



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.M DENGAN
DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANG PENYAKIT
DALAM KAMAR 1301 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

AYU RATNA NURHALIFAH

2011082

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.M DENGAN
DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANG PENYAKIT
DALAM KAMAR 1301 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

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

AYU RATNA NURHALIFAH

2011082

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**

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 : Ayu Ratna Nurhalifah

NIM : 2011082

Tanda tangan : 

Tanggal : 9 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.M DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANG PENYAKIT DALAM KAMAR 1301 RSUD KOJA JAKARTA UTARA

Pembimbing



(Enni Juliani, M.Kep)

Penguji I



(Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep)

Penguji II



(Ns. Hotmarina Purba, S.Kep)

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



(Ellynia, S.E., M.M)

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. Enni Juliani, M.Kep selaku Dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini;
2. Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep selaku Penguji I dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini;
3. Ns. Hotmarina Purba, S.Kep selaku Penguji II dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini;
4. Ellynia, S.E., M.M selaku Ketua Sekolah Tinggi ilmu Kesehatan RS Husada yang telah memberikan dukungan dan arahan selama masa perkuliahan;
5. Ns. Veronica Yeni Rahmawati, M.Kep., Sp.Kep.Mat selaku Ketua Prodi Diploma Tiga Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah memberikan dukungan dan pembelajaran yang sangat bermanfaat bagi penulis;
6. Ns. Yarwin Yari, M.Biomed selaku Pembimbing Akademik yang telah membimbing dan memberikan dukungan selama tiga tahun masa perkuliahan berlangsung;
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. Kepala Ruangan dan perawat Ruang Penyakit Dalam Lantai 13 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara yang memberikan dukungan dan ilmu yang sangat bermanfaat untuk penulis selama melakukan asuhan keperawatan;
9. Bapak Jumsani dan Ibu Sartini selaku orang tua penulis dan Kakak Nana Sutisna yang telah memberikan dukungan, do'a dan fasilitas dalam menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini;
10. Tn.M dan keluarga yang telah kooperatif dan informatif dalam membantu penulis selama memberikan asuhan keperawatan;
11. Adinda Salsabila selaku sahabat yang telah banyak membantu dan menemani penulis selama menyusun Karya Tulis Ilmiah ini;
12. Fatimah dan Dessy selaku kaka penulis yang sudah membantu dan memberikan motivasi kepada penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini;
13. Cemara (Adinda Salsabila, Alsefia Fadiyani, dan Caroline Angellyca) yang telah menemani selama masa perkuliahan dan selalu memberikan motivasi;
14. Sahabat tercinta yang sudah memberikan motivasi dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini (Siti Nurjannah dan Wulandari);
15. Tim Keperawatan Medikal Bedah 1 yang telah berjuang bersama dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini (Alsefia Fadiyani, Caroline Angellyca, Dea Aditya, dan Dewi Alfrida);
16. *Last but not least, i wanna thank me. I wanna thank me for believing in me, i wanna thank me for doing all this hard work, i wanna thank me for having no days off, i wanna thank me for never quitting, i wanna thank me for just being me at all times.*

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	4
C. Ruang Lingkup	5
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN TEORI	7
A. Pengertian	7
B. Patofisiologi	8
C. Penatalaksanaan	14
1. Terapi	14
2. Tindakan medis yang bertujuan pengobatan	16
D. Pengkajian Keperawatan	20
E. Diagnosis Keperawatan	24
F. Perencanaan Keperawatan	25
G. Pelaksanaan Keperawatan	32
H. Evaluasi Keperawatan	33
BAB III TINJAUAN KASUS	35
A. Pengkajian	35
B. Diagnosis Keperawatan	53
C. Perencanaan, Penatalaksanaan, Evaluasi	53
BAB IV PEMBAHASAN	78
A. Pengkajian	79
B. Diagnosa	81
C. Perencanaan	84
D. Pelaksanaan	85
E. Evaluasi	87
BAB V PENUTUP	89
A. Kesimpulan	90
B. Saran	93
DAFTAR PUSTAKA	94

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : *Pathway* Diabetes Melitus
- Lampiran 2 : Analisa Obat
- Lampiran 3 : *Balance* Cairan
- Lampiran 4 : Satuan Acara Penyuluhan Hipoglikemia
- Lampiran 5 : Lembar Balik Hipoglikemia
- Lampiran 6 : Leaflet Hipoglikemia
- Lampiran 7 : Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes Melitus merupakan kondisi ketika kadar glukosa darah mengalami peningkatan diatas batas normal, yang disebabkan karena sel beta pankreas tidak cukup mensekresikan insulin sesuai dengan kebutuhan tubuh atau terjadi gangguan pada fungsi insulin yang disebut resistensi insulin. Diabetes melitus disebut juga sebagai penyakit yang serius karena dapat mengakibatkan kematian (Hasanudin, 2020). Diabetes melitus tipe 2 terjadi ketika adanya resistensi insulin yaitu ketika tubuh tidak bisa menggunakan insulin secara efektif. Pada diabetes melitus tipe gestasional yaitu diabetes melitus yang terjadi saat kehamilan (Appleton et al., 2019).

Menurut data dari *International Diabetes Federation* (IDF) pada tahun 2021 terdapat sekitar 537 juta orang yang menderita diabetes melitus di dunia dan jumlah ini diprediksi akan mengalami peningkatan sebesar 46% pada tahun 2045 yaitu sebanyak 784 juta orang. Sedangkan di Asia Tenggara terdapat 90 juta orang yang menderita diabetes melitus dan di prediksi akan mengalami peningkatan sebesar 68% pada tahun 2045. Diabetes melitus ini menyebabkan kematian sebanyak 6.7 juta jiwa pada tahun 2021 di dunia. Pada tahun 2021 Indonesia merupakan negara ke lima yang memiliki penduduk terbanyak yang terdiagnosa diabetes melitus yaitu sebanyak 19.5 juta jiwa. posisi pertama yaitu China dengan jumlah 140.9 juta jiwa, India 74.2 juta jiwa, Pakistan 33.0 juta jiwa, Amerika 32.2 juta jiwa. Sedangkan yang belum

terdiagnosa diabetes melitus yaitu China dengan jumlah 72.8 juta jiwa, India 39.4 juta jiwa dan Indonesia dengan jumlah 14.3 juta jiwa (IDF, 2021).

Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi diabetes melitus tertinggi berdasarkan diagnosis dokter pada semua umur menurut provinsi yaitu DKI Jakarta sebesar 2,6%, kemudian DI Yogyakarta sebesar 2,4%, dan Kalimantan Timur 2,3% (Riskesdas, 2018). Berdasarkan catatan medis di Ruang Penyakit Dalam lantai 13 RSUD Koja Jakarta Utara pada periode Maret tahun 2022 sampai dengan Maret tahun 2023, jumlah pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2 sebesar 2,8% dari jumlah 29.938 yang dirawat di RSUD Koja Jakarta Utara.

Penyakit diabetes melitus apabila tidak ditangani dengan baik akan menyebabkan komplikasi akut dan kronis. Komplikasi akut seperti hipoglikemia, ketoasidosis diabetik, dan sindrom hiperglikemia hiperosmolar nonketotik. Sedangkan komplikasi kronis seperti komplikasi makrovaskular dan mikrovaskular. Komplikasi makrovaskular yaitu penyakit yang ada pada sistem kardiovaskular seperti penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah perifer dan penyakit serebrovaskular. Sedangkan mikrovaskular yaitu pada ginjal, retina, dan sistem persyarafan. Diabetes melitus dapat menyebabkan kematian apabila sudah terdapat komplikasi yang tidak segera ditangani dengan baik. Diabetes melitus tipe 2 dengan komplikasi gagal ginjal menyebabkan kematian sekitar 10%. Komplikasi dengan retinopati diabetik di Amerika Serikat terdapat sekitar 28,5% dan di negara Asia sekitar 16% sampai dengan 35%. Diabetes melitus tipe 2 juga menjadi penyebab utama amputasi kaki di Amerika Serikat (Widiasari et al., 2021).

Dari data-data diatas dapat disimpulkan bahwa diabetes melitus sampai saat ini masih menjadi salah satu penyakit yang mengancam sehingga harus dilakukan penatalaksanaan dengan baik (Anggraeni et al., 2020). Komplikasi diabetes melitus dapat dicegah dengan mengontrol gula darah, mengontrol pola makan, pengobatan, olahraga, dan perawatan pada kaki. Oleh karena itu, diperlukan pengetahuan dan kemampuan yang baik dari penderita diabetes melitus agar tidak menimbulkan komplikasi yang kompleks (Nurdin, 2021).

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2020), peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada diabetes melitus seperti upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam upaya promotif perawat dapat memberikan informasi kepada penderita tentang diabetes melitus, upaya preventif dengan cara membantu dalam mengontrol pola makan, seperti menghindari makanan yang mengandung banyak gula dan lemak, rutin olahraga agar berat badan tetap stabil, dan menghindari stres. Peran perawat dalam upaya kuratif yaitu dengan cara penatalaksanaan secara medis seperti pengobatan pada penderita diabetes, terapi insulin, dan mengontrol kadar gula darah, sedangkan peran perawat dalam upaya rehabilitatif yaitu dengan cara menganjurkan penderita untuk selalu mengontrol kadar gula darahnya secara teratur, melakukan perawatan pada bagian kakinya, mengonsumsi obat dengan teratur, serta rutin kontrol ke fasilitas kesehatan.

Berdasarkan permasalahan diatas maka penting untuk mengetahui lebih lanjut bagaimana pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus secara nyata melalui proses keperawatan mulai dari pengkajian,

merumuskan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penulis adalah diperolehnya pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus Tipe 2

2. Tujuan Khusus

- a Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2
- b Mampu menentukan masalah keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2
- c Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2
- d Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2
- e Mampu melakukan evaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2
- f Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan saat pelaksanaan praktik asuhan keperawatan
- g Mampu mengidentifikasi faktor-faktor yang mendukung, menghambat proses asuhan keperawatan serta mampu memberikan solusi atau dapat memecahkan masalah yang timbul

- h Mampu mendokumentasikan tindakan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2

C. Ruang Lingkup

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis hanya membahas satu kasus yakni “Asuhan Keperawatan pada pasien Tn.M dengan Diabetes Melitus Tipe 2 di Ruang Penyakit Dalam Lantai 13 Kamar 1301 Rumah Sakit Umum Daerah Koja selama 3 x 24 jam dimulai sejak 13 Maret sampai dengan 15 Maret 2023”

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dan metode studi kepustakaan. Dalam metode deskriptif pendekatan yang digunakan adalah studi kasus dimana penulis mengelola satu kasus dengan menggunakan proses keperawatan. Penulis menggunakan teknik pengumpulan data melalui studi kepustakaan yaitu dengan membaca dan mempelajari buku atau sumber bacaan yang membahas tentang diabetes melitus tipe 2. Studi dokumentasi dengan mengumpulkan data-data dari rekam medis atau catatan keperawatan pada pasien, wawancara langsung dengan pasien, keluarga dan perawat yang bertanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan dan juga melakukan observasi dengan mengamati dan mengidentifikasi keadaan pasien secara langsung.

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ilmiah ini terdiri dari lima bab yang telah disusun secara sistematis yaitu : Bab I adalah pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II adalah tinjauan teori yang terdiri dari pengertian, patofisiologi (etiologi, proses penyakit, manifestasi klinik dan komplikasi) penatalaksanaan dan konsep asuhan keperawatan. Bab III adalah tinjauan kasus asuhan keperawatan pada Tn.M dengan diabetes melitus tipe 2 di RSUD Koja yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV adalah pembahasan tentang kesenjangan antara teori dan praktik, analisa faktor-faktor pendukung dan penghambat serta alternatif pemecahan masalah dalam memberikan asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Bab V adalah penutup yang meliputi kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Diabetes melitus adalah keadaan terganggunya metabolisme tubuh yang ditandai dengan adanya kenaikan kadar glukosa darah. Kondisi ini disebabkan karena terjadi kerusakan pada pankreas sehingga sekresi insulin terganggu, insulin yang tidak dapat bekerja secara efektif, atau bahkan keduanya (Petersmann et al., 2019). Diabetes merupakan penyakit kronis yang sangat kompleks dan membutuhkan perawatan medis yang terus-menerus untuk mengurangi risiko komplikasi yang kemungkinan akan timbul karena ketidakseimbangan kadar glukosa darah (American Diabetes Association, 2022)

Diabetes melitus tipe 2 biasanya disebut sebagai “*noninsulin-dependent diabetes*” atau diabetes yang tidak tergantung dengan insulin (American Diabetes Association, 2022). Diabetes tipe 2 ini merupakan diabetes melitus yang paling umum yang disebabkan karena terjadi gangguan pada fungsi insulin atau biasa disebut sebagai resistensi insulin (Widiasari et al., 2021)

B. Patofisiologi

1. Etiologi

Sampai saat ini penyebab diabetes melitus belum pasti diketahui secara jelas. Namun, terdapat beberapa faktor yang beresiko dapat menyebabkan seseorang menderita diabetes (Kardiyudiani & Susanti, 2019)

Menurut PERKENI (2021), faktor risiko dari diabetes melitus tipe 2 adalah sebagai berikut :

a Genetik

Diabetes melitus tipe 2 bisa disebabkan karena genetik, ketika ada anggota keluarga yang pernah menderita diabetes melitus maka akan meningkatkan resiko terjadinya diabetes melitus.

b Usia

Manusia akan mengalami penurunan fungsi-fungsi tubuh pada usia sekitar 40 tahun, hal ini beresiko terjadinya penurunan pada fungsi pankreas yang tugasnya untuk menghasilkan insulin.

c Gaya Hidup Dan Stres

Ketika seseorang tidak mampu mengontrol gaya hidup dan stres maka akan membuat seseorang mencari makanan yang cepat saji dan mengandung pengawet yang tinggi, serta mengandung lemak dan gula. Makanan yang mengandung pengawet, lemak dan gula ini berakibat pada fungsi dari pankreas. Kerja metabolisme akan semakin meningkat ketika dalam keadaan stres, ketika kerja metabolisme meningkat maka sumber energi juga akan meningkat dan akan membuat pankreas

bekerja lebih banyak sehingga akan mengurangi bahkan merusak insulin.

d Obesitas

Pada orang yang menderita obesitas produksi insulin mengalami penurunan dikarenakan jumlah lemak yang terlalu banyak dapat mengganggu kerja insulin pada tubuh, sehingga insulin mengalami kesulitan untuk mengubah glukosa menjadi glikogen dan terjadi kenaikan kadar glukosa di dalam darah.

Selain gabungan dari faktor genetik dan gaya hidup seseorang yang tidak baik, faktor aktivitas fisik juga dapat menyebabkan seseorang menderita diabetes melitus tipe 2 (Lestari et al., 2021). Oleh karena itu, untuk menghindari seseorang terkena diabetes melitus maka bisa dengan cara mengatur gaya hidup seperti menjaga pola makan, mengonsumsi makanan yang sehat, menjaga kestabilan berat badan dan olahraga secara teratur (Widiasari et al., 2021)

2. Proses

Menurut Black & Hawks (2014) patofisiologi diabetes melitus tipe 2 adalah sebagai berikut :

Tubuh manusia memerlukan energi untuk beraktifitas dengan baik, dengan glukosa maka tubuh akan mendapatkan energi. Glukosa didapatkan dengan mengonsumsi karbohidrat seperti nasi, kentang, dll. Glukosa akan dibentuk menjadi bentuk paling sederhana atau yang bisa disebut dengan molekul adenosina trifosfat (ATP). Proses ini disebut sebagai proses glikolisis. ATP berkontribusi sebagai pembawa energi. Ketika kadar glukosa di dalam tubuh

cukup maka pankreas akan mengeluarkan hormon insulin untuk mengubah glukosa menjadi glikogen (proses glikogenesis) yang akan disimpan sebagai cadangan di hati dan di otot. Ketika tubuh membutuhkan energi, glikogen tersebut akan diubah lagi menjadi glukosa sehingga menjadi energi. Pada diabetes melitus tipe 2 pankreas mampu menghasilkan insulin, namun sel tidak cukup sensitif untuk menggunakan insulin yang ada sehingga tubuh membutuhkan banyak insulin atau bahkan tidak dapat digunakan sama sekali. Hal ini akan menyebabkan glukosa tidak dapat di olah oleh sel sehingga glukosa akan meningkat secara terus menerus sesuai dengan asupan gula yang dikonsumsi. Tanpa insulin, tubuh akan mengalami 3 masalah besar yaitu penurunan pemanfaatan glukosa, peningkatan mobilisasi lemak dan peningkatan pemanfaatan protein.

3. Manifestasi Klinik

Menurut Lestari et al (2021) terdapat beberapa tanda gejala yang khas dirasakan oleh penderita diabetes melitus tipe 2 yaitu antara lain :

a Poliuri

Pada keadaan normal seseorang mengeluarkan urine sekitar 1,5 liter perhari, namun pada penderita diabetes melitus tipe 2 urine yang dikeluarkan bisa lima kali lipat. Hal ini disebabkan karena ketika kadar glukosa darah meningkat dan melebihi kadar normal maka akan melebihi batas ambang ginjal, sehingga gula akan ikut keluar melalui urine. Tubuh akan menyerap sebanyak mungkin air untuk menurunkan konsentrasi urine yang dikeluarkan sehingga urine dapat dikeluarkan dalam jumlah yang banyak dan sering buang air kecil. Para penderita

diabetes melitus tipe 2 ini biasanya akan merasakan sering buang air kecil di malam hari.

b Polidipsi

Polidipsi adalah keadaan dimana seseorang sering merasa haus. Ketika penderita diabetes melitus tipe 2 mengalami poliuri atau jumlah ekskresi urine yang berlebih maka tubuh akan merasakan dehidrasi, sehingga penderita diabetes melitus akan sering merasakan haus dan ingin selalu minum air terutama air yang mengandung gula, air dingin dalam jumlah yang banyak. Hal ini sangat berkaitan antara poliuri dan polidipsi.

c Polipagi

Polifagi yaitu suatu tanda gejala dimana penderita diabetes mengalami peningkatan pada nafsu makannya dan merasa kurang bertenaga. Ketika insulin bermasalah maka akan menyebabkan sel-sel tubuh terhambat dalam kerjanya dikarenakan kurangnya pemasukan gula, sehingga akan menyebabkan energi yang dibentuk berkurang dan otak akan berfikir bahwa ketika tubuh kekurangan energi maka artinya kurang makan. Hal ini akan membuat otak memberikan alarm rasa lapar untuk meningkatkan asupan makanan.

d Berat Badan Menurun

Gula merupakan sumber utama tubuh untuk diubah menjadi energi. Ketika tubuh kekurangan insulin maka tubuh akan segera mengolah protein dan lemak untuk diubah menjadi energi. Hal ini akan menyebabkan berat badan penderita diabetes melitus tipe 2 menurun.

Selain tanda gejala diatas Fatimah (2018) juga menyebutkan bahwa terdapat gejala kronik yang muncul pada penderita diabetes melitus tipe 2 seperti kesemutan, kulit terasa seperti ditusuk oleh jarum, kulit terasa panas, kebas, keram pada kaki, merasa lelah dan lemas, pandangan terlihat buram, berkeringat, tubuh gemetar dan mudah mengantuk.

