingga penulis mampu menerapkan secara langsung pada pasien diabetes melitus tipe 2. Penulis juga dapat meningkatkan kemampuan untuk berfikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien, serta memodifikasi rencana asuhan keperawatan sesuai dengan keadaan pasien dengan membaca teori-teori yang ada.

2. Bagi perawat ruangan

Saran bagi perawat ruangan yaitu, diharapkan mempertahankan kerjasama yang baik di dalam ruangan, terutama lebih memperhatikan kondisi pasien secara *head to toe*, melakukan *caring* terhadap pasien dan keluarga, serta memberikan edukasi tentang penyakit pasien agar tidak terjadi kesalahpahaman, lebih teliti dalam merumuskan diagnosis keperawatan pasien karena harus sesuai dengan data-data yang ditemukan pada pasien. Tidak lupa juga dengan pendokumentasian asuhan keperawatan, hal ini merupakan catatan yang penting karena sangat dibutuhkan agar asuhan keperawatan dapat terlaksana dengan baik dan dapat dipertanggung jawabkan secara moral dan hukum.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Penulis berharap hasil karya tulis ilmiah yang telah penulis susun ini dapat dijadikan referensi tambahan untuk para mahasiswa, sehingga para mahasiswa dapat memahami dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe 2 dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Adi, S. (2019). *Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia. PB Perkeni*, 133.
- Alfaqih, M. R., HS, A. A., & Khayudin, B. A. (2022). *Manajemen Penatalaksanaan Diabetes Melitus*. Guepedia. <https://books.google.co.id/books?id=ut1YEAAAQBAJ&printsec=copyright&hl=id#v=onepage&q&f=false>
- Alimora. (2020). *SOP Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu*. UPTD Puskesmas Kampar.
- Alydrus, N. L., & Fauzan, A. (2022). Pemeriksaan Interpretasi Hasil Gula Darah. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Teknologi Kesehatan*, 3(2), 16–21.
- Andriani, L. M. (2021). *Asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemia)*. Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
- American, D. A. (2024). *Istilah Diabetes*. American Diabetes Association. <https://diabetes.org/about-diabetes/common-terms>
- Anggeriyane, E., Wahyudi, & Mumtaziah, W. Z. (2022). Edukasi Etika Batuk dan Pengelolaan Limbah Masker Sebagai Upaya Memutus Mata Rantai Penyebaran Covid-19. *JMM: Urnal Masyarakat Mandiri*, 6(3), 2078–2088. <http://journal.ummat.ac.id/index.php/jmm/article/view/8119/pdf>
- Budi Raharjo, S., Suratmin, R., Maulidia, D., Pratiwi, O., & Meutia Fidela, R. (2022). Perawatan Luka Ulkus Diabetikum: Tinjauan Literatur. *Journal Keperawatan*, 1(2), 98–104. <https://doi.org/10.58774/jourkep.v1i2.15>
- Dewi, R. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus*. Deepublish.
- Ernawati, E., Kartolo, M. S., Mashadi, F. J., Ilmu, D., Masyarakat, K., Kedokteran, F., Tarumanagara, U., Kedokteran, F., & Tarumanagara, U. (2024). *Kegiatan Penapisan Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu Terhadap Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2 Pada Populasi Lanjut Usia Di Panti Werda Hana Screening Activities For Current Blood Sugar Examination For Type 2 Diabetes Mellitus In The Elderly Population At T*. 6(2), 30–36.
- Gelabert, R. (2022). *Diabetes: Pencegahan dan Pengobatan* (F. Parhusip (ed.)). Penerbit Advent Indonesia.
- Hardianto, D. (2021). *Telaah Komprehensif Diabetes Melitus: Klasifikasi, Gejala,*

- Diagnosis, Pencegahan, Dan Pengobatan. *Jurnal Bioteknologi & Biosains Indonesia (JBBi)*, 7(2), 304–317. <https://doi.org/10.29122/jbbi.v7i2.4209>
- Herniyatun, H., Gombong, U. M., Haerianti, M., Barat, U. S., & Yuwanto, M. A. (2023). *eBOOK-Metodologi Keperawatan (1103) compressed* (Issue July).
- Hidayah, F. (2022). *Unity of sciences teori dietetika berbagai penyakit*. Mata kata inspirasi. https://books.google.co.id/books?id=x2u1EAAAQBAJ&newbks=1&newbks_redir=0&printsec=copyright&hl=id#v=onepage&q&f=false
- IDF. (2021). *Fakta & Angka Diabetes di Seluruh Dunia*. International Diabetes Federation. <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>
- Kartikasari, F., Yani, A., & Azidin, Y. (2020). Pengaruh Pelatihan Pengkajian Komprehensif Terhadap Pengetahuan Dan Keterampilan Perawat Mengkaji Kebutuhan Klien Di Puskesmas. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (Jksi)*, 5(1), 79–89. <https://doi.org/10.51143/jksi.v5i1.204>
- Kemendes. (2022). *Diabetes Melitus Tipe 2*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1861/diabetes-mellitus-tipe-2
- Kurniasari, M. D., Kristen, U., Wacana, S., Fretes, F. De, Kristen, U., Wacana, S., Desi, D., Kristen, U., Wacana, S., Rayanti, R. E., Kristen, U., & Wacana, S. (2023). *Konsep dasar keperawatan* (Issue July).
- Lenggogeni, D. P. (2023). *Buerger Allen Exercise Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2*. CV. Mitra Edukasi Negeri. <https://books.google.co.id/books?id=HZkAEQAAQBAJ&printsec=copyright&hl=id#v=onepage&q&f=false>
- Lestari, Zulkarnain, & Sijid, S. A. (2021). Diabetes Melitus: Review Etiologi, Patofisiologi, Gejala, Penyebab, Cara Pemeriksaan, Cara Pengobatan dan Cara Pencegahan. *UIN Alauddin Makassar, November*, 237–241. <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/psb>
- Marasabessy, N. B., Nasela, S. J., & Abidin, L. S. (2020). *Pencegahan penyakit diabetes melitus (DM) tipe 2*. Penerbit NEM. https://www.google.co.id/books/edition/PENCEGAHAN_PENYAKIT_DIABETES_MELITUS_DM/z3cREAAAQBAJ?hl=id&gbpv=0
- Maria, I. (2021). *Asuhan keperawatan diabetes mellitus dan asuhan keperawatan stroke*. Deepublish.
- Mediarti, D., Syokumawena, S., & Nur Alifah, J. S. (2023). Latihan Batuk Efektif Pasien Tuberkulosis Paru Dengan Masalah Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif. *JKM: Jurnal Keperawatan Merdeka*, 3(1), 1–7.

