



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. P
DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DI
RUANG PENYAKIT DALAM KAMAR
NILA 1302 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

NUR AINI

2011031

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



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. P
DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DI
RUANG PENYAKIT DALAM KAMAR
NILA 1302 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

LAPORAN TUGAS AKHIR

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

NUR AINI

2011031

**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 di kutip maupun di rujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Nur Aini

NIM : 2011031

Tanda Tangan : 

Tanggal : 14 Juni 2023

LEMBAR PERSETUJUAN

**Asuhan keperawatan pada pasien Ny. P
Dengan Diabetes Melitus Tipe II di
Ruang penyakit dalam kamar
Nila 1302 RSUD Koja
Jakarta Utara**

Jakarta, 14 Juni 2023

Pembimbing



Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

Asuhan keperawatan pada pasien Ny. P
Dengan Diabetes Melitus Tipe II di
Ruang penyakit dalam kamar
Nila 1302 RSUD Koja
Jakarta Utara

Dewan Pembimbing

Ketua,



Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep

Anggota,

Penguji I



(Ns. Yarwin Yari, M.Biomed., M.Kep)

Penguji II



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

Menyetujui,

Sekolah tinggi Ilmu kesehatan RS husada



(Ellynia, SE., MM)

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 yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. P dengan Diabetes Melitus tipe II di ruang penyakit dalam kamar Nila 1302 RSUD Koja Jakarta Utara”

Laporan 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, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada:

1. Ibu Ellynia, SE., MM selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada.
2. Ibu Ns. Veronica S.Kep. selaku dosen Koordinator Program studi D3 keperawatan STIKes RS Husada.
3. Ibu Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Bapak Ns. Yarwin Yari, M.Biomed., M.Kep selaku penguji I yang telah memberikan saran dan masukan kepada penulis.
5. Ibu Ns. Nia Rosliany, M.Kep., Sp.Kep.MB selaku penguji II yang telah memberikan saran dan masukan kepada penulis.
6. Pihak RSUD Koja yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan.
7. Para Dosen pengajar serta tenaga pendidikan STIKes Rs Husada yang telah memberikan ilmu dan bimbingan selama masa perkuliahan.
8. Mama (Nur Maryati), bapak (Sumanto) dan adik saya (Qhoril Sumaryono) yang telah memberikan dukungan moral, terutama mama saya yang selalu memberikan motivasi serta doa yang selalu dipanjatkan untuk kelancaran serta

kemudahan penulis, tanpa lelah memberi dukungan dan kasih sayang kepada penulis sehingga mampu menyelesaikan Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan.

9. Pacar sekaligus calon suami saya Ahmad Junaedi yang telah mendengar keluhan penulis selama masa perkuliahan, sudah membantu penulis dalam menyelesaikan tugas perkuliahan dengan memberi dukungan kasih dan sayang kepada penulis, serta telah menemani penulis hingga mampu menyelesaikan Pendidikan Diploma Tiga Kesehatan.
10. Terutama untuk diri saya sendiri, terimakasih telah kuat dan bertahan sampai sejauh ini. Terimakasih karena selalu berfikir positif ketika keadaan sedang tidak berpihak.
11. Tn.P dan keluarga yang sudah bersedia untuk meluangkan waktu dan sudah memberikan data-data yang dibutuhkan oleh penulis.
12. Teman seperjuangan saya Adhe Nisrina Khoerani yang telah membantu dan memberi dukungan kepada saya.

Akhiri 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



Nur Aini

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	I
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	III
LEMBAR PERSETUJUAN	IV
LEMBAR PENGESAHAN	V
KATA PENGANTAR	VI
DAFTAR ISI	VIII
LAMPIRAN	X
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	6
1. Tujuan umum	6
2. Tujuan khusus	6
C. Ruang Lingkup	7
D. Metode Penulisan	7
E. Sistematika Penulisan	8
BAB II	9
TINJAUAN TEORI	9
A. Pengertian	9
B. Patofisiologis	11
C. Penatalaksanaan	17
D. Pengkajian keperawatan	20
E. Diagnosa keperawatan	26
F. Pelaksanaan keperawatan	31
G. Evaluasi keperawatan	32
BAB III	34
TINJAUAN KASUS	34
A. Pengkajian	34
B. Diagnosa	49
C. Perencanaan, pelaksanaan, evaluasi	49

BAB IV	67
PEMBAHASAN.....	67
A. Pengkajian.....	67
B. Diagnosa	70
C. Perencanaan	73
D. Pelaksanaan.....	74
E. Evaluasi	76
BAB V.....	79
PENUTUP	79
A. Kesimpulan	79
B. Saran.....	80
DAFTAR PUSTAKA	82
V. Media Penyuluhan.....	95
VII. Evaluasi.....	98