4. Komplikasi

Menurut Saputri (2020) salah satu penyakit utama pada masyarakat yang memiliki komplikasi jangka pendek dan jangka panjang adalah Diabetes Melitus. Penyakit ini disebut juga sebagai silent killer karena menimbulkan komplikasi yang bisa menyebabkan kematian. Komplikasi yang disebabkan oleh diabetes melitus tipe 2 adalah sebagai berikut :

a Hipoglikemia

1) Pengertian Hipoglikemia

Menurut Black & Hawks (2014) Hipoglikemia yaitu komplikasi akut yang biasanya sering sekali terjadi. Hipoglikemia yaitu kondisi dimana kadar glukosa di dalam darah kurang dari 70 mg/dL

2) Etiologi dan Faktor Risiko Hipoglikemia

Hipoglikemia bisa disebabkan karena melakukan aktivitas fisik secara berlebihan seperti olahraga yang berlebih, penggunaan obat atau insulin yang berlebihan, serta asupan makanan kurang

3) Manifestasi Klinik Hipoglikemia

Tanda gejala dari hipoglikemia yaitu kelelahan, pucat, merasa pusing, gemetar, merasa lapar, jantung terasa berdebar, penurunan

konsentrasi, kadar glukosa darah <70 mg/dL, pandangan kabur, bicara tidak jelas, pucat, serta penurunan kesadaran.

4) Klasifikasi Hipoglikemia

Klasifikasi hipoglikemia menurut Black & Hawks (2014) berdasarkan manifestasi klinisnya yaitu sebagai berikut :

(a) Hipoglikemia ringan

Pada pasien hipoglikemia ringan terjadi tremor, takikardi, diaforesis atau keringat dingin, parestesia atau kesemutan, lapar berlebihan, pucat dan gemetar.

(b) Hipoglikemia sedang

Pada pasien hipoglikemia sedang terjadi gejala seperti diatas namun terdapat gejala lain seperti sakit kepala, suasana hati yang berubah-ubah, mudah marah, sulit berkonsentrasi, ngantuk, tidak bisa mengambil keputusan, bicara meracau, pandangan kabur.

(c) Hipoglikemia berat

Pada pasien hipoglikemia berat terjadi disorientasi, kejang dan tidak sadar.

Pada kasus hipoglikemia, pendidikan kesehatan sangat perlu untuk diutamakan karena hipoglikemia merupakan komplikasi dari diabetes melitus yang berbahaya dan harus diatasi secara cepat. Jika hipoglikemia berlangsung lama maka akan membuat otak menjadi rusak permanen dan akan menyebabkan koma bahkan sampai kematian. Pendidikan kesehatan yang tepat akan membantu dalam meningkatkan

kesadaran penderita diabetes melitus dalam mengubah perilaku dan menjalani program yang sedang dijalankan (Santoso & Setyowati, 2020).

- b. Komplikasi lain yang akan terjadi apabila diabetes melitus tidak segera ditangani menurut Black & Hawks (2014) yaitu ketoasidosis diabetik dan hiperglikemia. Selain itu, terdapat komplikasi makrovaskular dan mikrovaskular. Komplikasi makrovaskular misalnya penyakit jantung koroner dan komplikasi mikrovaskular seperti retinopati, nefropati dan neuropati.

C. Penatalaksanaan

Diabetes melitus tipe 2 merupakan penyakit yang perlu penanganan seumur hidup karena bersifat menahun (Anggraeni et al., 2020). Dalam hal penanganan ini dibutuhkan kerja sama antara dokter, perawat, ahli gizi, keluarga dan pasien itu sendiri. Hal ini bertujuan untuk mengurangi berbagai keluhan yang muncul dan untuk mengendalikan kadar glukosa darah agar tetap stabil. Terdapat 4 pilar penatalaksanaan untuk penderita diabetes melitus yaitu pemberian pendidikan kesehatan, diet, olahraga yang cukup serta penggunaan insulin atau obat (Putra & Berawi, 2018)

1. Terapi

a Edukasi

Pemberian edukasi pada pasien diabetes melitus sangatlah penting agar membuat penderita diabetes melitus lebih menyadari perilaku dan gaya hidup yang harus dilakukan oleh penderita diabetes

melitus. Selain itu, pemberian edukasi juga bertujuan agar pasien dapat merawat dirinya secara mandiri dan mencegah kemungkinan rawat ulang terjadi. Edukasi yang diberikan yaitu edukasi tentang kepatuhan dalam meminum obat, menggunakan insulin secara tepat dan pola makan yang baik dan benar agar tidak terjadi hipoglikemia. (Dafriani & Dewi, 2019)

Oleh karena itu, edukasi pada pasien diabetes melitus sangatlah penting. Ketika pasien tidak patuh dalam minum obat maka akan terjadi kenaikan pada kadar glukosa dalam darah pasien, begitu juga diperlukan edukasi dalam penggunaan insulin karena jika penggunaan insulin berlebihan maka tubuh akan terjadi penurunan kadar glukosa darah sama halnya dengan pola makan yang tidak baik.

b Diet

Pada pasien diabetes melitus diperlukan untuk mengontrol pola makannya dengan benar. Hal ini seperti yang tercantum pada (Tandra, 2020) yaitu :

1) Menu Seimbang

Diet pada penderita diabetes melitus bukan berarti tidak mengonsumsi nasi, akan tetapi mengonsumsi menu makanan dengan seimbang. Menu makanan dengan seimbang yaitu yang mengandung karbohidrat, lemak, protein, dan serat. Karbohidrat sebanyak 60-70%, lemak 20-25% dan protein 10-15%.

Ketika tubuh terlalu banyak mengonsumsi nasi atau makanan yang mengandung gula, maka kadar glukosa dalam darah akan naik, sebaliknya ketika tubuh kekurangan gula maka glukosa dalam darah akan menurun, hal ini menyebabkan terjadinya hipoglikemia pada pasien diabetes melitus.

2) Waktu Makan Yang Teratur

Hal terpenting dalam mengatur pola makan yaitu dalam mengatur waktu makan. Gula darah akan menjadi drop apabila jarak antara dua kali makan terlalu lama, namun gula darah akan menjadi tinggi apabila jarak waktu terlalu dekat.

3) Mengatur Jumlah Makanan

Tubuh memerlukan kebutuhan kalori setiap harinya, untuk memenuhi kebutuhan kalori tersebut yaitu dibutuhkan sejumlah makanan dengan jumlah yang seimbang. Kelebihan jumlah makanan terutama makanan manis akan menaikkan kadar glukosa darah, sedangkan apabila jumlah makanan terlalu sedikit maka akan menurunkan kalori yang masuk bahkan bisa terjadi hipoglikemia.

2. Tindakan medis yang bertujuan pengobatan

Menurut PERKENI (2021) terapi farmakologi terdiri atas obat yang diminum secara oral dan obat yang berbentuk suntikan.

a Obat Antihiperglikemia Oral

1) Sulfonilurea

Efek yang ditimbulkan oleh obat golongan ini yaitu dapat meningkatkan sekresi insulin oleh sel beta pankreas. Obat ini memiliki efek samping utama yaitu dapat menyebabkan hipoglikemia dan meningkatkan berat badan. Contoh obat sulfonilurea yaitu glibenclamide, glipizide, glimepiride, gliquidone dan gliclazide.

2) Glinid

Glinid hampir sama dengan sulfonilurea namun lokasi reseptornya berbeda, terjadi penekanan pada peningkatan sekresi insulin pertama dari hasil akhirnya. Obat ini sudah tidak tersedia di Indonesia

3) Metformin

Metformin memberikan efek pada produksi glukosa hati (glukoneogenesis), terjadi pengurangan produksi glukosa hati apabila mengonsumsi obat ini. sebagian besar penderita diabetes melitus tipe 2 mengonsumsi metformin. Metformin memiliki efek samping seperti dispepsia, sering buang air besar dan lain-lain. Jadi, cara kerja utama metformin yaitu menurunkan produksi glukosa di hati dan meningkatkan sensitifitas terhadap insulin.

4) Tiazolidinedion (TZD)

Pada golongan obat ini mempunyai efek yaitu meningkatkan jumlah protein pengangkut glukosa karena efek resistensi insulin diturunkan. TZD mengakibatkan retensi cairan tubuh sehingga tidak diperbolehkan bagi penderita gagal jantung.

b Obat Antihiperglikemia Suntik

1) Insulin

Terapi insulin diharapkan dapat menyerupai pola sekresi insulin sesuai fungsi normalnya. Penyuntikan insulin dilakukan pada bagian perut sekitar pusar, lengan atas bagian luar dan paha bagian samping luar. Efek samping yang kemungkinan ditimbulkan yaitu bisa terjadi hipoglikemia. Berikut jenis dan lamanya kerja insulin :

(a) Insulin Kerja Cepat (Rapid-Acting Insulin)

Lama kerja 4-6 jam, diberikan saat sebelum makan untuk mengendalikan gula darah sesudah makan. Contohnya insulin humalog, novorapid, apidra dan flasp.

(b) Insulin Kerja Pendek (Short-Acting Insulin)

Lama kerja 6-8 jam, contohnya insulin humulin dan actrapid

(c) Insulin Kerja Menengah (Intermediate-Acting Insulin)

Lama kerja 8-12 jam, digunakan untuk mengendalikan glukosa darah puasa. Contohnya insulin humulin N, insulatard, insuman basal.

(d) Insulin Kerja Panjang (Long-Acting Insulin)

Lama kerja 12-24 jam, digunakan 1 kali sebelum tidur di malam hari atau 2 kali pada saat pagi dan malam hari. Contohnya insulin lantus dan levemir.

(e) Insulin Kerja Ultra Panjang (Ultra Long-Acting Insulin)

Lama kerja sampai 48 jam, contohnya insulin tresiba dan lantus XR.

(f) Insulin campuran tetap, kerja pendek dengan menengah dan kerja cepat dengan menengah (Premixed Insulin)

(g) Insulin campuran tetap, kerja ultra panjang dengan kerja cepat

Menurut Black & Hawks (2014) penatalaksanaan pada pasien hipoglikemia diberikan berdasarkan tingkat hipoglikemia. Berikut penatalaksanaan pada pasien hipoglikemia :

1. Hipoglikemia Ringan

Pada pasien hipoglikemia ringan diberikan karbohidrat sebanyak 10-15 gram. Contohnya 4 sendok teh gula pasir

2. Hipoglikemia Sedang

Pada pasien hipoglikemia sedang diberikan karbohidrat sebanyak 20-30 gram. Contohnya glukagon 1mg yang diberikan secara subkutan atau intramuskular

3. Hipoglikemia Berat

Pada pasien hipoglikemia berat diberikan karbohidrat sebanyak 50% dextrose 25 gram melalui intravena dan glukagon 1mg secara intramuskular atau intravena. Infus 5% dextrose pada 5-10 gram/jam sampai pasien benar-benar sembuh dan mampu makan.

D. Pengkajian Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Haryono & Susanti (2019) pengkajian keperawatan pada diabetes melitus yaitu :

- a Identitas : nama pasien, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan penanggung biaya, nomor register, tanggal dan masuk rumah sakit serta diagnosa medis
- b Keluhan Utama : keluhan utama yang muncul biasanya yaitu pasien sering mengeluh buang air kecil terutama pada malam hari, tidak nafsu makan, mual, badan terasa lemas dan pusing, napas bau keton, sering merasa haus, penglihatan menjadi buram, dan sakit kepala.
- c Riwayat Penyakit Sekarang : berisi tentang data kapan penyakit terjadi dan apa penyebabnya, serta bagaimana cara pasien untuk mengatasinya.
- d Riwayat Penyakit Dahulu : pasien sebelumnya pernah menderita penyakit yang berhubungan dengan defisiensi insulin seperti penyakit pankreas, penyakit jantung, kelebihan berat badan, arterosklerosis dan pernah mengonsumsi obat-obatan tertentu.
- e Riwayat Penyakit Keluarga
Terdapat anggota keluarga yang sebelumnya pernah menderita diabetes melitus, riwayat melahirkan dengan berat badan bayi lebih dari 4 kg.
- f Aktivitas atau Istirahat
Gejala : tidak bisa tidur, terdapat peningkatan sensitivitas, otot menjadi lemah, gangguan koordinasi tubuh, merasa kelelahan.
Tanda : atrofi pada otot

g Sirkulasi

Gejala : palpitasi atau jantung terasa berdenyut, nyeri pada dada

Tanda : disritmia, peningkatan pada tekanan darah dan nadi, irama gallop dan murmur, syok.

h Eliminasi

Gejala : perubahan pada pola eliminasi (poliuri dan nocturia), infeksi saluran kemih, kesulitan berkemih, terdapat rasa nyeri tekan pada abdomen dan diare.

i Integritas atau Ego

Gejala : merasa stress, bergantung pada orang lain.

Tanda : ansietas.

j Makanan/Cairan

Gejala : tidak nafsu makan, merasa mual dan muntah, tidak patuh pada program diet, asupan glukosa atau karbohidrat meningkat, terjadi berat badan menurun, sering merasa haus, penggunaan diuretik (tiazid).

Tanda : kulit terlihat kering bahkan bersisik, muntah, bau keton

k Neurosensori

Gejala : merasa pusing, kepala terasa sakit, otot lemah, sering merasa kesemutan, penglihatan buram.

Tanda : gangguan koordinasi, ngantuk, gangguan memori, kejang bahkan koma.

l Nyeri atau Kenyamanan

Gejala : nyeri pada abdomen, wajah tampak meringis kesakitan, tampak sangat berhati-hati.

m Pernapasan

Gejala : oksigen kurang, terdapat batuk

Tanda : sesak napas, peningkatan pada frekuensi pernapasan

n Seksualitas

Gejala : rabas pada perempuan, pada laki-laki terjadi impotensi

Tanda : peningkatan glukosa darah dan kolestrol meningkat

2. Pemeriksaan Tes Diagnostik

Berikut adalah beberapa pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk mengetahui diagnosa diabetes melitus (Kardiyudiani & Susanti, 2019)

a Tes Gula Darah HbA1C

HbA1C merupakan pemeriksaan untuk mengetahui persentase gula darah yang ada pada hemoglobin dan protein yang membawa oksigen dalam sel darah merah. Pemeriksaan ini menunjukkan kadar gula darah dalam waktu dua sampai tiga bulan. Semakin tinggi kadar gula darah maka gula yang menempel pada hemoglobin pun semakin banyak.

Berikut hasil pemeriksaan tes gula darah HbA1C :

- 1) $<5,7\%$ menunjukkan hasil yang normal
- 2) HbA1C 5,7-6,5% menunjukkan prediabetes atau memiliki resiko tinggi terkena diabetes
- 3) HbA1C $> 6,5\%$ menunjukkan diabetes

b Tes Gula Darah Sewaktu (GDS)

Pemeriksaan gula darah sewaktu yaitu dilakukan dengan mengambil sampel darah pada waktu acak tanpa memandang waktu terakhir kali makan. Hasil dari pemeriksaan gula darah sewaktu ini akan didukung

oleh beberapa gejala diabetes, seperti poliuri, polidipsi dan polifagi. Apabila hasil kadar gula darah >200 mg/dL maka dapat dinyatakan penderita mengalami diabetes melitus.

c Tes Gula Darah Puasa (GDP)

Tes gula darah puasa yaitu pemeriksaan yang dilakukan dengan cara penderita dipuasakan terlebih dahulu dalam waktu 8-12 jam atau semalam. Apabila kadar gula darah <100 mg/dL maka bisa dikatakan normal, apabila kadar gula darah puasa 100-125 mg/dL maka disebut prediabetes, sedangkan apabila kadar gula darah puasa >126 mg/dL maka penderita dinyatakan diabetes melitus.

d Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO)

Pada pemeriksaan tes toleransi glukosa oral maka penderita akan puasa terlebih dahulu dalam waktu minimal 8 jam atau semalam. penderita akan minum larutan air gula, pada pasien dewasa gula sebanyak 75 gram akan dilarutkan ke dalam air 250-300ml, sedangkan pada penderita anak-anak gula sebanyak 1,25 gram akan dilarutkan ke dalam 250-300ml. Penderita diminta untuk menghabiskan larutan gula tersebut dalam waktu 5 menit. Apabila kadar gula darah <140 mg/dL maka dinyatakan normal, kadar gula darah antara 140-199 mg/dL bisa dikatakan prediabetes dan apabila hasil gula darah >200 mg/dL maka dikatakan diabetes melitus.

e Glukosa 2 jam Post Prandial (GD2PP)

Pemeriksaan glukosa 2 jam post prandial dilakukan dengan cara sebelum puasa penderita makan 100 gram karbohidrat terlebih dahulu.

Apabila kadar glukosa darah berada pada angka <140 mg/dL maka dikatakan normal. Namun apabila kadar glukosa darah dalam rentang 140-200 mg/dL maka penderita dikatakan prediabetes dan harus waspada karena jika hasil kadar glukosa darah meningkat hingga >200 mg/dL dapat dikatakan sebagai diabetes melitus.

E. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada penderita Diabetes Melitus menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), Black & Hawks (2014), Smeltzer (2013) dan Haryono & Susanti (2019) yaitu :

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin atau penurunan sekresi insulin
2. Hipovolemia berhubungan dengan asupan cairan yang tidak adekuat, kegagalan pada mekanisme pengaturan dan defisit cairan yang aktif
3. Ansietas berhubungan dengan proses penyakit
4. Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif, kadar glukosa darah tinggi dan penurunan fungsi leukosit
5. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, mengabsorpsi nutrisi, mencerna makanan dan peningkatan kebutuhan metabolisme
6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dan ketidakseimbangan antara suplai dengan kebutuhan oksigen
7. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan

F. Perencanaan Keperawatan

Sesuai dengan diagnosa keperawatan diatas, untuk rencana tindakan keperawatan pada pasien diabetes melitus menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), (Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019), dan Doenges et al (2019) yaitu :

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin atau penurunan sekresi insulin

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan maka kestabilan kadar glukosa darah meningkat

Kriteria hasil : koordinasi meningkat, kesadaran meningkat, mengantuk menurun, pusing menurun, lelah/lesu menurun, keluhan lapar menurun, gemetar menurun, rasa haus menurun, kadar glukosa dalam darah membaik dan jumlah urine membaik

Intervensi :

- a Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia/ hipoglikemia

Rasional : pasien dapat mengerti penyebab dari hiperglikemia/ hipoglikemia sehingga pasien dapat menghindari penyebab tersebut

- b Monitor kadar glukosa darah

Rasional : untuk mengetahui kadar glukosa darah meningkat/menurun

- c Monitor tanda dan gejala hiperglikemia/hipoglikemia

Rasional : untuk mengetahui tanda gejala masih ada atau tidak seperti poliuri, polidipsi dan polifagi

- d Berikan karbohidrat sederhana pada manajemen hipoglikemia

Rasional : meningkatkan kadar glukosa darah yang menurun

- e Anjurkan monitor kadar glukosa darah

Rasional : mengetahui kadar glukosa darah dan penanganan yang tepat

- f Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga

Rasional : pasien dapat menerapkan diet dan olahraga untuk diabetes melitus

- g Kolaborasi pemberian insulin pada manajemen hiperglikemia

Rasional : untuk menurunkan tingkat kadar glukosa darah

- f. Kolaborasi pemberian dextrose

Rasional : meningkatkan tingkat kadar glukosa darah

2. Hipovolemia berhubungan dengan asupan cairan yang tidak adekuat, kegagalan pada mekanisme pengaturan dan defisit cairan yang aktif

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan maka status cairan membaik

Kriteria hasil : keluhan haus menurun, turgor kulit meningkat, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, kadar Hb membaik, kadar Ht membaik dan intake cairan membaik

Intervensi :

- a Periksa tanda dan gejala hipovolemia (nadi teraba lemah, turgor kulit

menurun, membran mukosa kering, haus, lemah)

Rasional : untuk memantau status hipovolemia pasien

- b Pantau hidrasi pasien (turgor kulit dan kelembaban mukosa)

Rasional : untuk mengetahui tanda dan gejala dari hipovolemia

- c Monitor tanda-tanda vital

Rasional : untuk mengetahui keberhasilan terapi

- d Pertahankan intake dan output yang adekuat

Rasional : untuk mengetahui status hidrasi secara keseluruhan

- e Hitung balance cairan

Rasional : untuk mengetahui keseimbangan status cairan pada pasien

- f Anjurkan untuk tidak merubah posisi secara mendadak

Rasional : untuk memberikan kenyamanan pada pasien

- g Kolaborasi pemberian cairan isotonis (mis. NaCl, RL)

Rasional : memperbaiki keseimbangan cairan yang kurang

- g. Ansietas berhubungan dengan proses penyakit

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat ansietas menurun

Kriteria hasil : verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, pusing menurun, tekanan darah menurun dan konsentrasi membaik

Intervensi :

- a Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (kondisi dan waktu)

Rasional : untuk mengetahui tingkat ansietas berdasarkan kondisi dan waktunya

- b Monitor tanda-tanda ansietas

Rasional : pasien dapat memahami bagaimana tanda-tanda ansietas

- c Temani pasien untuk mengurangi kecemasan

Rasional : keluarga dapat menemani pasien untuk mengurangi dan mencegah kecemasan muncul

- d Pahami situasi yang membuat ansietas dan dengarkan dengan penuh perhatian

Rasional : keluarga dan perawat dapat memberikan dukungan positif kepada pasien

- e Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

Rasional : pasien dapat bercerita kepada perawat dan keluarga dengan tenang dan tidak khawatir

- f Informasikan secara faktual mengenai diagnosis dan pengobatan

Rasional : perawat dan keluarga dapat menginformasikan tentang diagnosis dan pengobatannya baik-baik saja

- g Latih teknik relaksasi

Rasional : pasien merasa tenang dan nyaman setelah diberikan teknik relaksasi

- h. Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif, kadar glukosa darah tinggi dan penurunan fungsi leukosit

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan tingkat infeksi menurun

Kriteria hasil : kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, nafsu makan meningkat, demam menurun, nyeri menurun

Intervensi :

- a Monitor tanda dan gejala infeksi

Rasional : pasien dapat mengetahui tanda dan gejala infeksi seperti bengkak dan kemerahan

- b Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Rasional : untuk mencegah terjadinya penyebaran infeksi

- c Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional : pasien mengerti tanda dan gejala ketika infeksi muncul

- d Ajarkan mencuci tangan dengan benar

Rasional : keluarga dan pasien dapat melakukan cuci tangan 6 langkah dengan benar

- i. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, mengabsorpsi nutrisi, mencerna makanan dan peningkatan kebutuhan metabolisme

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan status nutrisi membaik

Kriteria hasil : porsi makanan yang dihabiskan meningkat, pengetahuan tentang asupan makanan yang sehat meningkat, nyeri abdomen menurun, berat badan membaik, frekuensi makan membaik dan nafsu makan membaik

Intervensi :

- a Identifikasi status nutrisi

Rasional : untuk membantu mengetahui tanda dan gejala defisit nutrisi

- b Identifikasi makanan yang disukai

Rasional : untuk meningkatkan nafsu makan pasien

- c Monitor asupan makanan

Rasional : untuk mengetahui asupan makanan sesuai kebutuhan pasien atau tidak

d Fasilitasi menentukan pedoman diet

Rasional : pasien dapat memahami diet yang benar

e Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan

Rasional : untuk menghindari mual dan muntah

j. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dan ketidakseimbangan antar suplai dengan kebutuhan oksigen

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan maka toleransi aktivitas meningkat

Kriteria hasil : frekuensi nadi meningkat, kemudahan dalam melakukan aktifitas fisik meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea menurun, perasaan lemah menurun, tekanan darah membaik

Intervensi :

a Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

Rasional : untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

b Monitor kelelahan fisik dan emosional

Rasional : untuk mengetahui kelelahan fisik dan emosional pada pasien

c Monitor pola dan jam tidur

Rasional : untuk mengetahui pola dan jam tidur pasien yang baik

d Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas

Rasional : untuk mengetahui lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas

- e Sediakan lingkungan yang rendah stimulus

Rasional : untuk mengurangi kelelahan secara fisik dan emosional pada pasien

- f Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur

Rasional : membantu meningkatkan toleransi aktivitas secara bertahap

- g Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional : pasien dapat melakukan aktivitas secara bertahap

- h. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Rasional : meningkatkan energi dari asupan makanan

- k. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat pengetahuan membaik

Kriteria hasil : perilaku sesuai anjuran meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, bingung menurun

Intervensi :

- a Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Rasional : untuk mengetahui kesiapan pasien dan keluarga

- b Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Rasional : pasien dapat termotivasi untuk melakukan perilaku hidup bersih dan sehat

- c Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

Rasional : untuk mengefektifkan pendidikan kesehatan

- d Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

Rasional : untuk menyiapkan pasien dan keluarga dalam melakukan pendidikan kesehatan

G. Pelaksanaan Keperawatan

Menurut Berman et al (2021) dalam proses keperawatan, implementasi atau pelaksanaan keperawatan adalah fase dimana perawat melakukan tindakan keperawatan yang sebelumnya sudah direncanakan pada tahap perencanaan kemudian diakhiri dengan mencatat kegiatan keperawatan yang telah dilakukan dan respon pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan. Pelaksanaan keperawatan terdiri atas 3 jenis yaitu :

1. Independent implementations

Independent artinya mandiri, jadi *independent implementation* adalah tindakan keperawatan yang dilakukan secara mandiri dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Contohnya dalam membantu pemenuhan *Activity of Daily Living* pasien.

2. Interdependen / collaborative implementations

Tindakan keperawatan yang dilakukan secara kerja sama antar sesama perawat atau bahkan tim kesehatan yang lain. Contohnya seperti pemberian terapi obat baik itu oral maupun injeksi, pemasangan kateter urine, pemasangan *Nasogastric Tube* (NGT).

3. *Dependen implementations*

Tindakan keperawatan atas dasar perintah dari orang lain, seperti ahli gizi, *physiotherapist*, psikolog dan sebagainya. Contohnya dalam pemberian nutrisi yang diberikan oleh ahli gizi dan latihan fisik yang dianjurkan oleh seorang fisioterapi.

H. Evaluasi Keperawatan

Menurut Berman et al (2021) evaluasi keperawatan adalah tahap kelima atau tahap terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan merupakan aspek penting dari proses keperawatan karena hasil dari kesimpulan evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus dilanjutkan, dihentikan, atau bahkan diubah.

Menurut Sitanggang (2018) terdapat 2 jenis evaluasi yaitu sebagai berikut :

1. Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi proses yaitu evaluasi yang fokus pada penampilan kerja perawat dan proses keperawatan yang diberikan perawat. Pada evaluasi proses area yang menjadi perhatian yaitu jeis informasi yang didapat pada saat pemeriksaan fisik dan anamnesa.

2. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi hasil yaitu evaluasi yang fokus pada respon dari pasien. Hasil dari intervensi keperawatan akan terlihat pada respon perilaku pasien dalam pencapaian tujuan dan kriteria hasil. Jika respon pasien membaik sesuai dengan standar yang telah ditetapkan maka tujuan tercapai atau masalah teratasi, jika masalah hanya teratasi sebagian dari standar yang telah ditetapkan maka tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian, dan jika pasien tidak menunjukkan perubahan sama sekali atau menimbulkan suatu masalah baru maka tujuan tidak tercapai atau masalah tidak teratasi.

Proses evaluasi yaitu pertama dengan cara mengukur capaian tujuan pasien dan membandingkan data yang telah didapat dengan tujuan dan pencapaian tujuan.

Berikut beberapa macam komponen evaluasi yaitu :

1. Menentukan kriteria, standar dan pertanyaan evaluasi
2. Mengumpulkan data pasien yang terbaru
3. Membandingkan data dan kriteria standar
4. Membuat kesimpulan
5. Memutuskan apakah asuhan keperawatan harus dilanjutkan atau tidak

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini penulis akan menguraikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan penulis dan diberikan kepada Tn. M dengan Diabetes Melitus Tipe 2 di Ruang Penyakit Dalam Lantai 13 Kamar 1301 RSUD Koja Jakarta Utara. Penulis telah memberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dimulai pada tanggal 13 Maret sampai dengan 15 Maret 2023. Asuhan keperawatan dilakukan sesuai dengan tahap proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 13 Maret 2023, data yang diperoleh penulis melalui pengamatan secara langsung, wawancara dengan pasien dan keluarga, pemeriksaan fisik serta dari catatan rekam medis.

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Tn. M berusia 47 tahun, jenis kelamin laki-laki, status perkawinan menikah, pasien beragama islam, suku bangsa Jawa, pendidikan terakhir yang ditempuh adalah SMA, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah Bahasa Indonesia, pasien bekerja sebagai supir pribadi, alamat tinggal pasien yaitu di Jl. Pademangan VIII RT 06/ RW 10 Jakarta Utara, sumber biaya BPJS dan sumber informasi yang didapat berasal dari pasien, keluarga, dan rekam medis.

2. Resume

Pasien atas nama Tn. M umur 47 tahun dibawa ke IGD RSUD Koja Jakarta Utara pada tanggal 11 Maret 2023 pukul 08.00 WIB oleh keluarganya. Pasien mengalami penurunan kesadaran dan tampak edema pada kedua tungkainya. Setelah 1 jam berlalu pasien sadar dan mengeluh badannya terasa lemah dan sulit digerakkan, wajah pasien tampak pucat. Kesadaran somnolen, *Glow Coma Scale* (GCS) *Eye* 2; *Motorik* 4; *Verbal* 2. Tanda-tanda vital tekanan darah 190/105 mmHg; frekuensi nadi 79x/menit; frekuensi pernapasan 18x/menit; suhu tubuh pasien 36,5°C; saturasi oksigen 98%. Gula Darah Sewaktu (GDS) : 26 mg/dL.

Masalah keperawatan yang ada yaitu ketidakstabilan gula darah. Tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan yaitu mengkaji keadaan umum pasien, mengkaji tanda-tanda vital, memonitor gula darah sewaktu. Tindakan kolaborasi yang telah dilakukan yaitu memberikan Dextrose 40% 3 flacon (75ml) IV, memasang infus Dextrose 10% 12 tetes/menit, memberikan injeksi IV omeprazole 1x/40 mg, injeksi IV lasix 1x/40 mg, captopril 1x/25 mg oral, candesartan 1x/16 mg oral, KSR 1x/600 mg oral, memasang nicardipin 13,5 cc/jam, memasang nasal kanul 4l/menit, memasang kateter, melakukan pemeriksaan EKG, GDS, dan pemeriksaan darah laboratorium.

3. Riwayat Keperawatan

a Riwayat kesehatan sekarang

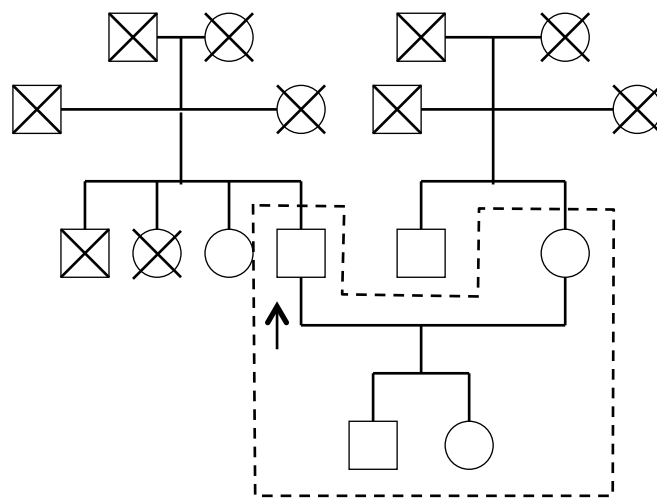
Keluhan utama saat ini, pasien mengeluh pusing, pasien mengatakan badannya terasa lemah dan sulit digerakkan, kaki pasien

terlihat bengkak, pasien mengeluh napasnya terasa sesak, pasien mengatakan batuk dan sulit mengeluarkan dahak, mual dan tidak nafsu makan. Keluhan yang dialami pasien timbul mendadak dikarenakan adanya faktor penyakit. Jika keluhan ini timbul pasien biasanya mengatasinya dengan berobat ke klinik terdekat.

b Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien mengatakan memiliki riwayat DM tipe 2 sejak tahun 2018, dan riwayat hipertensi sejak tahun 2014. Pasien mengatakan tidak memiliki alergi terhadap obat, makanan, binatang, maupun lingkungan. Pasien memiliki riwayat pemakaian obat Amlodipine 10 mg/24 jam dan Renabetic 5 mg/24 jam.

c Riwayat kesehatan keluarga



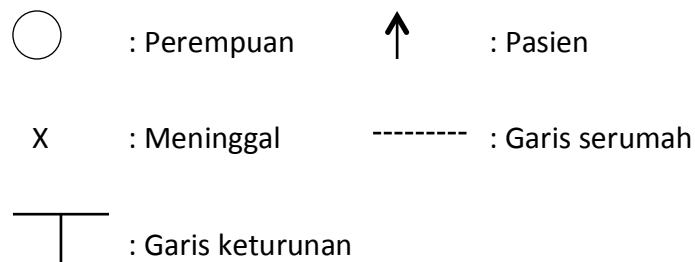
Keterangan :



: Laki-laki



: Garis perkawinan



Pasien merupakan anak ke-4 dari 4 bersaudara. nenek, kakek, kedua orang tua pasien, kakek pertama dan kakek kedua pasien sudah meninggal. Pasien menikah dengan isterinya, isterinya merupakan anak ke-2 dari 2 bersaudara. kakek, nenek, dan kedua orang tua dari isteri pasien sudah meninggal. Pasien dan isteri dikaruniai 2 orang anak laki-laki dan perempuan. pasien tinggal bersama isteri dan kedua anaknya.

- d Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor resiko

Kakak pertama dan kedua Tn. M menderita DM Tipe 2

- e Riwayat psikososial dan spiritual

Pasien mengatakan paling dekat dengan isteri dan kedua anaknya, pola komunikasi dua arah, pengambilan keputusan keluarga dilakukan secara bermusyawarah, pasien tidak mengikuti kegiatan kemasyarakatan, isteri dan anak-anak pasien merasa sedih dan khawatir karena tidak ada yang mencari nafkah, pasien selalu memikirkan kapan dia sembuh, bila ada stress yang mengganggu pasien selalu diam terlebih dahulu lalu memecahkan masalah bersama, saat ini pasien memikirkan kesembuhannya dan berharap segera sembuh agar bisa berkumpul bersama keluarganya, perubahan yang dirasakan pasien

setelah sakit yaitu pasien tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya, nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan tidak ada, aktivitas agama/kepercayaan yang dilakukan yaitu beribadah dan berdoa, kondisi lingkungan rumah pasien bersih.

f Pola kebiasaan

1) Pola nutrisi

Sebelum sakit : pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan saat di rumah pasien makan 3 kali sehari, nafsu makan baik, pasien menghabiskan 1 porsi makanan, tidak ada makanan yang tidak disukai pasien, pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan apapun dan tidak ada makanan pantangan dan diet, pasien tidak menggunakan obat-obatan sebelum makan dan pasien tidak memakai alat bantu untuk makan.

Di rumah sakit : pasien mengatakan makan 3 kali sehari, nafsu makan tidak baik karena merasa mual, pasien hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan, pasien mengatakan menyukai semua makanan, pasien harus mengatur pola makan dengan tidak mengonsumsi gula secara berlebih/kurang, pasien mengatakan tidak mengonsumsi obat-obatan sebelum makan dan pasien tidak menggunakan alat bantu untuk makan.

2) Pola eliminasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan frekuensi berkemihnya 5 kali sehari, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan saat berkemih, tidak menggunakan alat bantu untuk berkemih. Pasien mengatakan

Buang Air Besar (BAB) 1 kali sehari di pagi hari, warna feses kuning kecoklatan, konsistensi lunak, tidak ada keluhan saat BAB dan pasien tidak menggunakan obat-obatan laxatif.

Di rumah sakit : pasien mengatakan frekuensi berkemihnya meningkat yaitu 1850 ml/24 jam, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan saat berkemih, pasien menggunakan alat bantu kateter.

Pasien mengatakan BAB 1 kali selama 3 hari, warna kuning kecoklatan, konsistensi lunak, tidak ada keluhan saat BAB dan pasien tidak menggunakan obat-obatan laxatif.

3) Pola *personal hygiene*

Sebelum sakit : pasien mengatakan mandi 2 kali sehari setiap pagi dan sore hari. Pasien melakukan oral hygiene 2 kali sehari saat pagi dan sore hari setelah mandi. Pasien mencuci rambut 4 kali seminggu.

Di rumah sakit : pasien hanya di lap oleh isterinya saat pagi dan sore hari. Pasien melakukan *oral hygiene* 1 kali sehari saat pagi hari dibantu oleh isterinya. Pasien belum pernah mencuci rambutnya.

4) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : pasien mengatakan jarang tidur siang, tidur malam selama 7-8 jam, pasien tidak memiliki kebiasaan sebelum tidur.

Di rumah sakit : pasien mengatakan tidur siang sekitar 10-15 menit, tidur malam sekitar 6 jam, pasien tidak memiliki kebiasaan sebelum tidur.

5) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit : pasien mengatakan waktu kerja tidak menentu, berolahraga saat hari libur dengan berjalan santai 1 kali seminggu, tidak ada keluhan saat beraktivitas.

Di rumah sakit : pasien mengatakan tidak bekerja dan tidak berolahraga. Keluhan dalam beraktivitas adalah terkadang merasa sesak.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Sebelum sakit : pasien mengatakan memiliki kebiasaan merokok 4-5 batang sehari sejak 35 tahun yang lalu, pasien tidak pernah minum minuman keras atau menggunakan obat-obatan terlarang.

Di rumah sakit : pasien mengatakan tidak merokok, tidak minum minuman keras dan tidak menggunakan obat-obatan terlarang.