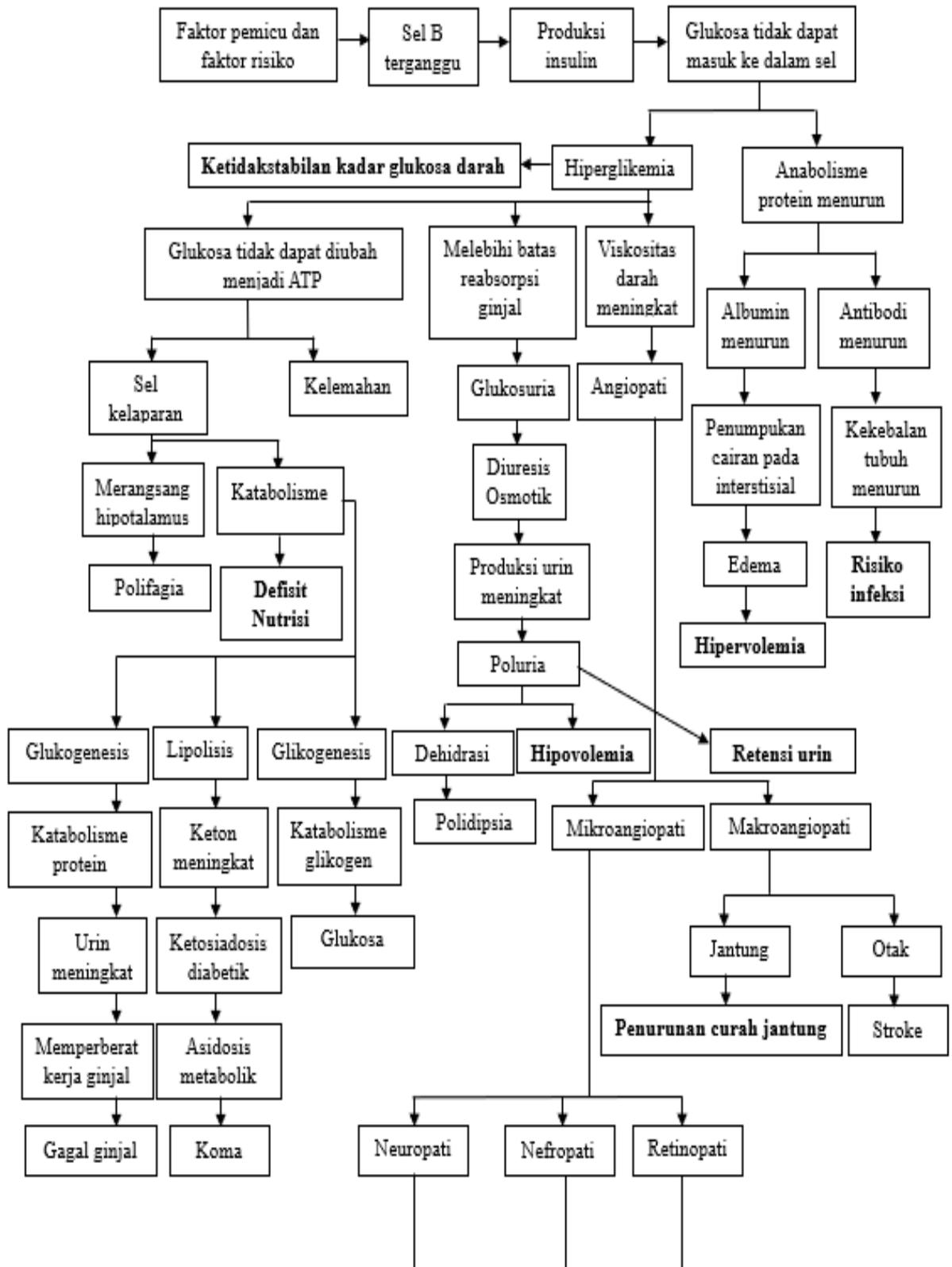
<https://doi.org/10.36086/jkm.v3i1.1558>