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Pathway

Lampiran 2 : Analisa Obat

Lampiran 3 : SAP Obat Injeksi

Lampiran 4 : SAP Pendidikan Kesehatan

Lampiran 5 : Materi Pendidikan Kesehatan

Lampiran 6 : Leaflet

Lampiran 7 : Lembar Balik

Lampiran 8 : Balance Cairan

Lampiran 9 : Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Silalahi (2019) Penyakit degeneratif merupakan masalah kesehatan yang sudah berlangsung lama di dunia, baik di negara maju maupun di negara berkembang, penyakit yang muncul ini disebabkan oleh perubahan gaya hidup dan secara sederhananya lagi dapat dikatakan bahwa penyakit ini adalah penyakit pada usia tua. Diabetes Melitus adalah salah satu dari banyaknya penyakit degeneratif yang ada dan memerlukan upaya penanganan yang tepat dan serius. Menurut data, satu dari dua orang pengidap penyakit Diabetes Melitus tidak menyadari bahwa dirinya mengidap penyakit tersebut, dimana pada kenyataannya 80% kejadian penyakit Diabetes Melitus ini bisa di cegah. Diabetes Melitus ini dapat dikendalikan dan orang yang terkena diabetes militus ini dapat menjalani hidup yang panjang dan sehat.

Diabetes Melitus adalah penyakit metabolik yang ditandai dengan adanya hiperglikemia yang terjadi karena prankeas tidak menghasilkan cukup insulin, gangguan kerja insulin, ataupun keduanya. Diabetes ini dapat terjadi kerusakan jangka panjang dan kegagalan pada berbagai organ seperti mata, ginjal, saraf, jantung serta pembuluh darah, apabila dalam keadaan hiperglikemia kronis (*American Diabetes Assosiation, 2020*).

Diabetes Melitus atau yang sering disebut kencing manis adalah suatu penyakit kronis yang ketika tubuh tidak dapat memproduksi cukup insulin atau bahkan tidak dapat (resistensi insulin) menggunakan insulin, dan di diagnosa melalui pengamatan kadar glukosa dalam darah. Insulin ini adalah hormon yang di hasilkan oleh kelenjar prankeas yang berperan dalam memasukan gula dari aliran darah ke sel-sel tubuh untuk digunakan sebagai sumber energi (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Menurut data WHO (2020) Menyatakan bahwa Diabetes Melitus merupakan penyakit kronis yang paling tinggi kenaikan angka prevelensinya pada saat ini dan yang merupakan 10 besar penyebab di dunia. *International Diabetes Federetion (IDF)* menyatakan bahwa pada tahun 2019 terdapat 463 juta orang pada usia 20-79 tahun menderita diabetes militus di seluruh penjuru dunia, dan setara dengan prevelensi 9,3% dari populasi penduduk yang jumlah usianya sama. Berdasarkan jenis kelamin IDF memperkirakan prevelensi diabetes di tahun 2019 berkisar 9% pada perempuan dan 9,65% pada laki-laki. Prevelensi pada Diabetes Melitus ini diperkirakan terus meningkat seiring penambahan umur penduduk menjadi 19,9% atau 111,2 juta orang pada usia 65-79 tahun. Angka akan terus di prediksi dan akan terus meningkat hingga mencapai 578 juta di tahun 2030 dan 700 juta di tahun 2045.

Menurut Riskesdas (2020) terdapat 10 negara di dunia dengan jumlah kasus tertinggi untuk pasien diabetes militus berusia 20-79 tahun yaitu ada, China dengan 116,4 juta jiwa, India dengan 77,0 juta jiwa, Amerika Serikat 31,0 juta jiwa, Pakistan 19,4 juta jiwa, Brazil 16,8 juta

jiwa, Meksiko 12,8 juta jiwa, Indonesia 10,7 juta jiwa, Jerman 9,5 juta jiwa, Mesir 8,9 juta jiwa, Bangladesh 8,4 juta jiwa. Indonesia menempati urutan ke-7 dari 10 negara tersebut dengan pasien yang menderita Diabetes Melitus dengan jumlah 10,7 juta pasien. Dan Indonesia menjadi negara Asia Tenggara satu-satunya yang masuk di daftar tersebut.