4. Pemeriksaan Fisik

a Pemeriksaan fisik umum

Berat badan pasien saat ini adalah 90 kg, sebelum sakit berat badan pasien adalah 102 kg. Tinggi badan pasien 190 cm. Tekanan darah 134/100 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 24x/menit dan suhu tubuh 36.5°C. Keadaan umum pasien sedang, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

b Sistem penglihatan

Posisi mata pasien simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, kornea mata tampak normal, sklera mata anikterik, pupil isokor, tidak ada kelainan pada otot-otot mata, fungsi

penglihatan mata pasien tampak kabur, tidak ada tanda-tanda radang, pasien mengatakan tidak memakai kacamata ataupun lensa kontak. Reaksi mata pasien terhadap cahaya baik yaitu pupil mengecil ketika diberikan rangsang cahaya dan pupil membesar ketika cahaya menjauh.

c Sistem pendengaran

Daun telinga pasien normal, tidak ada serumen pada telinga pasien, kondisi telinga tengah normal, tidak ada cairan pada telinga pasien, pasien tidak merasakan penuh pada telinganya, tidak terdapat tinitus, fungsi pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan, pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

d Sistem wicara

Sistem wicara pasien normal.

e Sistem pernapasan

Jalan napas pasien ada sumbatan yaitu sputum. Pasien merasa sesak, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, frekuensi napas pasien 24x/menit, irama teratur, jenis pernapasan spontan, kedalaman napas dangkal, terdapat batuk tidak efektif, sputum berwarna putih, konsistensi kental, tidak terdapat darah. Pada saat dilakukan palpasi dada tidak teraba massa/benjolan pada dada pasien, hasil perkusi dada yaitu sonor. Terdapat suara ronchi pada pernapasan pasien. pasien mengatakan tidak ada nyeri saat bernapas, pasien menggunakan alat bantu napas yaitu nasal kanul dengan kecepatan 3 liter/menit.

f Sistem kardiovaskuler

1) Sirkulasi perifer

Frekuensi nadi pasien 80x/menit, irama teratur, denyut nadi teraba lemah, tekanan darah 134/100 mmHg, tidak terdapat distensi vena jugularis di kiri ataupun kanan, kulit teraba hangat, warna kulit tampak pucat, pengisian kapiler >2 detik, terdapat edema pada tungkai bawah dengan derajat 1.

2) Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut apical 80x/menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada rasa sakit pada dada pasien.

g Sistem hematologi

Pasien tampak pucat, tidak terdapat perdarahan pada pasien.

h Sistem syaraf pusat

Pasien mengatakan pusing, tingkat kesadaran compos mentis dengan *Glasgow Coma Scale* (GCS) total 15 yaitu E4 ; M6 ; V5. Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, pasien terkadang merasa kesemutan pada kakinya, reflek fisiologis normal dan reflek patologis tidak ada.

i Sistem pencernaan

Keadaan mulut pasien terdapat caries pada gigi, tidak ada penggunaan gigi palsu, tidak terdapat stomatitis, lidah pasien tidak kotor, saliva normal, tidak ada muntah, tidak ada nyeri pada daerah perut, bising usus pasien 10x/menit, pasien tidak mengalami diare, tidak ada konstipasi, hepar tidak teraba, abdomen lembek.

j Sistem endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid pada pasien, napas pasien berbau keton, pasien mengalami poliuri dan polidipsi, tidak terdapat luka gangren.

k Sistem urogenital

Balance cairan pasien -700 dalam 24 jam dengan total intake 2450 ml dan total output 3150 ml. urine pasien berwarna kuning jernih, tidak terdapat distensi pada kandung kemih, tidak terdapat keluhan sakit pinggang.

l Sistem integumen

Turgor kulit pasien buruk, temperatur kulit pasien 36°C, warna kulit pucat, keadaan kulit baik, tidak terdapat kelainan pada kulit, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik, tidak ada tanda-tanda phlebitis, keadaan rambut baik dan bersih.

m Sistem muskuloskeletal

Pasien mengalami kesulitan dalam bergerak, tidak terdapat keluhan sakit pada tulang, sendi, dan kulit, tidak terdapat fraktur, tidak ada kelainan pada struktur tulang belakang, keadaan tonus otot hipotoni, kekuatan otot ekstremitas atas pasien bagian kiri 4 4 4 4, bagian kanan 5 5 5 5. Kekuatan ekstremitas bawah pasien bagian kiri 4 4 4 4, bagian kanan 5 5 5 5.

5. Data Tambahan

Pada saat pengkajian pasien dan keluarga mengetahui pasien memiliki riwayat penyakit diabetes melitus tipe 2, pasien dan keluarga tidak mengetahui komplikasi dan penatalaksanaan yang benar pada diabetes melitus. Pasien tidak mengetahui penyakit diabetes melitus bisa mengalami hipoglikemia berulang.

6. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 11 Maret 2023 yaitu **Hemoglobin 13.1 g/dL** (13.5 – 18.0), **jumlah leukosit 17.05 10^9 /uL** (4.00 – 10.50), **hematokrit 36.7%** (42.0 – 52.0), **Jumlah trombosit 403 10^3 /uL** (163 – 337), jumlah eritrosit 4.77 juta/uL 4.70 -6.00), **MCV 77 fL** (78-100), **MCH 28 pg** (27 – 31), **MCHC 36 g/dL** (32 – 36), **BDW-CV 13.4%** (11.5 – 14.0), **pH 7.403** (7.350 – 7.450), **pCO₂ 31.4 mmHg** (32.0 – 45.0), **pO₂ 121.7 mmHg** (95.0 – 100.0), **HCO₃ 19.8 mEq/L** (21.0 – 28.8), saturasi O₂ 98.7% (94.00 – 100.00), **natrium 130 mEq/L** (135 – 147), **kalium 2.67 mEq/L** (3.5 – 5.0), klorida 102 mEq/L (96 – 108), **Albumin 2.10 g/dL** (3.50-5.20).

Hasil pemeriksaan EKG pada tanggal 11 Maret 2023 yaitu *junctional rhythm*

7. Penatalaksanaan

Pasien mendapatkan terapi Dextrose 40% 3 flacon (75ml) IV, cairan infus Dextrose 10% 12 tetes/menit. Terapi obat melalui oral : Amlodipine 10 mg/24 jam, Candesartan 8 mg/24 jam dan pasien mendapatkan terapi obat

melalui *intravena* : Merofen 0,5 gram/8 jam, furosemide 10 mg/24 jam, Inhalasi ventolin 2.5 ml dan pulmicort 2ml/8 jam, terpasang oksigen nasal kanul dengan kecepatan 3 liter/menit.

8. Data Fokus

Tanggal 13 Maret 2023

Data Subyektif :

Pasien mengatakan napasnya sesak terutama ketika berbaring, batuk dan sulit mengeluarkan dahak, merokok sejak kelas 5 SD, pasien mengeluh pusing, lemas, sering merasa haus, sering buang air kecil, pasien sering merasa ngantuk, pasien mengatakan memiliki riwayat DM sejak 5 tahun yang lalu tetapi tidak disiplin dalam meminum obat dan periksa gula darah, pasien mengeluh lelah, pasien merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, mual dan tidak nafsu makan, keluarga mengatakan pasien hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan, pasien dan keluarga mengetahui pasien memiliki riwayat penyakit diabetes melitus tipe 2, pasien dan keluarga tidak mengetahui komplikasi dari diabetes melitus tipe 2 dan penatalaksanaan yang baik

Data Obyektif :

Keadaan umum sakit sedang, GCS E4 M6 V5, kesadaran compos mentis. Tanda-tanda vital tekanan darah 134/100 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, suhu 36°C, frekuensi napas 24x/menit, saturasi oksigen 98%, tampak ada batuk tidak efektif, terdapat ronchi, gula darah sewaktu tanggal 11 Maret 2023 pukul 08.00 WIB 28 mg/dL, pukul 10.00 WIB 101 mg/dL, pukul 16.30 WIB 49 mg/dL, 17.30 WIB 39 mg/dL, pukul 20.00

WIB 313 mg/dL, pukul 24.00 WIB 87 mg/dL ; pada tanggal 12 Maret 2023 pukul 04.00 WIB 87 mg/dL, pukul 08.00 WIB 130 mg/dL, pukul 16.00 WIB 93 mg/dL, pukul 22.00 146 mg/dL ; pada tanggal 13 Maret 2023 pukul 04.00 WIB 92 mg/dL, pukul 10.00 WIB 119 mg/dL, pukul 16.00 WIB 122 mg/dL, pukul 22.00 WIB 109 mg/dL, pasien tampak gemetar, pasien tampak berkeringat, terdapat edema derajat 1 pada tungkai bawah pasien, kadar hemoglobin 13.1 g/dL, hematokrit 36.7 %, natrium 130 mEq/L, kalium 2.67 mEq/L, albumin 2.10 g/dL, balance cairan pasien -700 dalam 24 jam dengan total intake 2450 ml dan total output 3150 ml, berat badan turun dari 102 kg menjadi 90 kg, membran mukosa tampak pucat dan kering, turgor kulit menurun, pasien tampak bingung.

9. Analisa Data

No.	Data Fokus	Masalah	Etiologi
1.	Data Subyektif : Pasien mengatakan napasnya sesak (dispnea) Data Obyektif : Tampak ada batuk tidak efektif, terdapat ronchi pada jalan napas pasien, frekuensi napas 24x/menit, terdapat sputum dengan	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	Spasme jalan napas

	karakteristik berwarna putih dan konsistensi kental		
2.	Data Subyektif : Pasien mengeluh pusing, sering merasa ngantuk, sering buang air kecil, sering merasa haus dan lemas Data Obyektif : Pasien tampak lemah, Glukosa Darah Sewaktu pada tanggal 11 Maret 2023 pukul 08.00 WIB : 28 mg/dL, pukul 10.00 WIB : 101 mg/dL, pukul 16.30 WIB : 49 mg/dL, 17.30 WIB : 39 mg/dL, pukul 20.00 WIB : 313 mg/dL, pukul 24.00 WIB : 87 mg/dL ; pada tanggal 12 Maret 2023 pukul 04.00 WIB : 87 mg/dL,	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	Resistensi insulin

	pukul 08.00 WIB : 130 mg/dL, pukul 16.00 WIB : 93 mg/dL, pukul 22.00 WIB : 146 mg/dL; tanggal 13 maret 2023 pukul 04.00 WIB : 92 mg/dL, pukul 10.00 WIB : 119 mg/dL, pukul 16.00 WIB : 122 mg/dL, pukul 22.00 WIB : 109 mg/dL. Pasien tampak gemetar , pasien tampak berkeringat		
3.	Data Subyektif : Pasien merasa lemah, pasien mengeluh sering buang air kecil, merasa haus Data Obyektif : Nadi 80x/menit, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, berat badan menurun dari 109	Hipovolemia	Kehilangan cairan aktif

	kg menjadi 90 kg, kadar natrium 130 mEq/L, hematokrit 36.7%, ureum 49.2 mg/dL, kreatinin 3.08 mg/dL, balance cairan dalam 24 jam -700 ml dengan total intake 2450 ml dan total output 3150 ml		
4.	Data Subyektif : Pasien mengatakan nafsu makan menurun, merasa mual, keluarga mengatakan pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan Data Obyektif : Berat badan pasien menurun dari 109 kg menjadi 90 kg, membran mukosa tampak pucat, serum albumin turun (2.10 g/dL), terdapat edema	Defisit Nutrisi	Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien

	pada tungkai bawah pasien dengan derajat 1 pitting edema <3 detik, IMT : 24		
5	Data Subyektif : Pasien mengeluh lelah, merasa sesak setelah beraktivitas, merasa lemah Data Obyektif : Tekanan darah 134/100 mmHg, frekuensi napas 24x/menit, kekuatan otot ekstremitas atas pasien bagian kiri 4 4 4 4, bagian kanan 5 5 5 5, kekuatan ekstremitas bawah pasien bagian kiri 4 4 4 4 dan bagian kanan 5 5 5 5	Intoleransi Aktivitas	Kelemahan
6	Data Subyektif : Pasien mengatakan tidak mengetahui komplikasi diabetes melitus, tidak mengetahui	Defisit Pengetahuan	Ketidaktahuan

	penatalaksanaan yang tepat pada diabetes melitus Data Obyektif : Pasien tampak bingung		
7	Data Subyektif : Pasien mengatakan pusing, merasa lelah dan sesak Data Obyektif : Tekanan darah tanggal 11 Maret 2023 pukul 10.00 WIB 190/105 mmHg, pukul 20.30 WIB 170/75 mmHg; tanggal 12 Maret 2023 pukul 06.00 WIB 132/80 mmHg, pukul 08.00 WIB 135/70 mmhg, pukul 14.00 WIB 140/93 mmHg; tanggal 13 Maret 2023 pukul 08.00 WIB 134/100 mmHg, terdapat	Risiko Penurunan Curah Jantung	Peningkatan tekanan darah

	edema pada tungkai bawah dengan derajat 1 dan pitting edema <3 detik, CRT <3 detik		
--	---	--	--

B. Diagnosis Keperawatan

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas
2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin
3. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
4. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan
7. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan tekanan darah

C. Perencanaan, Penatalaksanaan, Evaluasi

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas

Data Subyektif : Pasien mengatakan napasnya sesak

Data Obyektif : Tampak ada batuk tidak efektif, terdapat ronchi pada jalan napas pasien, frekuensi napas 24x/menit, terdapat sputum dengan karakteristik berwarna putih dan konsistensi kental

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka bersihan jalan napas meningkat

Kriteria hasil : batuk efektif meningkat (pasien dapat melakukan batuk efektif), produksi sputum menurun (tidak ada sputum), ronchi menurun (tidak ada ronchi), dispnea menurun (keluhan sesak tidak ada), frekuensi napas membaik (16-20x/menit)

Rencana tindakan :

- a Monitor pola napas (frekuensi dan kedalaman)
- b Monitor bunyi napas tambahan
- c Monitor sputum (jumlah dan warna)
- d Posisikan *semi-Fowler* atau *Fowler*
- e Berikan minum hangat
- f Lakukan fisioterapi dada
- g Berikan oksigen 3 liter/menit
- h Ajarkan teknik batuk efektif
- i Berikan terapi nebulizer/8 jam (pukul 04.00 WIB, pukul 12.00 WIB, pukul 20.00 WIB)
- j Berikan terapi merofen 0,5 gram/8 jam intravena (pukul 04.00 WIB, pukul 12.00 WIB, pukul 20.00 WIB)

Pelaksanaan tindakan :

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 04.00 WIB perawat dinas malam memberikan terapi merofen 0,5 gram, pasien telah diberikan terapi merofen 0,5 gram melalui intravena, tidak ada reaksi alergi; pukul 08.01 WIB memonitor pola napas,

frekuensi napas pasien 24x/menit, kedalaman napas dangkal; pukul 08.05 WIB memonitor bunyi napas tambahan, terdapat bunyi napas ronchi pada pernapasan pasien; pukul 08.10 WIB memberikan posisi *fowler*, pasien mengatakan nyaman dengan posisi *fowler*; pukul 08.15 WIB memberikan oksigen 3 liter/menit, pasien mengatakan sesak sedikit berkurang; pukul 12.03 WIB memberikan terapi merofen 0,5 gram, pasien telah diberikan merofen 0,5 gram melalui intravena, tidak ada reaksi alergi; pukul 12.05 WIB memberikan terapi nebulizer, pasien mengatakan batuk masih ada dan sputum masih sulit dikeluarkan; pukul 12.30 WIB memberikan air minum hangat, pasien merasa lega; pukul 12.35 WIB mengajarkan teknik batuk efektif, pasien mengerti dan dapat melakukan teknik batuk efektif dengan benar; pukul 12.40 WIB memonitor sputum, jumlah sputum yang dikeluarkan banyak dengan warna putih kental; pukul 14.00 WIB memonitor pola napas, frekuensi napas 23x/menit, kedalaman napas dangkal; pukul 14.03 WIB memonitor bunyi napas tambahan, masih terdapat bunyi napas ronchi pada pernapasan pasien; pukul 20.00 WIB perawat dinas sore memberikan terapi merofen 0,5 gram, pasien telah diberikan terapi merofen 0,5 gram melalui intravena, tidak ada reaksi alergi; pukul 20.05 WIB memberikan terapi nebulizer, pasien mengatakan batuk masih ada dan jumlah sputum banyak; pukul 04.00 WIB pasien mengatakan batuk masih ada dan sputum keluar sedikit

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 04.00 WIB perawat dinas malam memberikan terapi merofen 0,5 gram, pasien telah diberikan terapi merofen 0,5 gram melalui intravena, tidak ada reaksi alergi; pukul 08.10 WIB memonitor pola napas, frekuensi napas pasien 21x/menit, kedalaman napas dangkal; pukul 08.13 WIB memonitor bunyi napas tambahan, masih terdapat bunyi napas tambahan ronchi pada pasien; pukul 09.01 WIB melakukan batuk efektif, pasien dapat melakukan batuk efektif secara mandiri; pukul 09.03 WIB memberikan air minum hangat, pasien mengatakan napas nya terasa lega; 09.05 WIB memonitor sputum, jumlah sputum yang keluar lebih banyak dan berwarna putih kental; pukul 09.06 WIB memberikan posisi , pasien mengatakan merasa nyaman dan sesaknya berkurang; pukul 12.00 WIB memberikan terapi merofen 0,5 gram, pasien telah diberikan terapi merofen 0,5 gram melalui intravena, tidak ada reaksi alergi; pukul 12.05 WIB memberikan terapi nebulizer, pasien mengatakan sesak dan batuk berkurang; pukul 12.30 WIB memonitor pola napas, frekuensi napas pasien 21x/menit, kedalaman napas dangkal; pukul 20.00 WIB perawat dinas sore memberikan terapi merofen 0,5 gram, pasien telah diberikan terapi merofen 0,5 gram melalui intravena, tidak ada reaksi alergi; pukul 20.05 WIB memberikan terapi nebulizer, pasien mengatakan batuk berkurang dan sputum keluar banyak; pukul 04.00 WIB perawat dinas malam memberikan terapi merofen 0,5 gram, pasien telah diberikan merofen 0,5 gram melalui intravena, tidak ada reaksi alergi; pukul 04.05

WIB memberikan terapi nebulizer, pasien mengatakan batuk berkurang dan napas terasa lega

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 04.00 WIB perawat dinas malam memberikan terapi merofen 0,5 gram, pasien telah diberikan terapi merofen 0,5 gram melalui intravena, tidak ada reaksi alergi; pukul 04.05 WIB memberikan terapi nebulizer, pasien mengatakan batuk berkurang dan napas terasa lega; pukul 08.02 WIB memonitor pola napas, frekuensi napas pasien 21x/menit, kedalaman napas dangkal; pukul 08.05 WIB memonitor bunyi napas tambahan, masih terdengar bunyi napas tambahan ronchi; pukul 09.00 WIB melakukan fisioterapi dada, pasien tampak nyaman setelah dilakukan fisioterapi dada; pukul 09.05 WIB melakukan batuk efektif dan memberikan air minum hangat, pasien dapat melakukan batuk efektif; pukul 12.00 WIB memberikan terapi merofen 0,5 gram, pasien telah diberikan merofen 0,5 gram melalui intravena, tidak ada reaksi alergi; pukul 12.05 WIB memberikan terapi nebulizer, pasien mengatakan batuk sudah berkurang dan sudah tidak sesak; pukul 12.30 WIB melakukan batuk efektif, pasien dapat melakukan batuk efektif; pukul 12.32 WIB memberikan air minum hangat, pasien merasa napasnya lebih lega; pukul 12.33 WIB memonitor sputum, jumlah sputum sedikit dan berwarna bening; pukul 14.02 WIB memonitor pola napas tambahan, frekuensi napas 19x/menit, kedalaman napas dangkal