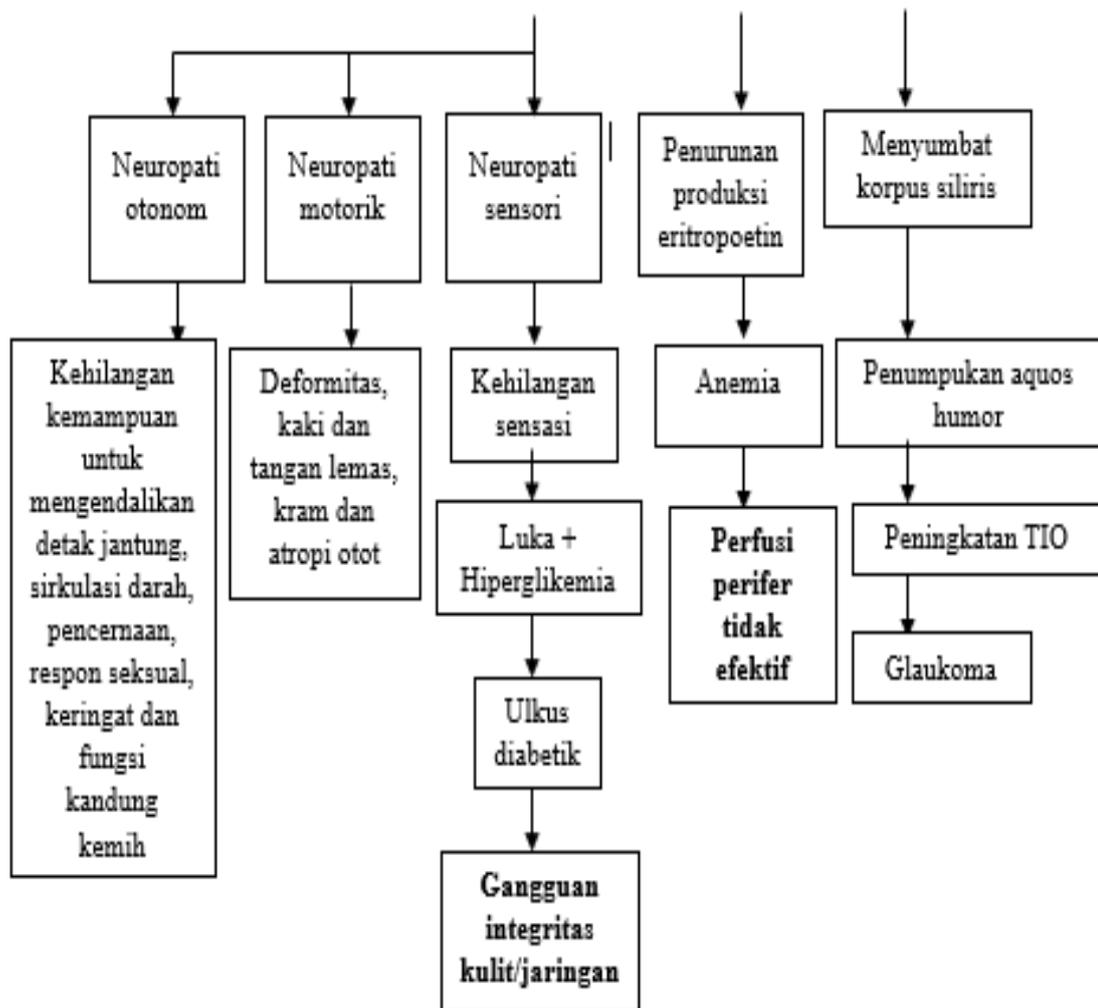
- Medika, T. B. (2017). *Berdamai dengan diabetes* (N. Syamsiyah (ed.)). Tim Bumi Medika.
- Nasif, H., & Nursyafni. (2023). *Hubungan pengetahuan terhadap kepatuhan penggunaan obat pada pasien diabetes melitus tipe 2*. Penerbit Adab.
- Nina, N., Purnama, H., Adzidzah, H. Z. N., Solihat, M., Septriani, M., & Sulistiani, S. (2023). Determinan Risiko dan Pencegahan terhadap Kejadian Penyakit Diabetes Melitus Tipe 2 pada Usia Produktif di Wilayah DKI Jakarta. *Journal of Public Health Education*, 2(4), 377–385. <https://doi.org/10.53801/jphe.v2i4.148>
- Noviyanti, S. R., Nina, N., Dianti, A. R., & Setiawaty, S. (2023). Determinan Diabetes Mellitus Tipe 2 pada Usia Produktif di Wilayah Puskesmas Kecamatan Jagakarsa Jakarta Selatan Tahun 2022. *Journal of Public Health Education*, 2(2), 287–293. <https://doi.org/10.53801/jphe.v2i2.110>
- Nuraini, Anida, Azizah, L. N., Sunarmi, Ferawati, Istibsaroh, F., Sesaria, T. G., Oktavianti, D. S., Muslimin, I. S., Azhar, B., & Amalindah, D. (2023). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Gangguan Sistem Endokrin*. www.nuansafajarcemerlang.com
- Nuraisyah, F. (2020). Faktor Risiko Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan Aisyiyah*, 13(2), 120–127. <https://doi.org/10.31101/jkk.395>
- Permana, E., Kamillah, S., & Wisnusakti, K. (2021). Pengaruh Aktivitas Fisik Jalan Kaki terhadap Kadar Gula Darah pada Pasien Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Cianjur Kota. *Journal of Nursing Education and Practice*, 1(2), 38–47. <https://doi.org/10.53801/jnep.v1i2.45>
- TIM PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar diagnosa keperawatan Indonesia*. Dewan pengurus pusat.
- Pranata, S., & Munawaroh, K. (2020). *Mencegah Diabetes Mellitus dan Komplikasinya*. Pustaka Panasea.
- Putri, R. A. A., & Novitasari, D. (2022). Latihan Batuk Efektif Pada Pasien Dengan Pneumonia. *Jurnal Sehat Mandiri*, 17(1), 87–98. <http://jurnal.poltekkespadang.ac.id/ojs/index.php/jsm>
- Rama Dwi Suputra, I. G. L., & Budiayasa, D. G. A. (2023). Faktor Risiko Kejadian Diabetes Melitus Tipe 2 Pada Pasien Rawat Jalan Di RSUD Sanjiwani Gianyar. *Herb-Medicine Journal: Terbitan Berkala Ilmiah Herbal, Kedokteran Dan Kesehatan*, 5(4), 23. <https://doi.org/10.30595/hmj.v5i4.17061>