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), menunjukkan bahwa prevalensi penyakit Diabetes Melitus di Indonesia berdasarkan diagnosa, pada penduduk usia diatas 65 tahun adalah 4,6%. Diabetes Melitus pada lansia seringkali tidak dapat disadari karena terdapat beberapa gejala seperti sering haus, sering berkemih, dan penurunan berat badan yang tersamarkan akibat perubahan fisik yang dialami lansia secara alamiah, sehingga diagnosis yang tidak terdiagnosa ini akan terus mengembang menjadi komplikasi yang akan berakibat fatal (Riskesdas, 2020). Angka ini menunjukkan bahwa baru sekitar 25% orang yang menderita Diabetes Melitus yang baru mengetahui dirinya mengidap penyakit diabetes tersebut (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Sama seperti penyakit tidak menular lainnya. Diabetes Melitus juga memiliki faktor pencetus yang dapat berkontribusi terhadap kejadian penyakit. Faktor pencetus Diabetes Melitus terdiri dari faktor yang dapat dimodifikasi dan faktor yang tidak dapat dimodifikasi. Beberapa faktor pencetus yang tidak dapat dimodifikasi antara lain ras, etnik, umur, jenis kelamin, riwayat keluarga dengan penyakit Diabetes Melitus, riwayat melahirkan bayi > 4.000 gram, riwayat lahir dengan berat badan bayi lahir rendah (BBLR atau < 2.500 gram). Dan faktor resiko yang dapat

dimodifikasi adalah berat badan lebih, obesitas sentral/abnormal, darah tinggi atau dipertensi, kurangnya aktifitas fisik, dislipidemia, diet yang tidak sehat atau tidak seimbang jumlah kalorinya, merokok, dan kondisi prediabetes yang ditandai dengan toleransi glukosa terganggu (TGT 140-199 mg/dL) atau gula darah puasa (GDPT < 140 mg/dL) (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Hampir semua provinsi memperlihatkan penurunan prevalensi pada tahun 2013-2018. Terdapat empat provinsi dengan prevalensi terendah pada tahun 2013 dan 2018, yaitu Sulawesi Tenggara, Papua, Maluku, NTT. Terdapat beberapa provinsi dengan jumlah penurunan prevalensi terendah sebesar 0,9%, yaitu Nusa Tenggara Timur, diikuti Maluku dan Papua sebesar 1,1% (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Berdasarkan pendataan oleh bagian rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara penderita Diabetes Melitus dari bulan Januari 2022 sampai dengan Januari 2023 tercatat sebanyak 828 pasien. Dari total pasien sebanyak 29.938 pasien dalam kurun waktu satu tahun.

Kegawadaruratan penyakit Diabetes Melitus ini merupakan suatu keadaan yang dimana dapat mengancam jiwa yang terkait dengan komplikasi akut pada Diabetes Melitus sehingga perlu mendapatkan pertolongan dengan segera. Yang termasuk dalam kegawadaruratan pada Diabetes Melitus yaitu Hipoglikemia dan Krisis Hiperglikemia yang meliputi ketoasidosis diabetes, hyperosmolar hyperglycemic state, serta koma laktoasidosis. Secara klinis kondisi koma hiperglikemia ditandai dengan adanya kondisi poliuria, polidipsi, mual dan muntah, penpasan

kusmaul dalam, lemah, dehidrasi, hipotensi sampai syok, kesadaran terganggu sampai koma. Kondisi kedaruratan penyakit Diabetes Melitus ini pada keadaan koma hiperglikemia terdiri atas kategori ringan, sedang, berat dan sangat berat. Kondisi yang kedua pada kegawadaruratan diabetes militus yaitu hipoglikemia. Hipoglikemia merupakan kondisi yang ditandai dengan kadar glukosa darah kurang dari 70 mg/dL (Tjokroprawiro, 2015).

Melihat komplikasi yang terjadi pada penyakit Diabetes Melitus tersebut, peran perawat dalam hal ini sangatlah dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan bagi penderita Diabetes Melitus meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Peran promotif dapat dilakukan cara memberikan pendidikan kesehatan dan saran tentang bagaimana cara mencegah perkembangan Diabetes Melitus melalui diet, olahraga yang tepat, istirahat yang cukup, serta pemantauan kadar glukosa darah yang teratur. Peran preventif dilakukan dengan cara mengedukasi keluarga tentang makanan dan minuman yang dapat meningkatkan kadar glukosa darah. Peran kuratif ini adalah dengan memberikan penanganan kepada penderita Diabetes Melitus agar selalu memeriksakan kondisinya ke fasilitas kesehatan secara teratur, memeriksakan kadar glukosa darah secara mandiri, dan rajin minum obat. Peran rehabilitatif adalah dengan mendorong keluarga untuk memantau kadar glukosa darah mereka secara teratur dan menjaga lingkungan agar tetap aman. Tidak meletakkan benda-benda tajam dibawah lantai, keluar rumah dengan memakai sepatu,

berolahraga secara teratur, mengatur dan menjaga pola makan, menjaga berat badan agar tidak menjadi gemuk, dan lain-lain (Hartanti, 2018).

Berdasarkan penjelasan diatas maka penulis tertarik untuk membahas lebih dalam bagaimana memberikan asuhan keperawatan pada pasien Ny. P dengan Diabetes Melitus melalui proses keperawatan mulai dari pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes militus dan untuk menerapkan ilmu yang sudah dipelajari pada saat kuliah secara langsung.