Evaluasi tanggal 15 Maret 2023 pukul 15.00 WIB**Subyektif :**

Pasien mengatakan napas sudah tidak sesak, pasien mengatakan batuknya sudah berkurang, pasien mengatakan sudah tidak ada sputum

Obyektif :

Frekuensi napas 19x/menit, kedalaman napas dangkal, ronchi masih ada, pasien dapat melakukan batuk efektif, produksi sputum menurun (tidak ada sputum)

Analisa :

Tujuan tercapai sebagian

Perencanaan : Intervensi dilanjutkan :

- a Monitor pola napas (frekuensi dan kedalaman)
- b Monitor bunyi napas tambahan
- c Monitor sputum (jumlah dan warna)
- d Posisikan *semi-Fowler* atau *Fowler*
- e Berikan minum hangat
- f Lakukan fisioterapi dada
- g Berikan oksigen 3 liter/menit
- h Ajarkan teknik batuk efektif
- i Berikan terapi nebulizer/8 jam (pukul 04.00 WIB, pukul 12.00 WIB, pukul 20.00 WIB)
- j Berikan terapi merofen 0,5 gram/8 jam intravena (pukul 04.00 WIB, pukul 12.00 WIB, pukul 20.00 WIB)

2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

Data Subyektif : Pasien mengeluh pusing, pasien sering merasa ngantuk, pasien mengatakan sering buang air kecil, sering merasa haus, lemas

Data Obyektif : pasien tampak lemah, glukosa darah sewaktu tanggal 11 Maret 2023 pukul 08.00 : 28 mg/dL, pukul 10.00 : 101 mg/dL, pukul 16.30 : 49 mg/dL, 17.30 : 39 mg/dL, pukul 20.00 : 313 mg/dL, pukul 24.00 : 87 mg/dL ; pada tanggal 12 maret 2023 pukul 04.00 : 87 mg/dL, pukul 08.00 : 130 mg/dL, pukul 16.00 : 93 mg/dL, pukul 22.00 : 146 mg/dL ; 13 Maret 2023 pukul 04.00 : 92 mg/dL, pukul 10.00 : 119 mg/dL, pukul 16.00 : 122 mg/dL, pukul 22.00 : 109 mg/dL, pasien tampak gemetar, tampak berkeringat

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka kestabilan kadar glukosa darah meningkat

Kriteria hasil : pusing menurun (keluhan pusing tidak ada), lelah menurun (keluhan lelah tidak ada), gemetar menurun (gemetar tidak ada), berkeringat menurun (berkeringat tidak ada), rasa haus menurun (keluhan haus terus menerus tidak ada), kadar glukosa dalam darah membaik (70-200 mg/dL)

Rencana tindakan :

- a Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia
- b Monitor kadar glukosa darah
- c Ajarkan pengelolaan hipoglikemia
- d Berikan infus dextrose 10% 12 tetes/menit

- e Berikan karbohidrat sederhana
- f Anjurkan membawa karbohidrat sederhana setiap saat
- g Anjurkan memonitor kadar glukosa darah

Pelaksanaan tindakan :

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 04.00 WIB perawat dinas malam memonitor kadar glukosa darah sewaktu dengan hasil GDS pasien 92 mg/dL; pukul 08.20 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia, pasien mengatakan pusing, lemas, badan pasien tampak gemetar; pukul 08.25 WIB memberikan karbohidrat sederhana, pasien memakan roti; pukul 10.00 memonitor kadar glukosa darah sewaktu dengan hasil GDS pasien 119 mg/dL; pukul 12.00 WIB mengganti cairan infus dengan dextrose 10% 12 tetes/menit, tidak ada tanda-tanda phlebitis; pukul 14.05 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia, pasien mengatakan masih merasa pusing, lemas; pukul 16.00 WIB memonitor kadar glukosa darah sewaktu dengan hasil GDS pasien 122 mg/dL; pukul 22.00 WIB perawat dinas malam memonitor kadar glukosa darah sewaktu dengan hasil GDS pasien 109 mg/dL

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia, pasien mengatakan masih merasa pusing, lemas, pasien tampak berkeringat; pukul 10.00 WIB memberikan karbohidrat sederhana, pasien memakan

biscuit; pukul 11.00 WIB mengajarkan pengelolaan hipoglikemia, pasien tampak memahami, pasien dapat menyebutkan kembali tanda dan gejala hipoglikemia, pasien dan keluarga dapat menjelaskan cara mengatasi hipoglikemia; pukul 12.01 WIB mengganti cairan infus dengan dextrose 10% 12 tetes/menit, tidak ada tanda-tanda phlebitis; pukul 14.00 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia, pasien mengatakan tidak merasa pusing, masih merasa sedikit lemas; pukul 04.00 WIB memonitor kadar glukosa darah sewaktu dengan hasil GDS pasien 177 mg/dL

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 04.01 WIB perawat dinas malam memonitor kadar glukosa darah sewaktu dengan hasil GDS pasien 177 mg/dL; pukul 08.35 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia, pasien mengatakan pusing, lemas berkurang, pasien tampak tidak berkeringat dan tidak gemetar; pukul 11.00 WIB mengajarkan kembali pengelolaan hipoglikemia, pasien masih ingat dan dapat menjelaskan kembali pengelolaan hipoglikemia; pukul 12.01 WIB memonitor glukosa darah sewaktu dengan hasil GDS pasien 237 mg/dL; pukul 12.10 WIB menghentikan cairan infus dextrose 10%; pukul 13.05 WIB menganjurkan pasien dan keluarga untuk selalu membawa karbohidrat sederhana seperti gula, pasien mengerti dan akan selalu membawa karbohidrat sederhana; pukul 14.01 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia, pasien mengatakan tidak merasa pusing, lemas tidak ada, sering merasa haus,

pasien tampak tidak berkeringat, tidak gemetar; pukul 20.00 WIB memonitor glukosa darah sewaktu dengan hasil GDS pasien 118 mg/dL

Evaluasi tanggal 15 Maret 2023 pukul 20.00 WIB

Subyektif :

Pasien mengatakan sudah tidak merasa pusing, tidak merasa lelah, pasien masih sering merasa haus

Obyektif :

Pasien tampak tidak berkeringat, pasien tampak tidak gemetar, pukul 20.00 WIB GDS pasien 118 mg/dL

Analisa :

Tujuan tercapai

Perencanaan : intervensi dihentikan

3. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Data Subyektif : pasien merasa lemah, mengeluh sering buang air kecil dan merasa haus

Data Obyektif : nadi 80x/menit teraba lemah, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, berat badan menurun dari 109 kg menjadi 90 kg, kadar natrium 130 mEq/L, hematokrit 36.7%, ureum 49.2 mg/dL, kreatinin 3.08, balance cairan dalam 24 jam -700 dengan total intake 2450 ml dan total output 3150 ml

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka status cairan membaik

Kriteria hasil : kekuatan nadi meningkat (kuat), turgor kulit membaik (kenyal, <3 detik), sesak menurun (keluhan sesak tidak ada), edema menurun (edema tidak ada), suara napas tambahan menurun (vesikuler), perasaan lemah menurun (keluhan lemah tidak ada), keluhan haus menurun (keluhan haus tidak ada), membran mukosa membaik (lembab).

Rencana tindakan :

- a Periksa tanda dan gejala hipovolemia (nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, haus, lemah)
- b Monitor intake dan output cairan
- c Hitung balance cairan
- d Berikan asupan cairan oral

Pelaksanaan tindakan :

Tanggal 13 Maret 2023

pukul 08.30 WIB memeriksa tanda dan gejala hipovolemia, nadi teraba lemah, turgor kulit buruk, membran mukosa kering, pasien mengeluh merasa haus dan lemah; pukul 09.00 WIB memberikan asupan cairan oral, pasien minum sebanyak 500 cc; pukul 11.30 WIB memonitor jumlah urine, pasien mengatakan jumlah urine sekitar 300cc sejak pukul 08.00 pagi; pukul 13.20 WIB memantau intake dan output, didapatkan hasil intake 2450 ml (infus 1000ml + minum 1000 ml + *air metabolisme* 450 ml) dan total output 3150 ml (urine 1800cc + *insensible water loss* 1350 ml); pukul 13.25 WIB menghitung balance cairan dengan hasil -700 ml

Tanggal 14 Maret 2023

pukul 09.00 WIB memeriksa tanda dan gejala hipovolemia, nadi teraba lemah, turgor kulit buruk, membran mukosa kering, pasien masih mengeluh merasa haus dan lemah; pukul 09.10 WIB memberikan asupan cairan oral, pasien minum sebanyak 600 cc; pukul 10.35 WIB memonitor jumlah urine, pasien mengatakan jumlah urine sekitar 500cc sejak pukul 08.00 pagi; pukul 13.20 WIB memantau intake dan output, didapatkan hasil intake 2650 ml (infus 1000ml + minum 1200 ml + *air metabolisme* 450 ml) dan total output 2850 ml (urine 1500cc + *insensible water loss* 1350 ml); pukul 13.25 WIB menghitung balance cairan dengan hasil -200 ml

Tanggal 15 Maret 2023

pukul 08.30 WIB memeriksa tanda dan gejala hipovolemia, nadi teraba kuat, turgor kulit membaik (kenyal, <3 detik), membran mukosa lembab, pasien mengatakan lemah menurun; pukul 09.07 WIB memberikan asupan cairan oral, pasien minum sebanyak 500 cc; pukul 11.30 WIB memonitor jumlah urine, pasien mengatakan jumlah urine sekitar 700cc sejak pukul 08.00 pagi; pukul 13.20 WIB memantau intake dan output, didapatkan hasil intake 2450 ml (infus 1000ml + minum 1000 ml + *air metabolisme* 450 ml) dan total output 2550 ml (urine 1200cc + *insensible water loss* 1350 ml); pukul 13.25 WIB menghitung balance cairan dengan hasil -200 ml

Evaluasi tanggal 15 Maret 2023 pukul 15.00 WIB

Subyektif :

Pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak, lemah tidak ada, pasien masih sering merasa haus

Obyektif :

Turgor kulit pasien membaik (lembab), kekuatan nadi meningkat (teraba kuat), membran mukosa lembab, pukul 13.25 WIB balance cairan dengan hasil -200 ml

Analisa :

Tujuan tercapai sebagian

Perencanaan : intervensi dilanjutkan

- a Monitor frekuensi nadi dan kekuatan nadi
- b Periksa tanda dan gejala hipovolemia (nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, haus, lemah)
- c Monitor intake dan output cairan
- d Berikan asupan cairan oral

4. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien

Data Subyektif : pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan mual, keluarga mengatakan pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan

Data Obyektif : berat badan pasien menurun dari 109 kg menjadi 90 kg, membran mukosa pasien tampak pucat, serum albumin turun (2.10 g/dL),

terdapat edema pada tungkai bawah pasien dengan derajat 1 pitting edema <3 detik, IMT 24

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka status nutrisi membaik

Kriteria hasil : porsi makanan yang dihabiskan meningkat (habis 1 porsi), nafsu makan membaik (habis 1 porsi), membran mukosa membaik (membran mukosa lembab), pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat (pasien mengonsumsi makanan yang mengandung gula dengan seimbang)

Rencana tindakan :

- a Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- b Identifikasi makanan yang disukai
- c Monitor asupan makanan
- d Monitor berat badan
- e Berikan makanan dengan prinsip diet DM
- f Ajarkan diet DM

Pelaksanaan tindakan :

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 09.30 WIB mengidentifikasi alergi makanan, pasien mengatakan tidak memiliki alergi terhadap makanan apapun; pukul 09.35 WIB mengidentifikasi makanan yang disukai, pasien mengatakan menyukai semua jenis makanan; pukul 09.50 WIB memonitor asupan makanan, pasien mengatakan tidak nafsu makan dan hanya menghabiskan ½ porsi

makanan; pukul 13.15 WIB mengajarkan diet DM, pasien memahami tentang bagaimana diet DM; pukul 13.50 WIB memonitor berat badan dengan hasil BB pasien 90 kg

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 10.00 WIB memonitor asupan makanan, pasien mengatakan menghabiskan 2/3 porsi makanan; pukul 13.00 memonitor berat badan pasien dengan hasil BB pasien 90 kg

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 10.10 WIB memonitor asupan makanan, pasien mengatakan nafsu makan membaik, tidak ada mual, pasien tampak menghabiskan 1 porsi makanan, keluarga mengatakan pasien sudah mau makan buah-buahan; pukul 13.30 WIB mengajarkan diet DM, pasien dan keluarga mengatakan memahami dan dapat menyebutkan prinsip diet DM; pukul 14.03 WIB memonitor berat badan pasien dengan hasil BB pasien 90 kg

Evaluasi tanggal 15 Maret 2023 pukul 14.00 WIB

Subyektif :

Pasien mengatakan nafsu makannya membaik, tidak ada mual

Obyektif :

Pasien tampak menghabiskan 1 porsi makanan, membran mukosa membaik (lembab), pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat

meningkat (pasien mengonsumsi makanan yang mengandung gula dengan seimbang)

Analisa :

Tujuan tercapai

Planning : intervensi dihentikan

5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Data Subyektif : pasien mengeluh lelah, merasa sesak setelah beraktivitas, lemah, pasien mengatakan sulit beraktifitas

Data Obyektif : tekanan darah 134/100 mmHg, frekuensi napas 24x/menit, kekuatan otot ekstremitas atas bagian kiri 4 4 4 4, bagian kanan 5 5 5 5, ekstremitas atas bagian kiri 4 4 4 4, bagian kanan 5 5 5 5, gambaran EKG *junctional rhythm*

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka toleransi aktivitas meningkat

Kriteria hasil : keluhan lelah menurun (pasien tidak mengeluh lelah), perasaan lemah menurun (keluhan lemah tidak ada), keluhan sesak setelah beraktivitas menurun (tidak ada keluhan sesak setelah beraktivitas), warna kulit membaik (merah muda), tekanan darah membaik (120/80 mmhg), frekuensi napas membaik (16-20x/menit), kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat (pasien dapat beraktivitas secara mandiri), kekuatan tubuh bagian bawah meningkat (pasien dapat berjalan secara mandiri)

Rencana tindakan :

- a Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- b Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu
- c Monitor pola dan jam tidur
- d Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama aktivitas
- e Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus
- f Berikan aktivitas distraksi/teknik napas dalam
- g Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur
- h Libatkan keluarga dalam aktivitas
- i Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- j Anjurkan tirah baring

Pelaksanaan tindakan :**Tanggal 13 Maret 2023**

Pukul 08.02 WIB memonitor pola dan jam tidur, pasien mengatakan tidur malam pukul 21.00 WIB dan bangun pukul 04.00 WIB, pasien mengatakan jarang tidur siang; pukul 09.20 WIB mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, pasien mengatakan sesak setelah beraktifitas; pukul 11.00 WIB mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu, pasien mengatakan mampu melakukan aktivitas makan sendiri, namun untuk melakukan perawatan diri dibantu oleh keluarga; pukul 11.05 WIB menganjurkan keluarga untuk membantu aktivitas pasien, keluarga mengatakan akan membantu aktivitas pasien; pukul 11.10 WIB menganjurkan tirah baring, pasien mengatakan akan tirah baring untuk mengurangi rasa sesaknya; pukul 11.15

memberikan lingkungan yang nyaman dengan rendah stimulus, pasien merasa nyaman dengan ruangan yang tidak banyak lampu

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 08.15 WIB memonitor pola dan jam tidur, pasien mengatakan tadi malam tidur pukul 22.00 WIB dan bangun pukul 04.00 WIB; pukul 08.20 WIB memberikan aktivitas distraksi teknis napas dalam, pasien merasa nyaman karena sesaknya berkurang; pukul 13.50 WIB memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, pasien dapat duduk di sisi tempat tidur; pukul 14.05 WIB menganjurkan pasien untuk beraktivitas secara bertahap, pasien mengatakan akan beraktivitas secara bertahap

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor pola dan jam tidur, pasien mengatakan tadi malam tidur pukul 21.00 WIB dan bangun pukul 04.00 WIB; pukul 08.07 WIB mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu, pasien mengatakan sudah bisa duduk di kursi secara mandiri, pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas makan sendiri; pukul 10.00 WIB memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama aktivitas, pasien mengatakan sesaknya sudah tidak terasa, pusing tidak ada

Evaluasi tanggal 15 Maret 2023 pukul 14.00 WIB

Subyektif :

Pasien mengatakan sudah tidak sesak, sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri, mengubah posisi dan berpindah tempat

Obyektif :

Pasien tampak mampu berpindah tempat secara mandiri, pasien tidak lagi terpasang oksigen, keluarga pasien tampak terlibat dalam membantu aktivitas pasien, warna kulit membaik (merah muda)

Analisa :

Tujuan tercapai

Perencanaan : intervensi dihentikan

6. Defisit pengetahuan tentang diabetes melitus berhubungan dengan ketidaktahuan

Data Subyektif : pasien mengatakan tidak tahu penyebab diabetes melitus, pasien mengatakan tidak tahu tentang cara penanganan yang benar tentang diabetes melitus

Data Obyektif : pasien tampak bingung

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat pengetahuan meningkat

Kriteria Hasil : kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang diabetes melitus meningkat (pasien dapat menjelaskan pengertian, penyebab, komplikasi dan penatalaksanaan yang baik tentang diabetes melitus tipe 2

dengan benar), pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (pasien tidak lagi menanyakan tentang penyakitnya), persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (pasien dapat menerapkan gaya hidup yang sehat)

Rencana Tindakan :

- a Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- c Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- d Ajarkan strategi yang dapat digunakan dalam penanganan diabetes melitus

Pelaksanaan tindakan :

Tanggal 13 Maret 2023

Pada pukul 09.05 WIB mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, pasien dan keluarga mengatakan siap untuk menerima informasi yang akan diberikan oleh perawat; pukul 09.07 WIB menjadwalkan pendidikan kesehatan, kontrak waktu pada pukul 13.00 WIB; pukul 13.00 WIB memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian diabetes melitus, pasien mengatakan paham dan dapat menyebutkan kembali pengertian dari diabetes melitus.

Tanggal 14 Maret 2023

Pada pukul 08.10 WIB mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, pasien dan keluarga mengatakan siap untuk menerima informasi yang akan diberikan oleh perawat; pukul 08.15 WIB

menjadwalkan pendidikan kesehatan, kontrak waktu pada pukul 12.30 WIB; pukul 12.30 WIB memberikan pendidikan kesehatan tentang penanganan pada hipoglikemia, pasien mengatakan paham dan dapat menyebutkan kembali penanganan pada hipoglikemia.