- Safira, K. (2022). *Buku Pedoman Diabetes Langkah Praktis Mengenali, Merawat, dan Mengobati Diabetes Semenjak Dini* (F. Husaini (ed.)). ANAK HEBAT INDONESIA.
- Selano, M. K. (2021). Hubungan Lama Menderita Dengan Kejadian Neuropati Diabetikum Pada Pasien Diabetes Melitus. *Jurnal Smart Keperawatan*, 8(2), 129. <https://doi.org/10.34310/jskp.v8i2.505>
- Septriani, M., Nina, N., Adzidzah, H. Z. N., Solihat, M., & Sulistiani, S. (2023). Analisis Perilaku Aktivitas Fisik terhadap Kejadian Diabetes Melitus Tipe 2 pada Usia Produktif di Wilayah DKI Jakarta. *Journal of Public Health Education*, 3(1), 392–399. <https://doi.org/10.53801/jphe.v3i1.153>
- Setiawaty, S., Risma Dianti, A. R. D., & Noviyanti, S. R. (2022). Analisis Risiko dan Perilaku Pencegahan Penyakit DM Tipe 2 Pada Usia Produktif di Wilayah DKI Jakarta Tahun 2021. *Journal of Public Health Education*, 1(02), 82–90. <https://doi.org/10.53801/jphe.v1i02.49>
- Sevianti, E., & Farhamzah. (2024). Deteksi penyakit diabetes melitus gestasional (DMG) pada ibul hamil guna pencegahan komplikasi melalui pemeriksaan glukosa darah di desa srikamulyan kec. tirtajaya kab. karawang. *Abdimas Jurnal Pengabdian Mahasiswa*.
- SKI. (2023). *Dalam Angka Dalam Angka*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan.
- Soelistijo, S. (2021). Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia 2021. *Global Initiative for Asthma*, 46. www.ginasthma.org.
- Syikir, M. S., Suherman, S., Astuti, A., Niar, N., & Kiki, K. S. (2024). Diabetes Self Management Education (DSME) Berbasis Health Coaching (HC) Pada Pasien Diabetes Mellitus Type II : Systematic Review. *Jurnal Pendidikan Dan Teknologi Kesehatan*, 7(1), 63–81. <https://doi.org/10.56467/jptk.v7i1.123>
- Teli, M. (2020). *BAB I KONSEP DASAR BERPIKIR KRITIS Disampaikan oleh : Margaretha Teli, SKep,Ns, MSc*. 1–142.
- Tjahjadi, V. (2017). *Mengenal, mencegah, & mengatasi silent killer*. Romawi Pustaka.
- Wahyuni, K. I. (2020). *DIABETES MELITUS*. Jakad Media. https://books.google.co.id/books?id=3moPEAAAQBAJ&dq=patofisiologi+diabetes+melitus+tipe+2&lr=&source=gbs_navlinks_s
- WHO. (2023). *Diabetes*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

- Widiasari, K. R., Wijaya, I. M. K., & Suputra, P. A. (2021). Diabetes Melitus Tipe 2: Faktor Risiko, Diagnosis, Dan Tatalaksana. *Ganesha Medicine*, 1(2), 114. <https://doi.org/10.23887/gm.v1i2.40006>
- Wulandari, W. (2018). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus Tipe II Di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. *Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan*, 53(9), 1689–1699.
- Yahya, N. (2018). *Hidup sehat dengan diabetes*. Metagraf.
- Zurimi. (2019). Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi dengan Pemberian Teknik Batuk Efektif Pada Pasien TB paru Suardi Zurimi. 2 *TRIK: Tunas-Tunas Riset Kesehatan*, 9(3), 243–248.

PATHWAY





Sumber (Andriani, 2021)

HASIL LABORATORIUM

Nama Pasien : VILTON GRIGARI, Laki-Laki
Tgl. Lahir / Usia : 24-03-1958 / 66 Th / 1 B

Tgl. Pendaftaran : 27/03/2024
Jenis Kelamin : Laki-Laki

HASIL LABORATORIUM REKAP

Parameter	Nilai Normal	Tanggal	
		21/05/2024	30/05/2024
Hemoglobin	13.5 - 18.0		12.3
Hematokrit	42.0 - 52.0		35.2
Hematokrit	4.70 - 6.00	0-1	4.09
MCV	78 - 100		86
MCH	27 - 31		30
MCHC	32 - 36		35
RDW-CV	11.6 - 14.0		12.1
Trombosit	153 - 397		248
Leukosit	4.00 - 10.50	1-2	6.72
Hitung Jenis			
Eosinofil	0.4 - 1.0		2.1
Basofil	0.2 - 1.2		0.4
Neutrofil	50.0 - 70.0		77.2
Limfosit	20.0 - 40.0		10.1
Monosit	3.3 - 12.3		10.0
Eosinofil Absolut			0.34
Basofil Absolut			0.04
Neutrofil Absolut			5.19
Limfosit Absolut			0.68
Monosit Absolut			0.67

Lipid Absolut			0.64
Monosit Absolut			0.67
NLR			7.54
Elektrolit			
Natrium (Na)	135 - 147		14.0
Kalium (K)	3.5 - 5.0		3.40
Klorida (Cl)	96 - 108		10.3
Albumin	3.20 - 4.60	4.00	
eSGP (CRP-EP)			74.0
Glukosa Sewaktu	70 - 100		13.9
Kreatinin	0.67 - 1.17		1.10
Ureum	16.6 - 48.5		36.5
Leukosit Esterase	(-) Negatif	(-) Negatif	
Eritrosit	> 3	0-1	4.09
pH	7.35 - 7.45	7.0	
Bilirubin	(-) Negatif	(-) Negatif	
Leukosit	0-10	1-2	6.72
Bakteria	(-) Negatif	(-) Negatif	
Berat Jenis	1.002 - 1.035	1.005	
Darah Sempit	(-) Negatif	(-) Negatif	
Glukosa	(-) Negatif	(-) Negatif	
Jamur	(-) Negatif	(-) Negatif	
Keterujahan	Jernih	Jernih	
Ketot	(-) Negatif	(-) Negatif	
Kristal	(-) Negatif	(-) Negatif	
Mikroskopis			

pH	7.35 - 7.45	7.0	
Bilirubin	(-) Negatif	(-) Negatif	
Leukosit	0-10	1-2	6.72
Bakteria	(-) Negatif	(-) Negatif	
Berat Jenis	1.002 - 1.035	1.005	
Darah Sempit	(-) Negatif	(-) Negatif	
Glukosa	(-) Negatif	(-) Negatif	
Jamur	(-) Negatif	(-) Negatif	
Keterujahan	Jernih	Jernih	
Ketot	(-) Negatif	(-) Negatif	
Kristal	(-) Negatif	(-) Negatif	
Mikroskopis			
Amil	(-) Negatif	(-) Negatif	
Protein	(-) Negatif	(-) Negatif	
Sel Epitel		1-	
Silinder	(-) Negatif	(-) Negatif	
Urin Lengkap			
Urobilinogen	0-1.0	0.2	
Uriuria	Normal	Kurang	
Catatan:			