Tanggal 15 Maret 2023

Pada pukul 08.37 WIB mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, pasien dan keluarga mengatakan siap untuk menerima informasi yang akan diberikan oleh perawat; pukul 09.12 WIB menjadwalkan pendidikan kesehatan, kontrak waktu pada pukul 13.00 WIB; pukul 13.00 WIB memberikan pendidikan kesehatan tentang komplikasi diabetes melitus, pasien mengatakan paham dan dapat menyebutkan kembali komplikasi pada diabetes melitus.

Evaluasi tanggal 15 Maret 2023 pukul 14.15 WIB

Subyektif :

Pasien mengatakan sudah paham tentang diabetes melitus terutama hipoglikemia, pasien mengatakan sudah paham cara penanganan yang baik hipoglikemia, pasien mengatakan akan mengubah gaya hidup dan pola makannya dengan baik

Obyektif :

Pasien tampak tidak bingung lagi, pasien dapat menjelaskan pengertian diabetes melitus dan hipoglikemia, pasien dapat menjelaskan kembali penanganan yang baik untuk hipoglikemia

Analisa :

Tujuan tercapai

Perencanaan : intervensi dihentikan

- g Risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan peningkatan tekanan darah

Data Subyektif : pasien mengatakan pusing, merasa lelah dan sesak

Data Obyektif : tekanan darah tanggal 11 Maret 2023 pukul 10.00 WIB 190/105 mmHg, pukul 20.30 WIB 170/75 mmHg; tanggal 12 Maret 2023 pukul 06.00 WIB 132/80 mmHg, pukul 08.00 WIB 135/70 mmhg, pukul 14.00 WIB 140/93 mmHg; tanggal 13 Maret 2023 pukul 08.00 WIB 134/100 mmHg, terdapat edema pada tungkai bawah dengan derajat 1 dan pitting edema <3 detik, CRT <3 detik

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka curah jantung meningkat

Kriteria hasil : keluhan lelah menurun (lelah tidak ada), keluhan sesak menurun (sesak tidak ada), edema menurun (edema tidak ada), batuk menurun (batuk tidak ada), tekanan darah membaik (120/80 mmHg)

Rencana tindakan :

- a Identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung
- b Monitor tanda-tanda vital
- c Posisikan pasien semi-Fowler atau fowler
- d Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress
- e Berikan oksigen 3 liter/menit

- f Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
- g Anjurkan berhenti merokok
- h Berikan amlodipine 10mg/24 jam melalui oral (pukul 06.00 WIB)
- i Berikan candesartan 8mg/24 jam melalui oral (pukul 06.00 WIB)
- j Berikan furosemide 10 mg/24 jam melalui *intravena* (pukul 06.00 WIB)

Pelaksanaan tindakan :

Tanggal 13 Maret 2023

Pada pukul 06.00 WIB perawat dinas malam memberikan terapi obat amlodipin 10mg, candesartan 8mg dan furosemide 10mg, pasien telah diberikan terapi obat amlodipine 10mg melalui oral, candesartan 8mg melalui oral dan furosemide 10mg melalui *intravena*, tidak ada reaksi alergi; pukul 08.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah 134/100 mmHg, frekuensi napas 24x/menit, frekuensi nadi 80x/menit; pukul 09.00 WIB memberikan oksigen 3 liter/menit, pasien telah terpasang oksigen 3 liter/menit; pukul 10.00 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung, pasien mengatakan sesak, pasien merasa lemah, terdapat edema pada tungkai bawah pasien, pasien mengatakan batuk, terdapat ronchi; pukul 12.00 WIB memberikan posisi fowler, pasien merasa nyaman setelah diberi posisi fowler; pukul 12.05 WIB memberikan terapi relaksai napas dalam, pasien merasa lebih tenang

Tanggal 14 Maret 2023

Pada pukul 06.00 WIB perawat dinas malam memberikan terapi obat amlodipin 10mg, candesartan 8mg dan furosemide 10mg, pasien telah diberikan terapi obat amlodipine 10mg melalui oral, candesartan 8mg melalui oral dan furosemide 10mg melalui *intravena*, tidak ada reaksi alergi; pukul 08.10 WIB memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah 155/100 mmHg, frekuensi napas 21x/menit, frekuensi nadi 86x/menit; pukul 11.00 WIB identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung, pasien mengatakan sesak, pasien merasa lemah, masih terdapat edema pada tungkai bawah pasien, pasien mengatakan batuk, masih terdapat ronchi; pukul 12.30 WIB memberikan posisi fowler, pasien merasa nyaman setelah diberi posisi fowler; pukul 12.35 WIB memberikan terapi relaksasi napas dalam, pasien merasa lebih tenang

Tanggal 15 Maret 2023

Pada pukul 06.00 WIB perawat dinas malam memberikan terapi obat amlodipin 10mg, candesartan 8mg dan furosemide 10mg, pasien telah diberikan terapi obat amlodipine 10mg melalui oral, candesartan 8mg melalui oral dan furosemide 10mg melalui *intravena*, tidak ada reaksi alergi; pukul 08.04 WIB memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah 135/95 mmHg, frekuensi napas 21x/menit, frekuensi nadi 87x/menit; pukul 10.20 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung, pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak, pasien mengatakan sudah tidak merasa lemah, pusing tidak ada, edema pada tungkai bawah

pasien berkurang, pasien mengatakan sudah tidak batuk, ronchi tidak ada; pukul 14.15 WIB menganjurkan beraktivitas secara bertahap, pasien mengatakan akan beraktivitas secara bertahap; pukul 14.20 WIB menganjurkan pasien untuk berhenti merokok, pasien mengatakan akan berhenti merokok pelan-pelan

Evaluasi tanggal 15 Maret 2023 pukul 14.15 WIB

Subyektif :

Pasien mengatakan sudah tidak sesak, tidak merasa pusing, tidak merasa lemah, tidak ada batuk

Obyektif :

Tekanan darah 135/95 mmHg, frekuensi napas 19x/menit, frekuensi nadi 87x/menit, edema pada tungkai tampak berkurang

Analisa :

Tujuan tercapai sebagian

Perencanaan : lanjutkan intervensi

- a Identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung
- b Monitor tanda-tanda vital
- c Monitor intake dan output
- d Posisikan pasien semi-Fowler atau fowler
- e Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress
- f Anjurkan berhenti merokok
- g Berikan amlodipine 10mg/24 jam (pukul 06.00 WIB)
- h Berikan candesartan 8mg/24 jam (pukul 06.00 WIB)
- i Berikan furosemide 10mg/24 jam (pukul 06.00 WIB)

BAB IV PEMBAHASAN

Pada Bab ini penulis membahas tentang kesenjangan antara teori diabetes melitus dengan kasus pada pasien Tn. M Diabetes Melitus Tipe 2 di Ruang Penyakit Dalam Lantai 13 Kamar 1301 RSUD Koja Jakarta Utara dari tanggal 13 Maret sampai dengan 15 Maret 2023 pada BAB sebelumnya. Pembahasan ini disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Data yang didapatkan dari pengkajian yaitu data primer dan data sekunder. Data primer meliputi pengkajian fisik, observasi pada pasien dan wawancara secara langsung dengan pasien dan keluarga, sedangkan data sekunder didapatkan dari catatan rekam medis dan tim kesehatan lain.

Menurut yang dikemukakan oleh Lestari et al (2021) terdapat beberapa tanda gejala yang khas dirasakan oleh penderita diabetes melitus tipe 2 yaitu poliuri (banyak buang air kecil), polidipsi (banyak minum), polifagi (banyak makan) dan berat badan menurun. Namun berbeda pada pasien, penulis menemukan kesenjangan yakni pada pasien tidak terjadi tanda gejala polifagi, dibuktikan dengan pasien mengatakan nafsu makannya berkurang, porsi makanan yang dihabiskan hanya $\frac{1}{2}$ porsi dan serum albumin yang menurun. Hal ini dikarenakan pasien telah menderita diabetes melitus selama 5 tahun

sehingga tanda gejala polifagi sudah tidak muncul lagi. Pada pasien ditemukan tanda gejala ronchi dan sesak, hal ini dibuktikan pasien memiliki riwayat merokok sejak SD sehingga terjadi gangguan pada sistem pernapasan pasien.

Penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada komplikasi dan penatalaksanaan yang dilakukan pada pasien, namun penulis menemukan kesenjangan pada pemeriksaan tes diagnostik. Menurut Kardiudiani & Susanti (2019) pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk mengetahui diagnosa diabetes melitus yaitu tes gula darah HbA1C, tes gula darah sewaktu, tes gula darah puasa, tes toleransi glukosa oral dan glukosa 2 jam post prandial. HbA1C merupakan pemeriksaan untuk mengetahui persentase gula darah yang ada pada hemoglobin dan protein yang membawa oksigen dalam sel darah merah. Hal ini berbeda pada pasien, dimana pada pasien tidak dilakukan pemeriksaan HbA1C. Hal ini tidak dilakukan pada pasien karena menurut Kardiudiani & Susanti (2019) pemeriksaan HbA1C bertujuan untuk menunjukkan kadar gula darah dalam waktu dua sampai tiga bulan. Sementara pasien sudah jelas menderita diabetes melitus selama 5 tahun.

Faktor pendukung yang diperoleh penulis selama pengkajian adalah pasien dan keluarga sangat kooperatif dan tersedianya rekam medis sangat membantu pasien dalam mengkaji. Faktor penghambat yang penulis alami yaitu pemeriksaan darah yang dilakukan hanya sekali sehingga penulis sulit untuk merencanakan diagnosa yang tepat pada pasien.

B. Diagnosa Keperawatan

Pada tahap kedua, setelah penulis mengumpulkan data dari proses pengkajian yang telah dilakukan maka penulis merumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan data-data yang ada. Dari hasil analisa data, didapatkan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan teori keperawatan Black & Hawks (2014), Smeltzer (2013) dan Haryono & Susanti (2019) terdapat tujuh diagnosa yang mungkin muncul pada pasien diabetes melitus yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin atau penurunan sekresi insulin; hipovolemia berhubungan dengan asupan cairan yang tidak adekuat, kegagalan pada mekanisme pengaturan dan defisit cairan yang aktif; ansietas berhubungan dengan proses penyakit; risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif; defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, mengabsorbsi nutrien, mencerna makanan dan peningkatan kebutuhan metabolisme; intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan dan ketidakseimbangan antar suplai dengan kebutuhan oksigen; defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif. Sedangkan pada pasien hanya ditemukan lima diagnosa yang sama dengan teori yang dikemukakan oleh Black & Hawks (2014), Smeltzer (2013) dan Haryono & Susanti (2019) yaitu ketidakseimbangan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, hipovolemia berhubungan dengan keilangan cairan aktif, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien, intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, dan defisit pengetahuan tentang diabetes melitus berhubungan dengan ketidaktahuan.

Penulis menemukan kesenjangan antara diagnosa kasus dengan diagnosa teori yaitu diagnosa yang ada pada teori namun tidak ada dalam kasus seperti diagnosa ansietas berhubungan dengan proses penyakit dan risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif.

Diagnosa pertama yaitu ansietas berhubungan dengan proses penyakit. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) diagnosa ansietas didefinisikan sebagai kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman, ditandai dengan pasien merasa bingung, khawatir, sulit berkonsentrasi, mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya, tampak gelisah, tegang, sulit tidur, tremor dan kontak mata buruk. Namun pada pasien tanda dan gejala tersebut tidak ditemukan, oleh karena itu penulis tidak mengangkat diagnosa ansietas. Hal ini dibuktikan dengan pasien tampak rileks dan tidak merasa khawatir.

Diagnosa kedua yaitu risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) diagnosa risiko infeksi didefinisikan sebagai risiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Diagnosa risiko infeksi tidak penulis angkat dibuktikan pasien tidak memiliki luka.

Sedangkan diagnosa tidak ada pada teori namun ada pada kasus yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas dan risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan peningkatan tekanan darah. Pada diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif, Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) mendefinisikan diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif yaitu

ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten yang ditandai dengan adanya dispnea, sulit bicara, ortopnea, batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi/*wheezing*/ronchi, gelisah, sianosis, frekuensi napas lebih atau kurang dari 16-20x/menit. Penulis mengangkat diagnosa ini dibuktikan pada saat pengkajian pasien mengatakan sesak, batuk dan sulit mengeluarkan dahak, frekuensi napas 24x/menit, terdapat ronchi pada jalan napas pasien, terdapat sputum dengan karakteristik berwarna putih dan konsistensi kental. Hal ini juga didukung oleh riwayat pasien merokok sejak kelas 5 SD.

Diagnosa selanjutnya yaitu risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan peningkatan tekanan darah. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) diagnosa risiko penurunan curah jantung adalah risiko mengalami pemompaan jantung yang tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Penulis mengangkat diagnosa risiko penurunan curah jantung dibuktikan pada saat pengkajian pasien mengatakan pusing, merasa lelah dan sesak, tekanan darah pada tanggal 11 Maret 2023 pukul 10.00 WIB 190/105 mmHg, pukul 20.30 WIB 170/75 mmHg; tanggal 12 Maret 2023 pukul 06.00 WIB 132/80 mmHg, pukul 08.00 WIB 135/70 mmhg, pukul 14.00 WIB 140/93 mmHg; tanggal 13 Maret 2023 pukul 08.00 WIB 134/100 mmHg. Terdapat edema pada tungkai bawah derajat 1 dan pitting edema <3 detik, CRT <3 detik.

Adapun faktor pendukung selama penulis menentukan diagnosa keperawatan seperti tersedianya sumber literature yang cukup memadai untuk

membantu penulis dalam menentukan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien.

Faktor penghambat yang ditemukan penulis dalam menentukan diagnosa keperawatan yaitu adanya data pasien yang tidak mendukung sesuai dengan konsep teori sehingga membuat penulis kesulitan untuk menentukan diagnosa keperawatan. Solusi yang dilakukan oleh penulis yaitu berkonsultasi dengan dosen pembimbing dalam menentukan diagnosa.

C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan yang disusun oleh penulis sesuai dengan prioritas masalah dan kondisi pasien. Perencanaan terdiri dari tujuan, kriteria hasil dan rencana keperawatan.

Penulis tidak menemukan kesenjangan pada perencanaan diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah, defisit nutrisi dan defisit pengetahuan. Namun penulis menemukan beberapa kesenjangan pada perencanaan diagnosa lain. Pada perencanaan diagnosa hipovolemia pada pasien menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) terdiri dari periksa tanda dan gejala hipovolemia (nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, haus, lemah) sampai anjurkan untuk tidak merubah posisi secara mendadak. Intervensi yang tidak penulis tulis yaitu anjurkan untuk tidak merubah posisi secara mendadak, hal ini dikarenakan penulis sudah menganjurkan pasien untuk melakukan perpindahan posisi secara bertahap pada intervensi diagnosa intoleransi aktivitas.

Perencanaan diagnosa intoleransi aktivitas pada pasien menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) terdiri dari identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan sampai kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan untuk meningkatkan energi pasien. Intervensi yang tidak penulis tulis yaitu kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan, karena penulis sudah menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan makanan sesuai anjuran diet dari ahli gizi pada diagnosa defisit nutrisi.

Perencanaan bersihan jalan napas tidak efektif dan risiko penurunan curah jantung tidak terdapat dalam teori namun penulis tambahkan dengan berpedoman pada buku Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018).

Faktor pendukung yang penulis temukan dalam menyusun perencanaan keperawatan yaitu tersedianya sumber berupa buku yang dapat penulis gunakan untuk acuan dalam menyusun perencanaan keperawatan pada pasien. Tidak ditemukan faktor penghambat yang berarti bagi penulis dalam menyusun rencana tindakan keperawatan.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan aksi nyata dari rencana tindakan yang sebelumnya sudah direncanakan. Penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan dan di dokumentasikan selama 3 x 24 jam. Dalam pelaksanaan keperawatan penulis mengalami beberapa kendala namun sudah ditemukan alternatif lain.

Pelaksanaan diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas, semua perencanaan yang ditulis terlaksana. Namun penulis mendapatkan kendala saat melakukan tindakan pemberian nebulizer dan batuk efektif dikarenakan tidak tersedianya tempat sputum tertutup (sputum pot). Solusi yang dilakukan penulis adalah mengganti sputum pot dengan bengkok. Selain itu penulis juga mendapatkan kendala saat melakukan tindakan pemberian terapi obat merofen 0,5 gram/8 jam intravena, dikarenakan terbatasnya alat seperti perlak. Solusi yang dilakukan penulis yaitu membawa perlak/underpads sendiri. Pelaksanaan diagnosa ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, semua perencanaan yang telah ditulis terlaksana namun penulis mendapatkan kendala saat melakukan pemeriksaan gula darah dikarenakan terbatasnya alat-alat seperti strip gula darah dan jarum. Solusi yang dilakukan penulis adalah membawa alat gula darah sendiri. Pelaksanaan diagnosa hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, penulis tidak menemukan kendala saat melakukan pelaksanaan keperawatan. Pelaksanaan diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, penulis tidak mendapatkan kendala dan pelaksanaan keperawatan terlaksana dengan baik sesuai rencana yang telah disusun sebelumnya. Pelaksanaan diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, penulis mendapatkan kendala yakni pasien merasa merepotkan ketika dibantu dalam aktivitas oleh penulis, pasien lebih nyaman jika dibantu oleh keluarganya. Solusi yang dilakukan oleh penulis yaitu menganjurkan keluarga untuk terlibat dalam membantu aktivitas pasien. ada pelaksanaan diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidaktauhan,

penulis tidak menemukan kendala dan pelaksanaan keperawatan terlaksana dengan baik sesuai rencana yang telah disusun sebelumnya. Hal ini dikarenakan pasien dan keluarga sangat kooperatif ketika pelaksanaan keperawatan diagnosa defisit pengetahuan dilakukan. Pelaksanaan risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan kenaikan tekanan darah, penulis mendapatkan kendala dalam memonitor tanda-tanda vital dimana terbatasnya alat tensimeter digital yang rusak. Solusi yang dilakukan oleh penulis yaitu membawa tensimeter sendiri.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan penulis disesuaikan dengan teori Sitanggang (2018) yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses atau evaluasi formatif dilakukan setelah melakukan tindakan dan didokumentasikan sedangkan evaluasi hasil atau evaluasi sumatif mengacu pada tujuan yang telah disusun sebelumnya.

Dari tujuh diagnosa yang muncul hanya empat diagnosa yang tujuannya sudah tercapai antara lain; diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin yang dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah tidak merasa pusing, tidak merasa lelah, pasien masih sering merasa haus, pasien tampak tidak berkeringat, pasien tampak tidak gemetar, pukul 20.00 WIB GDS pasien 118 mg/dL; diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien yang dibuktikan dengan pasien mengatakan nafsu makannya membaik, tidak ada mual, pasien tampak menghabiskan 1 porsi makanan, membran mukosa membaik (lembab),

pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat (pasien mengonsumsi makanan yang mengandung gula dengan seimbang); diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yang dibuktikan dengan Pasien mengatakan sudah tidak sesak, sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri, mengubah posisi dan berpindah tempat, pasien tampak mampu berpindah tempat secara mandiri, pasien tidak lagi terpasang oksigen, keluarga pasien tampak terlibat dalam membantu aktivitas pasien, warna kulit membaik (merah muda); defisit pengetahuan tentang diabetes melitus berhubungan dengan ketidaktahuan yang dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah paham tentang diabetes melitus terutama hipoglikemia, pasien mengatakan sudah paham cara penanganan yang baik hipoglikemia, pasien mengatakan akan mengubah gaya hidup dan pola makannya dengan baik, pasien tampak tidak bingung lagi, pasien dapat menjelaskan pengertian diabetes melitus dan hipoglikemia, pasien dapat menjelaskan kembali penanganan yang baik untuk hipoglikemia.

Pasien terdapat tiga diagnosa keperawatan yang tercapai sebagian antara lain; diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas yang dibuktikan dengan pasien mengatakan napas sudah tidak sesak, pasien mengatakan batuknya sudah berkurang, pasien mengatakan sudah tidak ada sputum, frekuensi napas 19x/menit, kedalaman napas dangkal, ronchi masih ada, pasien dapat melakukan batuk efektif, produksi sputum menurun (tidak ada sputum); diagnosa hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif yang dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak, lemah tidak ada, pasien masih sering merasa haus, turgor kulit pasien

membaik (lembab), kekuatan nadi meningkat (teraba kuat), membran mukosa lembab, pukul 13.25 WIB balance cairan dengan hasil -200 ml; diagnosa risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan kenaikan tekanan darah yang dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah tidak sesak, tidak merasa pusing, tidak merasa lemah, tidak ada batuk, tekanan darah 135/95 mmHg, frekuensi napas 19x/menit, frekuensi nadi 87x/menit, edema pada tungkai tampak berkurang.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan evaluasi keperawatan adalah kerja sama yang baik antara pasien, keluarga dan perawat ruangan yang sedang berdinamis sehingga penulis dapat mengumpulkan informasi yang dapat menunjang evaluasi keperawatan. Pada tahap ini penulis tidak menemukan faktor yang menghambat dalam menyelesaikan evaluasi keperawatan.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn. M dengan Diabetes Melitus Tipe 2 di Ruang Penyakit Dalam Lantai 13 Kamar 1301 RSUD Koja Jakarta Utara dari tanggal 13 Maret sampai dengan 15 Maret 2023. Maka penulis menarik kesimpulan dan saran yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sebagai berikut :

A. Kesimpulan

Dari hasil yang telah dilakukan oleh penulis, hal-hal yang ada pada kasus sebagian besar sama dengan tinjauan teori. Berdasarkan pengkajian diabetes melitus pada pasien mengalami diabetes melitus tipe 2 dikarenakan pasien mempunyai gaya hidup yang tidak sehat, pasien saat usia muda sering mengonsumsi banyak donat dan makanan manis lainnya. Selain itu, pasien memiliki riwayat merokok sejak kelas 5 SD. Terdapat beberapa tanda gejala yang khas dirasakan oleh penderita diabetes melitus tipe 2 yaitu poliuri (banyak buang air kecil), polidipsi (banyak minum), polifagi (banyak makan) dan berat badan menurun. Namun berbeda pada pasien, penulis menemukan kesenjangan yakni pada pasien tidak terjadi tanda gejala polifagi, dibuktikan dengan pasien mengatakan nafsu makannya berkurang, porsi makanan yang dihabiskan hanya $\frac{1}{2}$ porsi dan serum albumin yang menurun. Hal ini dikarenakan pasien telah menderita diabetes melitus selama 5 tahun sehingga tanda gejala polifagi sudah tidak muncul lagi. Pemeriksaan penunjang pada

diabetes melitus yaitu tes gula darah HbA1C, tes gula darah sewaktu, tes gula darah puasa, tes gula darah oral dan glukosa 2 jam post prandial. Ditemukan kesenjangan pada pemeriksaan penunjang yaitu pada kasus tidak dilakukan pemeriksaan tes gula darah HbA1C, hal ini dikarenakan pasien sudah jelas menderita diabetes melitus selama 5 tahun.

Dalam tinjauan teori dinyatakan ada tujuh diagnosa keperawatan yaitu; ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin atau penurunan sekresi insulin; hipovolemia berhubungan dengan asupan cairan yang tidak adekuat, kegagalan pada mekanisme pengaturan dan defisit cairan yang aktif; ansietas berhubungan dengan proses penyakit; risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif; defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, mengabsorbsi nutrien, mencerna makanan dan peningkatan kebutuhan metabolisme; intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dan ketidakseimbangan antar suplai dan kebutuhan oksigen; defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan. Namun pada kasus hanya ditemukan lima diagnosa yang sama dengan teori yaitu ketidakseimbangan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, hipovolemia berhubungan dengan keilangan cairan aktif, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien, intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, dan defisit pengetahuan tentang diabetes melitus berhubungan dengan ketidaktahuan dan dua diagnosa lainnya yang ada pada kasus namun tidak ada pada teori yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas dan risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan peningkatan tekanan darah.

Tahap perencanaan keperawatan semua perencanaan yang disusun oleh penulis sesuai antara teori dan kasus, kemudian untuk diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas dan risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan peningkatan tekanan darah penulis menyesuaikan antara masalah keperawatan dan kebutuhan pasien yang disesuaikan dengan jangka waktu 3 x 24 jam.

Tahap pelaksanaan tindakan keperawatan sebagian besar rencana keperawatan yang telah disusun terlaksana dengan baik karena adanya hubungan dan kerja sama yang baik antara pasien, keluarga pasien, perawat ruangan dan tenaga kesehatan lainnya dengan menggunakan fasilitas-fasilitas yang ada di Rumah Sakit. Namun penulis mengalami beberapa kendala saat melakukan tindakan keperawatan pada pasien. Penulis mencari solusi lain untuk mengatasi kendala tersebut seperti pada pelaksanaan diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif, penulis mendapatkan kendala saat melakukan tindakan pemberian nebulizer dan batuk efektif dikarenakan tidak tersedianya tempat sputum tertutup (sputum pot). Solusi yang dilakukan penulis adalah mengganti sputum pot dengan bengkok. Selain itu penulis juga mendapatkan kendala saat melakukan tindakan pemberian terapi obat merofen 0,5 gram/8 jam intravena, dikarenakan terbatasnya alat seperti perlak. Solusi yang dilakukan penulis yaitu membawa perlak/underpads sendiri. Pada pelaksanaan diagnosa ketidakstabilan glukosa darah penulis mendapatkan kendala saat melakukan pemeriksaan gula darah dikarenakan terbatasnya alat-alat seperti strip gula darah dan jarum. Solusi yang dilakukan penulis adalah membawa alat gula darah sendiri.

Tahap evaluasi keperawatan dari ke tujuh diagnosa yang diangkat, terdapat empat diagnosa yang sudah tercapai antara lain ketidakstabilan kadar glukosa darah, defisit nutrisi, intoleransi aktivitas, dan defisit pengetahuan dan ada tiga diagnosa yang tercapai sebagian antara lain bersihan jalan napas tidak efektif, hipovolemia dan risiko penurunan curah jantung.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas setelah penulis melakukan asuhan keperawatan dan berinteraksi dengan pasien, tim keperawatan dan tim kesehatan di RSUD Koja Jakarta Utara, maka penulis ingin memberikan saran agar tercapainya peningkatan kualitas pelayanan keperawatan, berikut saran yang ingin penulis sampaikan yaitu :

1. Bagi Ruangan

Perawat diharapkan meningkatkan dan melaksanakan SOP yang berlaku seperti menyediakan sputum pot/wadah yang tertutup untuk tempat membuang dahak, menyediakan dan menggunakan perlak ketika sedang memberikan obat injeksi pada pasien, menggunakan strip dan jarum untuk mengecek gula darah sesuai jam dan waktunya agar meminimalkan terjadinya kekurangan strip dan jarum.

2. Bagi Penulis

Penulis diharapkan mampu mengembangkan ilmu pengetahuan yang ada khususnya dalam bidang keperawatan dengan memperbanyak membaca literature dan mencari informasi yang *ter-update* mengenai ilmu keperawatan pada pasien diabetes melitus sehingga mampu

memberikan asuhan keperawatan yang lebih optimal dan efektif. Selain itu penulis diharapkan mampu meningkatkan kemampuan dalam berpikir kritis agar mampu menentukan diagnosa keperawatan yang tepat dan menentukan perencanaan keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien sehingga perencanaan dapat dilaksanakan dengan baik dan efektif.

3. Bagi Institusi

Institusi diharapkan dapat lebih memperhatikan kembali jadwal dinas dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah agar tidak berlangsung secara bersamaan sehingga mahasiswa dapat lebih fokus dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah dan institusi diharapkan dapat menambah jadwal dinas untuk ujian praktik agar asuhan keperawatan pada pasien dapat terlaksana dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- American Diabetes Association. (2022a). Classification and Diagnosis of Diabetes : Standards of Medical Care in Diabetes — 2022. *Diabetes Care*, 45(Supplement). <https://doi.org/https://doi.org/10.2337/dc22-S002>
- American Diabetes Association. (2022b). Introduction : Standards of Medical Care in Diabetes — 2022. *Diabetes Care*, 45(Supplement). <https://doi.org/https://doi.org/10.2337/dc22-Sint>
- Anggraeni, N. C., Widayati, N., & Sutawardana, J. H. (2020). Peran Perawat Sebagai Edukator Terhadap Persepsi Sakit Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Kabupaten Jember. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 21(1). <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>
- Appleton, A., Vanbergen, O., O’neill, R., & Murphy, R. (2019). *Sistem Endokrin, Metabolisme dan Nutrisi* (A. Rudijanto (ed.)). Elsevier.
- Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2021). Kozier & Erb’s Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice. In *The American Journal of Nursing* (11th ed., Vol. 82, Issue 6). Pearson.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan* (A. Suslia, F. Ganiajri, P. P. Lestari, & R. W. A. Sari (eds.); 8th ed.). PT. Salemba Emban Patria.
- Dafriani, P., & Dewi, R. I. S. (2019). Tingkat Pengetahuan pada Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2. *Jurnal Abdimas Saintika*, 1(1). <http://dx.doi.org/10.30633/jas.v1i1.467>
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). Nursing Care Plan Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span 10 TH EDITION. *Usa*.
- Fatimah, R. N. (2018). Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Kedokteran Unila*, 27(2). <https://doi.org/10.14499/indonesianjpharm27iss2pp74>
- Haryono, R., & Susanti, B. A. D. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Endokrin* (I. K. Dewi (ed.)). Pustaka Baru Press.
- Hasanudin, F. (2020). Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi. *Journal of Health*,

- Education and Literacy*, 2(2). <https://doi.org/10.31605/j-healt.v2i2.634>
- IDF. (2021). *Diabetes Around The World*. https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/?dlmodal=active&dlsrc=https%3A%2F%2Fdiabetesatlas.org%2Fidfa-wp%2Fresource-files%2F2021%2F07%2FIDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
- Kardiyudiani, N. K., & Susanti, B. A. D. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah 1* (I. K. Dewi (ed.)). PT. PUSTAKA BARU.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Infodatin tetap produktif, cegah, dan atasi Diabetes Melitus 2020. In *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*.
- Lestari, L., Zulkarnain, Z., & Sijid, S. A. (2021). Diabetes Melitus: Review etiologi, patofisiologi, gejala, penyebab, cara pemeriksaan, cara pengobatan dan cara pencegahan. *Prosiding Seminar Nasional Biologi*, 7(1). <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/psb/article/view/24229>
- Nurdin, F. (2021). Persepsi Penyakit dan Perawatan Diri dengan Kualitas Hidup Diabetes Mellitus Type 2. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 4(2). <https://doi.org/10.31539/jks.v4i2.1931>
- PERKENI. (2021). *Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia 2021*. <https://pbperkeni.or.id/wp-content/uploads/2021/11/22-10-21-Website-Pedoman-Pengelolaan-dan-Pencegahan-DMT2-Ebook.pdf>
- Petersmann, A., Müller-Wieland, D., Müller, U., Landgraf, R., Nauck, M., Freckmann, G., Heinemann, L., & Schleicher, E. (2019). Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*, 127. <https://doi.org/10.1055/a-1018-9078>
- Putra, I. W. A., & Berawi, K. N. (2018). Four Pillars of Management of Type 2 Diabetes Mellitus Patients. *Jurnal Majority*, 4(Dm).
- Riskesdas. (2018). Laporan Riskesdas 2018 Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. In *Laporan Nasional Riskesdas 2018* (Vol. 53). [http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK No. 57 Tahun 2013 tentang PTRM.pdf](http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK%20No.%2057%20Tahun%202013%20tentang%20PTRM.pdf)
- Santoso, P., & Setyowati, N. (2020). Edukasi Hipoglikemia Terhadap Kejadian Hipoglikemia Penderita Diabetes Mellitus di Posyandu Lansia Balowerti Kota Kediri. *Journals of Ners Community*, 11(01). <https://journal.unigres.ac.id/index.php/JNC/article/download/924/847/2399>
- Saputri, R. D. (2020). Komplikasi Sistemik Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11.

<https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.254>

Sitanggang, R. (2018). Tujuan evaluasi dalam keperawatan. *Journal Proses Dokumentasi Asuhan Keperawatan*, 1(5).

Smeltzer, S. C. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah* (A. E. Mardella (ed.); 12th ed.). Buku Kedokteran EGC.

Tandra, H. (2020). *Dari Diabetes Menuju Kaki*. PT. Gramedia Pustaka Utama.

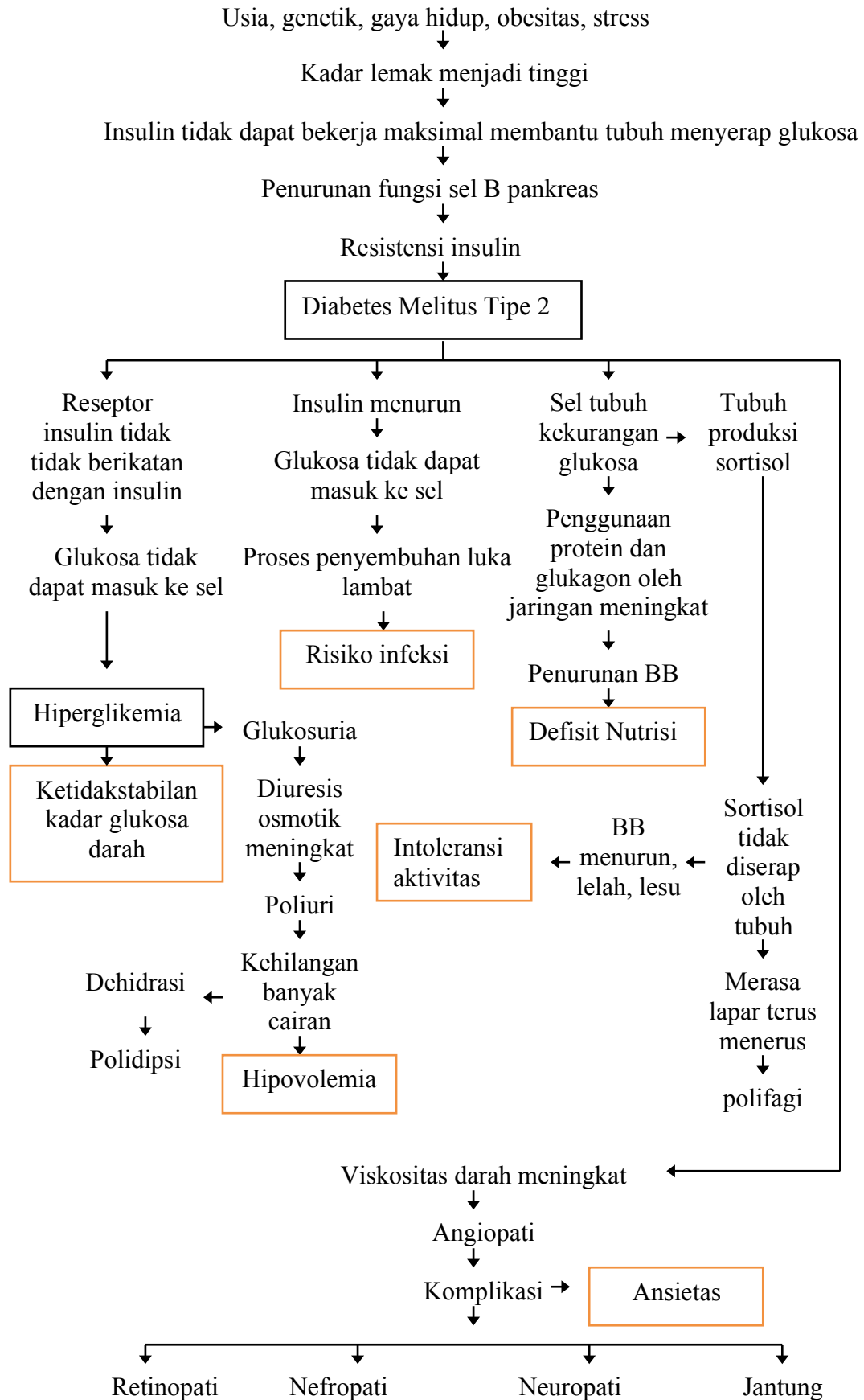
Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed.). DPP PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1st ed.). DPP PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (1st ed.). DPP PPNI.

Widiasari, K. R., Wijaya, I. M. K., & Suputra, P. A. (2021). Diabetes Melitus Tipe 2: Faktor Risiko, Diagnosis, Dan Tatalaksana. *Ganesha Medicine*, 1(2).
<https://doi.org/10.23887/gm.v1i2.40006>

Lampiran 1 : *Pathway* Diabetes Melitus



(Black & Hawks, 2014) dimodifikasi oleh (Nurhalifah, 2023)

A. Amlodipine

Amlodipine termasuk dalam golongan calcium-channel blockers yang bekerja dengan cara melemaskan otot pembuluh darah

Indikasi : hipertensi

Kontraindikasi : pemberian amlodipine tidak diperbolehkan pada pasien yang memiliki kondisi tekanan darah rendah, syok akibat gangguan jantung, sumbatan aliran darah pada jantung dan gagal jantung setelah serangan jantung

Efek samping : mual, pusing, lelah, jantung berdebar, tungkai terasa membengkak

B. Ventolin

Ventolin nebulizer merupakan obat golongan bronkodilator yang digunakan untuk mengobati penyakit pada saluran pernafasan seperti asma dan penyakit paru obstruktif kronik. Komposisi dari ventolin yaitu salbutamol. Salbutamol bekerja dengan merangsang reseptor beta-2 adrenergik pada otot-otot polos bronkus secara selektif sehingga pernapasan menjadi lebih lancar

Indikasi : asma, PPOK bronkhitis

Kontraindikasi : hipersensitif dan ibu hamil

Efek samping : tremor halus, takikardi, palpitasi, sakit kepala

C. Pulmicort

Pulmicort merupakan obat kortikosteroid yang mengandung Budesonide yang digunakan untuk meredakan dan mencegah gejala serangan asma seperti sesak napas dan mengi. Obat ini bekerja langsung pada saluran pernapasan dengan mengurangi peradangan dan pembengkakan saluran nafas.