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN (SAP)

Pokok bahasan	: Batuk Efektif
Sub pokok bahasan	: Teknik Batuk Efektif
Sasaran	: Tn. V
Hari/tanggal	: 21 Mei 2024
Tempat	: Ruang Penyakit Dalam Kamar 1301
Waktu	: 20 menit
Penyuluh	: Widiya Andini (Mahasiswa STIKes RS Husada)

I. Tujuan instruksional umum (TIU)

Setelah mendapatkan penyuluhan selama 1 x 20 menit diharapkan pasien dapat memahami mengenai batuk efektif dan dapat mendemonstrasikan teknik batuk efektif yang telah diberikan.

II. Tujuan instruksional khusus (TIK)

Setelah diberikan penyuluhan, pasien diharapkan dapat:

1. Menjelaskan pengertian batuk efektif
2. Menjelaskan tujuan batuk efektif
3. Menyebutkan 3 dari 4 alat yang diperlukan
4. Menyebutkan 3 dari 6 cara melakukan teknik batuk efektif
5. Menjelaskan etika batuk
6. Mendemonstrasikan teknik batuk efektif

III. Materi penyuluhan

1. Pengertian batuk tidak efektif
2. Tujuan dari batuk tidak efektif
3. Alat yang diperlukan
4. Cara melakukan teknik batuk efektif
5. Etika batuk

IV. Metode penyuluhan

1. Ceramah
2. Tanya jawab/diskusiz

V. Media penyuluhan

1. PPT
2. Leaflet

VI. Rencana kegiatan penyuluhan

No	Kegiatan	Uraian Kegiatan	
		Penyuluh	Audience
1.	Pembukaan (2 menit)	<ol style="list-style-type: none"> a. Mengucapkan salam b. Menyampaikan tujuan penyuluhan c. Melakukan apresiasi 	<ol style="list-style-type: none"> a. Menjawab salam b. Menyetujui penyuluhan c. Mengikuti apresiasi
2.	Penyampaian Materi (15 menit)	<ol style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pengetahuan sebelumnya mengenai batuk efektif b. Memberikan penyuluhan dan berdiskusi bersama pasien tentang teknik batuk efektif c. Menjelaskan pengertian batuk efektif d. Menjelaskan tujuan batuk efektif e. Menyebutkan 3 dari 4 alat yang diperlukan f. Menyebutkan 3 dari 6 cara melakukan teknik batuk efektif g. Menjelaskan etika batuk h. Menjawab pertanyaan 	<ol style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan pengetahuan sebelumnya mengenai batuk efektif b. Menyimak materi dan berdiskusi c. Menyimak penjelasan yang diberikan d. Menyimak penjelasan yang diberikan e. Menyimak penjelasan yang diberikan f. Menyimak penjelasan yang diberikan g. Menyimak penjelasan yang diberikan h. Menyatakan pertanyaan
3.	Penutup (3 menit)	<ol style="list-style-type: none"> a. Melakukan evaluasi 	<ol style="list-style-type: none"> a. Menjawab pertanyaan

		b. Menyimpulkan materi penyuluhan dan hasil diskusi c. Mengucapkan salam	b. Menyimak kesimpulan c. Menjawab salam
--	--	---	---

VII. Evaluasi

1. Evaluasi struktural
 - a. SAP dan media telah dikonsultasikan kepada pembimbing sebelum pelaksanaan
 - b. Pemberi materi telah menguasai seluruh materi
 - c. Tempat dipersiapkan H-1 sebelum pelaksanaan
 - d. Mahasiswa dan pasien berada di tempat sesuai kontrak waktu yang telah disepakati
2. Evaluasi proses
 - a. Proses pelaksanaan sesuai rencana
 - b. Pasien aktif dalam diskusi dan tanya jawab
 - c. Pasien mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir
3. Evaluasi hasil

60% peserta dapat menyebutkan hasil penyuluhan, seperti pengertian batuk efektif, tujuan batuk efektif, alat yang diperlukan, cara melakukan teknik batuk efektif, dan etika batuk efektif.

VIII. Sumber

- Anggeriyane, E., Wahyudi, & Mumtaziah, W. Z. (2022). Edukasi Etika Batuk dan Pengelolaan Limbah Masker Sebagai Upaya Memutus Mata Rantai Penyebaran Covid-19. *JMM: Urnal Masyarakat Mandiri*, 6(3), 2078–2088. <http://journal.ummat.ac.id/index.php/jmm/article/view/8119/pdf>
- Mediarti, D., Syokumawena, S., & Nur Alifah, J. S. (2023). Latihan Batuk Efektif Pasien Tuberkulosis Paru Dengan Masalah Bersihan Jalan Nafas Tidak

- Putri, R. A. A., & Novitasari, D. (2022). Latihan Batuk Efektif Pada Pasien Dengan Pneumonia. *Jurnal Sehat Mandiri*, 17(1), 87–98.
<http://jurnal.poltekkespadang.ac.id/ojs/index.php/jsm>
- Zurimi. (2019). DOI: <http://dx.doi.org/10.33846/2trik9309> Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi dengan Pemberian Teknik Batuk Efektif Pada Pasien TB paru Suardi Zurimi. 2 *TRIK: Tunas-Tunas Riset Kesehatan*, 9(3), 243–248.