Indikasi : asma, PPOK bronkhitis

Kontraindikasi : hipersensitivitas

Efek samping : iritasi ringan di tenggorokan, batuk, suara serak, mulut kering

D. Meropenem

Meropenem merupakan antibiotik golongan carbapenem beta laktam yang digunakan untuk mengatasi infeksi saluran pernafasan, infeksi kulit dan infeksi perut

Indikasi : pneumonia, infeksi saluran kemih, meningitis, sepsis, appendicitis

Kontraindikasi : pasien riwayat hipersensitivitas terhadap meropenem

Efek samping : sakit kepala, konstipasi, mati rasa atau kesemutan, mual muntah, diare, sakit perut, nyeri atau bengkak di area suntikan, sulit tidur

(Lanjutan)

E. Furosemide

Furosemide merupakan obat yang termasuk ke dalam kelompok diuretik untuk mengatasi penumpukan cairan atau edema

Indikasi : hipertensi, gangguan ginjal, gagal jantung kongestif

Kontraindikasi : pasien dengan riwayat alergi terhadap furosemide

Efek samping : hipokalemia, hipokalsemia, peningkatan kadar asam urat, mual dan muntah, gangguan pendengaran, pusing, sakit kepala, penglihatan kabur, anemia

F. Candesartan

Candesartan termasuk ke dalam obat golongan angiotensin receptor blockers (ARB) yang bekerja dengan cara menghambat reseptor angiotensin II. Saat angiotensin II dihambat, pembuluh darah akan lemas dan melebar, sehingga jantung akan lebih mudah dalam memompa darah dan tekanan darah pun turun

Indikasi : hipertensi

Kontraindikasi : pasien dengan riwayat angioedema, kerusakan hati atau ketoasidosis berat, kehamilan

Efek samping : pusing, sakit kepala, vertigo, sakit punggung, infeksi saluran pernapasan atas, faringitis, peningkatan kreatinin serum

Balance Cairan Tanggal 13 Maret 2023

Input :

1. Infus : 1000 ml
2. Minum : 1000 ml
3. AM : $5 \times 90 = 450$ ml

Total : 2450 ml

Output :

1. Urine : 1800 ml
2. IWL : $15 \times 90 = 1350$ ml

Total : 3150 ml

Balance cairan : $2450 - 3150 = -700$ ml

Balance Cairan Tanggal 14 Maret 2023

Input :

1. Infus : 1000 ml
2. Minum : 1200 ml
3. AM : $5 \times 90 = 450$ ml

Total : 2650 ml

Output :

1. Urine : 1500 ml
2. IWL : $15 \times 90 = 1350$ ml

Total : 2850 ml

Balance cairan : $2650 - 2850 = -200$ ml

Balance Cairan Tanggal 15 Maret 2023

Input :

1. Infus : 1000 ml
2. Minum : 1000 ml
3. AM : $5 \times 90 = 450$ ml

Total : 2450 ml

Output :

1. Urine : 1200 ml
2. IWL : $15 \times 90 = 1350$ ml

Total : 2550 ml

Balance cairan : $2450 - 2550 = -200$ ml

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Pokok Bahasan : Diabetes Melitus

Sub Pokok Bahasan : Hipoglikemia dan Manajemen Hipoglikemia

Sasaran : Tn.M dan Keluarga Tn. M

Hari/Tanggal : Selasa/ 14 Maret 2023

Tempat : Ruang Penyakit Dalam RSUD KOJA

Waktu : 30 menit

Penyuluh : Ayu Ratna Nurhalifah

I. Tujuan Instruksional Umum (TIU) → kognitif, afektif, psikomotor

Setelah mendapat penyuluhan 1 x 30 menit diharapkan Tn. M dan keluarga dapat menjelaskan tentang bagaimana tanda gejala hipoglikemia, serta Tn. M dan keluarga dapat mengungkapkan kemauan untuk melakukan pencegahan hipoglikemia, dengan demikian Tn. M dapat menghindari terjadinya hipoglikemia.

II. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mendapatkan penyuluhan, diharapkan Tn. M dan keluarga dapat :

1. Menyebutkan pengertian hipoglikemia **dengan benar**
2. Menyebutkan **3** tanda gejala hipoglikemia **dengan benar**
3. Menyebutkan **3** penyebab hipoglikemia **dengan benar**
4. Menjelaskan cara mengatasi bila terjadi hipoglikemia **dengan benar**

III. Materi Penyuluhan

1. Pengertian hipoglikemia
2. Tanda gejala hipoglikemia
3. Penyebab hipoglikemia
4. Cara mengatasi hipoglikemia

IV. Metode Penyuluhan

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab

V. Media Penyuluhan

- a. *Leaflet*

VI. Rencana Kegiatan Penyuluhan

No	Kegiatan	Uraian Kegiatan	
		Penyuluh	Audience
1	Pembukaan (5 Menit)	a. Mengucapkan salam b. Menyampaikan tujuan penyuluhan c. Melakukan apresiasi	a. Menjawab salam b. Menyetujui tujuan penyuluhan c. Mengikuti apresiasi

2	Penyampaian Materi (20 menit)	a. Menanyakan pengetahuan sebelumnya mengenai apa itu hipoglikemia b. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai hipoglikemia c. Menjelaskan pengertian hipoglikemia d. Menyebutkan tanda gejala hipoglikemia e. Menyebutkan penyebab hipoglikemia f. Menyebutkan bagaimana cara penanganan hipoglikemia g. Memberikan kesempatan Tn. M dan keluarga untuk bertanya tentang hal yang belum dipahaminya. h. Menjawab pertanyaan Tn. M dan keluarga	a. Menjelaskan pengetahuan sebelumnya mengenai hipoglikemia b. Menyimak materi c. Menyimak penjelasan yang diberikan d. Menyimak penjelasan yang diberikan e. Menyimak penjelasan yang diberikan f. Menyimak penjelasan yang diberikan g. Memberikan pertanyaan yang belum dipahami h. Menyimak penjelasan yang diberikan berdiskusi
---	----------------------------------	---	--

3	Penutup (5 menit)	i. Melakukan evaluasi j. Menyimpulkan materi penyuluhan dan hasil diskusi k. Mengucapkan salam	i. Menjawab pertanyaan j. Menyimak kesimpulan k. Menjawab salam
---	----------------------	--	---

VII. Evaluasi

1. Evaluasi Struktural

- a. SAP dan media telah dikonsultasikan kepada pembimbing sebelum pelaksanaan
- b. Pemberi materi telah menguasai seluruh materi yang akan diberikan
- c. Tempat dipersiapkan H-1 sebelum pelaksanaan pendidikan kesehatan
- d. Mahasiswa, pasien dan keluarga berada di tempat sesuai kontrak waktu yang telah disepakati

2. Evaluasi Proses

- a. Proses pelaksanaan sesuai rencana
- b. Tn. M dan keluarga aktif dalam diskusi dan tanya jawab
- c. Tn. M dan keluarga mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir

3. Evaluasi Hasil

- a. Tn. M dan keluarga dapat menyebutkan pengertian hipoglikemia , 3 tanda gejala hipoglikemia, 3 penyebab hipoglikemi **dengan benar**
→ kognitif

- b. Tn. M dan keluarga menunjukkan antusias/ keinginan untuk mengetahui dan mengimplementasikan ketika terjadi hipoglikemia dikemudian hari **dengan baik** → afektif
 - c. Tn. M dan keluarga dapat memilih tindakan apa saja yang harus diberikan ketika terjadi hipoglikemia **dengan tepat** → psikomotor
4. Pertanyaan evaluasi
- a. Sebutkan pengertian hipoglikemia!
 - b. Sebutkan 3 tanda gejala hipoglikemia!
 - c. Sebutkan 3 penyebab hipoglikemia!
 - d. Sebutkan bagaimana cara mengatasi hipoglikemia!

VIII. Sumber

Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan* (A. Suslia, F. Ganiajri, P. P. Lestari, & R. W. A. Sari (eds.); 8th ed.). PT. Salemba Emban Patria.

PERKENI. (2021). *Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia 2021*. <https://pbperkeni.or.id/wp-content/uploads/2021/11/22-10-21-Website-Pedoman-Pengelolaan-dan-Pencegahan-DMT2-Ebook.pdf>

Rusdi, M. S. (2020). Hipoglikemia Pada Pasien Diabetes Melitus. *Journal Syifa Sciences and Clinical Research*, 2(September), 83–90.

LAMPIRAN MATERI

1. Definisi Hipoglikemia

Menurut (Black & Hawks, 2014, p. 670) Hipoglikemia yaitu komplikasi akut yang biasanya sering sekali terjadi. Hipoglikemia yaitu kondisi dimana kadar glukosa di dalam darah kurang dari 70 mg/dL.

Berdasarkan manifestasi klinisnya hipoglikemia terdiri dari 3 macam yaitu sebagai berikut :

a Hipoglikemia ringan

Pada pasien hipoglikemia ringan terjadi tremor, takikardi, diaforesis atau keringat dingin, parestesia atau kesemutan, lapar berlebihan, pucat dan gemetar.

b Hipoglikemia sedang

Pada pasien hipoglikemia sedang terjadi gejala seperti diatas namun terdapat gejala lain seperti sakit kepala, suasana hati yang berubah-ubah, mudah marah, sulit berkonsentrasi, ngantuk, tidak bisa mengambil keputusan, bicara meracau, pandangan kabur.

c Hipoglikemia berat

Pada pasien hipoglikemia berat terjadi disorientasi, kejang dan tidak sadar.

2. Tanda tanda hipoglikemia

Tanda gejala dari hipoglikemia yaitu berkeringat dingin, gemetar, merasa pusing dan sakit kepala, kelelahan, pucat, jantung terasa berdebar, penurunan konsentrasi, kadar glukosa darah <70 mg/dL, pandangan kabur,

bicara tidak jelas, serta penurunan kesadaran (Black & Hawks, 2014, p. 670)

Menurut (PERKENI, 2021) tanda dan gejala hipoglikemia dibagi menjadi dua kategori yaitu :

1. Autonom

Gemetar, palpitasi, berkeringat, gelisah, lapar, mual kesemutan, pucat, takikardia

2. Neuroglikopenia

Kesulitan konsentrasi, bingung, lemah, lesu, pandangan kabur, pusing, hipotermia, kejang, perubahan sikap, gangguan kognitif bahkan koma

3. Penyebab Hipoglikemia

Menurut (Rusdi, 2020) berikut merupakan penyebab hipoglikemia :

a) Penggunaan obat insulin yang berlebihan

Hipoglikemia merupakan efek samping yang paling umum dari penggunaan insulin dan sulfonilurea pada terapi DM, terkait mekanisme aksi dari obat tersebut, yaitu mencegah kenaikan glukosa darah daripada menurunkan konsentrasi glukosa. Dosis insulin yang terlalu tinggi, salah aturan pakai atau salah jenis insulin akan menyebabkan terjadinya hipoglikemia

b) Olah raga yang berlebihan

c) Makanan yang kurang dari diet yang dibutuhkan

4. Manajemen Hipoglikemia

Tujuan terapi hipoglikemia adalah mengembalikan dengan cepat level glukosa darah ke rentang normal, mengurangi atau meniadakan risiko injuri dan gejala. Namun, terapi hipoglikemia harus memperhatikan dan menghindari overtreatment yang bisa menjadikan pasien hiperglikemia dan peningkatan berat badan. Ketika diperlukan, pengukuran glukosa darah dilakukan untuk mengkonfirmasi adanya hipoglikemia (khususnya ketika terdapat kemungkinan pasien tersebut dalam pengaruh alkohol) (Rusdi, 2020)

Menurut (Black & Hawks, 2014, pp. 670–672) penatalaksanaan pada pasien hipoglikemia diberikan berdasarkan tingkat hipoglikemia. Berikut penatalaksanaan pada pasien hipoglikemia :

4. Hipoglikemia Ringan

Pada pasien hipoglikemia ringan diberikan karbohidrat sebanyak 10-15 gram. Contohnya 4 sendok teh gula pasir

5. Hipoglikemia Sedang

Pada pasien hipoglikemia sedang diberikan karbohidrat sebanyak 20-30 gram. Contohnya glukagon 1mg yang diberikan secara subkutan atau intramuskular

6. Hipoglikemia Berat

Pada pasien hipoglikemia berat diberikan karbohidrat sebanyak 50% dextrose 25 gram melalui intravena dan glukagon 1mg secara intramuskular atau intravena. Infus 5% dextrose pada 5-10 gram/jam sampai pasien benar-benar sembuh dan mampu makan.

Pada pasien hipoglikemia hal yang dapat dilakukan secara mandiri ketika hipoglikemia terjadi yaitu sebagai berikut :

- a) Makan sumber gula halus, seperti satu gelas air yang diberi 2 sendok makan gula pasir, makan permen, makan roti, susu atau biskuit
- b) Periksa gula darah, jika masih dibawah normal atau gejala hipoglikemia menetap, ulangi makan roti, susu atau biskuit atau air manis
- c) Selalu membawa gula halus atau gula pasir kemana pun
- d) Segera berkonsultasi dengan dokter

Lampiran 5 : Lembar Balik Hipoglikemia



HIPOGLIKEMIA

Ayu Ratna Nurhalifah
2011082

STIKES
RS
HUSADA
1



Apa itu hipoglikemia?

Hipoglikemia adalah penurunan kadar gula darah dibawah normal, yaitu gula darah kurang dari 70 mg/dl.
Hipoglikemia dapat terjadi secara akut dantiba – tiba dan dapat mengancam nyawa

STIKES
RS
HUSADA
2

Tanda-tanda Hipoglikemia



- Gelisah dan berkeringat dingin
- Tangan gemetar
- Pusing dan sakit kepala
- Lelah dan wajah pucat
- Jantung terasa berdebar
- Pandangan kabur
- Tidak sadarkan diri

STIKES
RS
HUSADA
3

Penyebab Hipoglikemia



Penggunaan obat insulin yang berlebihan

Olah raga yang berlebihan

Makanan yang kurang dari diet yang dibutuhkan

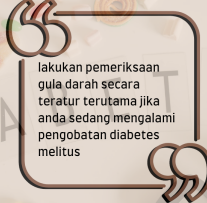
STIKES
RS
HUSADA
4



Upaya mengatasi bila penderita diabetes mengalami hipoglikemia

- Makan sumber gula halus, seperti setengah cangkir jus buah, satu gelas air yang diberi 2 sendok makan gula pasir, makan permen.
- Makan roti, susu atau biskuit
- Periksa gula darah, jika masih dibawah normal atau gejala hipoglikemia menetap, ulangi makan roti, susu atau biskuit atau air manis
- Segera berkonsultasi dengan dokter
- selalu bawa gula pasir kemanapun, jika merasakan gejala hipoglikemia maka letakan gula pasir dibawah lidah untuk mengatasinya

STIKES
RS
HUSADA
5



“lakukan pemeriksaan gula darah secara teratur terutama jika anda sedang mengalami pengobatan diabetes melitus”

STIKES
RS
HUSADA
5

PENANGANAN HIPOGLIKEMIA DI RUMAH

- 1** Makan sumber gula halus seperti satu gelas air yang diberi 2 sendok makan gula pasir, makan permen.
- 2** Makan roti, susu atau biscuit
- 3** Jika setelah 15 menit keluhan masih tetap ada, minum kembali larutan air gula/sumber gula lainnya
- 4** selalu bawa gula pasir kemanapun, jika merasakan gejala hipoglikemia maka letakan gula pasir dibawah lidah untuk mengatasinya

“lakukan pemeriksaan gula darah secara teratur terutama jika anda sedang mengalami pengobatan diabetes melitus”



HIPOGLIKEMIA

Ayu Ratna Nurhalifah
2011082



STIKES RS HUSADA



APA ITU HIPOGLIKEMIA?

Hipoglikemia adalah penurunan kadar gula darah dibawah normal, yaitu gula darah kurang dari 70 mg/dl. Hipoglikemia dapat terjadi secara akut dantiba – tiba dan dapat mengancam nyawa

PENYEBAB HIPOGLIKEMIA

berikut ini beberapa penyebab hipoglikemia yang biasanya terjadi pada penderita diabetes melitus

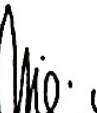
- Penggunaan obat insulin yang berlebihan
- Olah raga yang berlebihan
- Makanan kurang dari diet yang dibutuhkan

TANDA TANDA HIPOGLIKEMIA

- Berkeringat dingin
- Tangan gemetar
- Pusing dan sakit kepala
- Lelah dan wajah pucat
- Jantung terasa berdebar
- pandangan kabur

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Enni Juliani, M.Kep
 Nama Mahasiswa : Ayu Ratna Nurhalifah
 Judul : Asuhan Keperawatan pada pasien Tn.M dengan Diabetes Melitus Tipe II di Ruang Penyakit Dalam Kamar 1301 RSUD Koja Jakarta Utara

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
1.	9 Maret 2023	Pengarahan tentang pengambilan kasus kelolaan dan teknik ujian praktik	
2.	20 Maret 2023	Konsultasi BAB I : Perbaiki cara penulisan Diabetes Melitus, Lengkapi judul dan nomor halaman	
3.	4 Maret 2023	BAB I : ACC dengan revisi minor	
4.	5 Maret 2023	Konsultasi BAB II : Perbaiki jarak spasi yang terlalu jauh, teori hipoglikemia diperluas lagi, tambahkan sumber buku cetak, tambahkan rasional	
5.	7 Mei 2023	BAB I : ACC	
6.	8 Mei 2023	BAB II : ACC dengan revisi minor tambahkan jenis evaluasi dan sitasi	
7.	9 Mei 2023	BAB III : Perbaiki data tambahan, bold data penunjang yang abnormal, Perbaiki pengulangan kata, lengkapi data	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Enni Juliani, M.Kep
 Nama Mahasiswa : Ayu Ratna Nurhalifah
 Judul : Asuhan Keperawatan pada pasien Tn.M dengan Diabetes Melitus Tipe II di Ruang Penyakit Dalam Kamar 1301 RSUD Koja Jakarta Utara

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
		Fokus secara detail, kriteria hasil harus dapat diukur, perbaikan pelaksanaan dan evaluasi	
8	17 Mei 2023	BAB III : Perbaiki analisa data	
9.	20 Mei 2023	BAB III : ACC dengan revisi minor Perhatikan konsistensi penulisan	
10.	23 Mei 2023	BAB IV : lakukan analisa mendalam mulai Pengkajian - evaluasi sesuai masukan.	
11.	29 Mei 2023	BAB V : -Kesimpulan : lihat tujuan -Saran : berdasarkan hasil pembahasan → lebih operasional	
12.	30 Mei 2023	BAB IV : Perbaiki semua masukan analisa dan pembahasan	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Enni Juliani, M.Kep
Nama Mahasiswa : Ayu Ratna Nurhalifah
Judul : Asuhan Keperawatan pada pasien Tn.M dengan Diabetes
Melitus Tipe II di Ruang Penyakit Dalam Kamar 1301
RSUD Koja Jakarta Utara

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
13.	2 Juni 2023	BAB V : lengkapi saran	
14.	5 Juni 2023	BAB IV : ACC	
15.	7 Juni 2023	BAB V : ACC	
16.	8 Juni 2023	Persiapkan untuk Ujian Sidang.	