MATERI

TEKNIK BATUK EFEKTIF

A. Pengertian batuk efektif

Batuk efektif adalah tindakan yang diperlukan untuk membersihkan sekresi. Batuk efektif dilakukan melalui gerakan yang terencana atau dilatih terlebih dahulu (Mediarti et al., 2023).

B. Tujuan batuk efektif

Tujuan batuk efektif ialah untuk menghilangkan berbagai hambatan yang menghalangi atau menutup jalan napas, dan cara batuk yang benar dapat menghemat energi, membuat tidak lelah, dan mudah mengeluarkan dahak (Zurimi, 2019).

C. Alat yang diperlukan

1. Kertas tisu
2. Bengkok
3. Perlak/alas
4. Sputum pot berisikan disinfektan

D. Cara melakukan teknik batuk efektif

Menurut Putri & Novitasari (2022), tata cara melakukan teknik batuk efektif sebagai berikut:

1. Anjurkan pasien untuk tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, lalu anjurkan untuk tahan selama 2 detik
2. Kemudian keluarkan napas dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik

3. Anjurkan mengulangi tarik nafas dalam hingga 3 kali
4. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas yang ketiga kalinya
5. Menampung lendir dalam sputum pot

E. Etika batuk

Etika batuk yang harus diperhatikan ketika berada di tempat umum. Beberapa pilihan sikap yang harus dilakukan yaitu menggunakan masker dengan baik saat batuk sehingga droplet tidak mengenai orang lain, menutup area hidung serta mulut menggunakan lengan bagian dalam apabila tidak menggunakan masker atau cara lain yaitu menutup area hidung dan mulut menggunakan tisu kemudian segera membuang ke tempat sampah yang tertutup (Anggeriyane et al., 2022).

LEAFLET TEKNIK BATUK EFEKTIF



4. Lalu batuk dengan kuat langsung tarik nafas yang ketiga kalinya

2. Menutup area hidung serta mulut menggunakan lengan bagian dalam, bila pakai masker



3. Menutup area hidung dan mulut menggunakan tisu dan segera buang ke tempat sampah tertutup



TEKNIK BATUK EFEKTIF

5. Tenampung lendir dalam sputum pot



Etika Batuk Efektif

Etika batuk yang harus diperhatikan ketika berada di tempat umum yaitu:

- Menggunakan masker dengan baik saat batuk



sumber:
 Anggeriyane, E., Wahyudi, & Mumtaziah, W. Z. (2022). Edukasi Etika Batuk dan Pengelolaan Limbah Masker Sebagai Upaya Memutus Mata Rantai Penyebaran Covid-19. JMM: Ural Masyarakat Mandiri, 6(3), 2078–2088. <http://journal.ummat.ac.id/index.php/jmm/article/view/8119/pdf>
 Mediarti, D., Syokumawena, S., & Nur Alifah, J. S. (2023). Latihan Batuk Efektif Pasien Tuberkulosis Paru Dengan Masalah Bersihan Jalan Nafas Tidak
 Putri, R. A. A., & Novitasari, D. (2022). Latihan Batuk Efektif Pada Pasien Dengan Pneumonia. Jurnal Sehat Mandiri, 17(1), 87–98. <http://iurnal.poltekkespadang.ac.id/ojs/index.php/ism>
 Zurimi. (2019). DOI: <http://dx.doi.org/10.33846/2trik9309> Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi dengan Pemberian Teknik Batuk Efektif Pada Pasien TB paru. Suardi Zurimi. 2 TRIK: Tunas-Tunas Riset Kesehatan, 9(3), 243–248.





Pengertian Batuk Efektif

Batuk efektif adalah tindakan yang diperlukan untuk membersihkan sekresi atau dahak. Batuk efektif dilakukan melalui gerakan yang terencana atau dilatih terlebih dahulu.

Tujuan Batuk Efektif

Untuk menghilangkan berbagai hambatan yang menghalangi atau menutupi jalan nafas, dan cara batuk yang benar dapat menghemat energi, tidak membuat lelah, dan mudah mengeluarkan dahak.

Alat yang diperlukan



Tisu



Bengkok



Perlak/alas



Sputum pot

Cara Melakukan Teknik Batuk Efektif

- Tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, lalu tahan selama 2 detik
- Kemudian keluarkan nafas dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik
- ulangi tarik nafas dalam hingga 3 kali



SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR)

PEMERIKSAAN GULA DARAH

	<p style="text-align: center;">Standar Operasional Prosedur Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu</p>
<p style="text-align: center;">1</p>	<p style="text-align: center;">2</p>
<p>Pengertian</p>	<p>Pemeriksaan gula darah adalah suatu tindakan untuk mengetahui hasil atau nilai gula darah pada pasien yang dilakukan sewaktu dan tanpa persiapan apapun.</p>
<p>Tujuan</p>	<p>Untuk mengetahui nilai kadar gula darah dalam tubuh</p>
<p>Indikasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien yang tidak mengetahui penyakitnya 2. Penderita DM
<p>Prosedur</p>	<p>Pra interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca status pasien 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat dan bahan (<i>handscoon</i>, lancet steril, <i>alcohol swab</i>, alat ukur gula darah, stik gula darah, bengkok dan buku catatan keperawatan) <p>Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam 2. Perkenalkan diri

	<ol style="list-style-type: none">3. Validasi identitas pasien, kondisi pasien saat ini dan kesiapan pasien untuk melakukan kegiatan sesuai kontrak sebelumnya4. Menjaga privasi pasien5. Menyampaikan tujuan dan kesepakatan waktu dilakukannya tindakan <p>Kerja</p> <ol style="list-style-type: none">1. Siapkan peralatan: <i>handscoon</i>, lancet steril, <i>alcohol swab</i>, alat ukur gula darah, stik gula darah, bengkok, dan buku catatan keperawatan2. Masukkan stik gula darah ke dalam alat ukur gula darah3. Pilih area jari yang akan disinfeksi dengan <i>alcohol swab</i>, lalu biarkan kering4. Tusuk dengan lancet steril pada ujung jari yang telah didisinfeksi sampai keluar darah5. Lalu dekatkan alat ukur gula darah yang sudah terpasang stik gula darah dan teteskan darah yang keluar pada ujung stik gula darah <p>Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evaluasi hasil: baca hasil pemeriksaan gula darah2. Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya
--	--

	<p>3. Kontrak waktu dan tempat untuk tindakan pemeriksaan gula darah selanjutnya</p> <p>Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mencatat waktu, dan hasil pelaksanaan tindakan2. Mencatat respon dan perasaan pasien setelah dilakukan tindakan pemeriksaan gula darah
Sumber	(Alimora, 2020)

LAPORAN PENDAHULUAN

ANALISA OBAT

1. Asering 500cc

a. Pengertian

Asering infus merupakan larutan steril dengan kandungan beragam elektrolit yang bermanfaat untuk membantu mencukupi gizi dan nutrisi, serta mengatasi dehidrasi.

b. Indikasi

Dehidrasi (syok hipovolemik dan asidosis) pada kondisi: gastroenteritis akut, demam berdarah dengue (DHF), luka bakar, syok hemoragik, dehidrasi berat, trauma. Namun asering juga sering kali digunakan dan tidak ada ketentuan khusus dalam penggunaannya.

c. Kontraindikasi

Penderita gagal jantung kongestif, kerusakan ginjal, edema paru yang disebabkan oleh retensi kandungan Na, hyperhidrosis dan hiperkloremia, hypernatremia dan hiperproteinemia, disosiasi elektromekanik, jantung resistan, sirosis hati dan retensi cairan, toksisitas digitalis.

d. Efek Samping

Efek samping penggunaan asering infus yang mungkin terjadi adalah yaitu, hiperglikemia (kadar gula darah lebih tinggi dari nilai normal), iritasi lokal, anuria (tubuh tidak mampu memproduksi urin), oliguria (jumlah urin yang keluar sedikit), kolaps sirkulasi, tromboflebitis (peradangan pada pembuluh darah vena), edema (pembengkakan pada

Lampiran 6 Laporan Pendahuluan Analisa Obat

anggota tubuh yang terjadi karena penimbunan cairan di dalam jaringan), hipoglikemia (kekurangan kalium dan dalam darah), hipomagnesemia (kadar magnesium dalam tubuh rendah), hipofosfatemia (kadar fosfat yang terlalu tinggi dalam darah)

2. OBH Sirup

a. Pengertian

OBH merupakan obat batuk hitam dengan kandungan *succus liquiritiae*, *ammonium chloride*, dan *sasa*. Obat ini digunakan untuk mengobati batuk berdahak dengan cara memudahkan pengeluaran dahak.

b. Indikasi

Batuk berdahak

c. Kontraindikasi

Penderita yang hipersensitif terhadap salah satu komponen obat

d. Efek Samping

Mengantuk

e. Dosis

Dewasa: 3 – 4x sehari 1 sendok makan (15 ml)

3. Ondansetron

a. Pengertian

Ondansetron adalah obat untuk mencegah serta mengobati mual dan muntah yang bisa disebabkan oleh efek samping kemoterapi, radioterapi, atau operasi. Obat ini hanya boleh dikonsumsi dengan resep dokter.

b. Indikasi

Lampiran 6 Laporan Pendahuluan Analisa Obat

Penatalaksanaan untuk mual dan muntah karena kemoterapi dan radioterapi, mual dan muntah post operasi.

c. Kontraindikasi

Hipersensitivitas, sindrom QT panjang bawaan, penggunaan bersamaan dengan *apomorphine*. Penggunaan ondansetron pada pasien dengan gangguan fungsi hati berat harus dihindari. Hati-hati penggunaan pada ibu hamil karena dapat memberikan efek samping berupa konstipasi, pusing dan ruam. Penggunaan pada ibu menyusui belum didukung oleh data keamanan yang cukup.

d. Efek samping

Ondansetron dapat menimbulkan efek samping yang berbeda-beda pada tiap orang. Beberapa efek samping yang umum terjadi antara lain: sakit kepala, sembelit, lelah dan lemah, meriang, mengantuk, pusing

e. Dosis

Ondansetron diberikan dosis 8 mg secara injeksi per oral 2 kali sehari selama kurang dari 5 hari.

4. Omeprazole

a. Pengertian

Omeprazole adalah obat yang digunakan untuk menangani keluhan-keluhan asam lambung berlebih. Omeprazole termasuk dalam kelompok penghambat pompa proton (*proton pump inhibitor*). Obat ini bekerja dengan menekan produksi asam lambung.

b. Indikasi

Lampiran 6 Laporan Pendahuluan Analisa Obat

Indikasi omeprazole adalah berbagai kondisi medis yang berhubungan dengan peningkatan asam lambung. Dalam praktik klinis, omeprazole kerap digunakan untuk ulkus peptikum, ulserasi lambung karena obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS), sindrom Zollinger-Ellison, dan infeksi *H. pylori*.

c. Kontraindikasi

Omeprazole dikontraindikasikan pada pasien yang memiliki riwayat hipersensitivitas terhadap omeprazole ataupun obat penghambat pompa proton lainnya. Omeprazole juga dikontraindikasikan pada pasien yang mengonsumsi nelfinavir karena dapat terjadi penurunan konsentrasi obat nelfinavir.

d. Efek Samping

Beberapa efek samping yang bisa terjadi setelah menggunakan omeprazole adalah sakit kepala. Sakit perut atau perut kembung. Mual atau muntah.

e. Dosis

Dewasa: 40 mg, 1 kali sehari yang diberikan melalui infus selama 20 – 30 menit, dalam bentuk suntik.

5. Ceftriaxone

a. Pengertian:

Ceftriaxone adalah obat untuk mengatasi penyakit akibat infeksi bakteri, seperti gonore, meningitis, otitis media, sifilis, dan penyakit Lyme.

b. Indikasi

Lampiran 6 Laporan Pendahuluan Analisa Obat

Indikasi pasien dengan penyakit meningitis, penyakit tipus, radang paru-paru, otitis media, pelonefritis, infeksi panggul, keracunan darah, infeksi gonokokal, keracunan darah.

c. Kontraindikasi

Ceftriaxone dikontraindikasikan pada pasien yang diketahui alergi terhadap antibiotik golongan sefalosporin.

d. Efek Samping

Bengkak, kemerahan, atau nyeri di tempat suntikan, sakit kepala, pusing, mual dan muntah, diare, gatal pada vagina atau keputihan, ruam kulit, kantuk, sakit perut, keringat berlebih.

e. Dosis

Dewasa: 1.000 – 2.000 mg per hari. Pada infeksi yang berat, dosis dapat ditingkatkan menjadi 4.000 mg, 1 – 2 kali sehari. Pengobatan diberikan dengan suntikan IM, suntikan IV selama 5 menit, atau infus selama 30 menit.

6. Lasix Furosemide

a. Pengertian

Furosemide adalah obat untuk mengatasi penumpukan cairan di dalam tubuh atau edema. Furosemide bekerja dengan cara menghalangi penyerapan natrium di dalam sel-sel tubulus ginjal. Dengan begitu, jumlah urin yang dihasilkan serta dikeluarkan oleh tubuh akan meningkat.

b. Indikasi

Untuk menurunkan tekanan darah tinggi, dan mencegah stroke, serangan jantung, serta gangguan ginjal.

Lampiran 6 Laporan Pendahuluan Analisa Obat

c. Kontraindikasi

Hipersensitivitas terhadap furosemide dan sulfonamide, anuria, gagal ginjal, penyakit Addison, hipovolemia, dehidrasi.

d. Efek Samping

Pusing, sakit kepala, mual dan muntah, diare, penglihatan buram, sembelit.

e. Dosis

Dewasa: 40 mg, disuntikkan perlahan melalui selang infus selama 1 – 2 menit. Dosis bisa ditingkatkan menjadi 80 mg jika diperlukan.

7. Candesartan

a. Pengertian

Candesartan merupakan obat untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi. Obat ini juga digunakan dalam pengobatan gagal jantung. Obat ini hanya boleh digunakan berdasarkan resep dokter.

b. Indikasi

Untuk menangani hipertensi pada orang dewasa, dan anak berusia >1 tahun, serta untuk menangani gagal jantung pada orang dewasa.

c. Kontraindikasi

Pasien yang hipersensitif terhadap candesartan atau komponen yang terkandung dalam formulasinya. Pasien dengan gangguan hati yang berat dengan atau tanpa ketoasidosis. Wanita hamil dan menyusui.

d. Efek Samping

Sakit kepala, nyeri punggung, pusing, batuk, bersin, hidung tersumbat, ruam pada kulit.

Lampiran 6 Laporan Pendahuluan Analisa Obat

e. Dosis

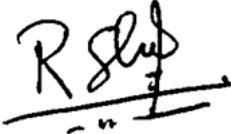
Dewasa: 8 mg, sekali sehari. Dosis dapat disesuaikan dengan respons tubuh pasien. Dosis maksimal 32 mg per hari.

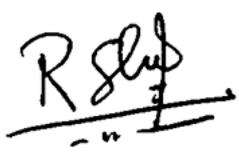
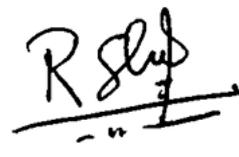
LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Ribka S. Panjaitan, M.Kep

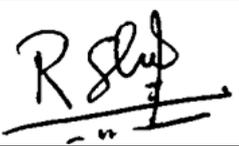
Nama Mahasiswa : Widiya Andini

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. V dengan
Diabetes Melitus Tipe 2 di Ruang Penyakit Dalam
Kamar 1301 Lantai 13 di RSUD Koja Jakarta
Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda Tangan
1.	21 Mei 2024	Konsultasi pengambilan kasus diruangan dan penentuan diagnosa	
2.	27 Mei 2024	Konsultasi penulisan Bab 3	
3.	30 Mei 2024	Konsultasi pengambilan diagnosa	
4.	6 Juni 2024	Konsultasi Penulisan Bab 1	
5.	8 Juni 2024	Konsultasi revisi bab 1, pengarahan sistematika penulisan, perbaikan dalam penyusunan kalimat, peraikan margin, perbaikan typo	

6.	11 Juni 2024	Konsultasi bab 2	
7.	13 Juni 2024	Konsultasi revisi bab 2, melakukan pengarahannya semua yang ditulis dalam bab 2 harus dinarasikan, perbaikan subjudul, perbaikan kata sambung pada kalimat, perbaikan penulisan klasifikasi, perbaikan typo pada kalimat, perbaikan penulisan sumber, perbaikan kalimat yang ilmiah, perbaikan penulisan miring pada bahasa asing.	
8.	14 Juni 2024	Konsultasi revisi bab 3, memisahkan data antara sakit dan sebelum sakit, penambahan data, perbaikan spacing, membuat hasil lab dalam bentuk narasi, penambahan hasil satuan lab,	

Lampiran 7 Lembar Konsultasi

		mensinkronkan data dengan pengkajian	
9.	17 Juni 2024	Konsultasi bab 4 dan bab 5	
10.	18 Juni 2024	Konsultasi revisi bab 4, meletakkan jurnal terkait terhadap teori yang ditambahkan pada bab 4	
11.	19 Juni 2024	ACC bab 1-5	
12.	20 Juni 2024	Konsultasi cover karya tulis ilmiah dan bab 1-5	
13.	21 Juni 2024	ACC Cover dan bab 1 – 5	
14.	22 Juni 2024	ACC Sidang	