2. Tujuan khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan diabetes melitus
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pasien dengan diabetes melitus
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan dengan diabetes melitus
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan perencanaan pada pasien dengan diabetes melitus

- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik pada pasien dengan diabetes melitus
- g. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah pada pasien dengan diabetes melitus
- h. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus

C. Ruang Lingkup

Dalam penyusunan karya tulis ini penulis hanya membahas tentang satu kasus yaitu “ Asuhan Keperawatan Diabetes Militus Pada Pasien Ny. P di ruang penyakit dalam Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara”

D. Metode Penulisan

Metode dalam penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dan metode studi kepustakaan. Dalam metode deskriptif pendekatan yang digunakan adalah studi kasus dimana peserta didik mengelola 1 kasus menggunakan proses keperawatan dan metode studi kepustakaan yang di gunakan adalah mengutip dari jurnal atau buku yang selaras dengan kasus yang di kelola.

Dalam penulisan karya tuis ilmiah ini menggunakan beberapa metode antara lain :

1. Metode deskriptif yaitu dengan melakukan pendekatan dengan pasien menggunakan proses keperawatan
2. Metode studi kepustakaan yaitu dengan cara mengumpulkan buku-buku ataupun jurnal-jurnal kesehatan yang kaitannya dengan penyusunan karya tulis ini.

E. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan makalah ini yang di susun secara sistematis terdiri dari : BAB I yang berisi pendahuluan yang meliputi latar belakang masalah, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penelitian, dan sistematika penulisan. BAB II berisi tinjauan teori yang terdiri dari konsep dasar yang meliputi pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, komplikasi, pemeriksaan penunjang penatalaksanaan medis dan asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, penatalaksanaan, dan evaluasi. BAB III yang berisi tinjauan kasus yaitu asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, penatalaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB IV berisi pembahasan yang membandingkan antara teori dan kasus, analisa faktor-faktor pendukung dan penghambat serta alternatif pemecahan masalah dan memberikan asuhan keperawatan di tiap tahapan dari mulai pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Diabetes Melitus adalah kelainan heterogen yang ditandai dengan kenaikan kadar glukosa dalam darah atau biasa disebut hiperglikemia (Smeltzer dkk, 2010) Diabetes Melitus adalah suatu penyakit yang ditandai dengan adanya hiperglikemia, gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang di hubungkan dengan kekurangan secara relatif dari kerja dan sekresi insulin. Dan gejala yang dirasakan oleh penderita Diabetes Melitus yaitu polidipsia, poliuria, polifagia, penurunan berat badan dan kesemutan (Buraerah, 2010).

Menurut *American Diabetes Association* (2016) Diabetes di bagi menjadi empat jenis, yaitu Diabetes Melitus tipe 1, diabete melitus tipe 2, diabetes gestasional, dan diabetes tipe lain. Banyaknya pasien Diabetes Melitus di dunia merupakan penderita Diabetes Melitus tipe 2 dengan angka 90-95% pasien. Diabetes Melitus tipe 2 atau yang bisa disebut juga dengan non insulin dependent atau adult onset diabetes yang disebabkan oleh kurang efektifnya penggunaan insulin oleh tubuh (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

Menurut *International Diabetes Federation IDF* (2015). Diabetes terdapat 4 jenis yaitu :

1. Diabetes Melitus tipe 1

Diabetes Melitus tipe 1 terjadi karena sistem pertahanan dari dalam tubuh menyerang sel beta yang mana sel beta tersebut adalah penghasil insulin pankreas yang dapat mengakibatkan tubuh tidak dapat memproduksi insulin yang dibutuhkan oleh tubuh. Penyakit Diabetes Melitus ini menyerang pada semua kalangan umur. Untuk Diabetes Melitus tipe 1 ini terjadi pada kalangan anak-anak dan remaja. Orang-orang dengan penderita Diabetes Melitus tipe 1 ini sangat memerlukan insulin setiap harinya untuk mengontrol kadar glukosa setiap hari, karena tanpa insulin orang dengan penyakit Diabetes Melitus tipe 1 ini akan mengalami kematian (Wahyuni, 2019).

2. Diabetes Melitus tipe 2

Diabetes Melitus tipe 2 termasuk kedalam penyakit Diabetes Melitus yang paling sering di derita oleh orang dewasa, tetapi sangat berkemungkinan untuk menyerang anak-anak dan remaja. Pada penderita Diabetes Melitus tipe 2 tubuh mampu memproduksi insulin tetapi sel-sel yang terdapat pada tubuh tidak dapat menggunakan glukosa dalam darah dengan baik karena terganggu respon sel pada tubuh terhadap insulin sehingga dapat mengakibatkan kadar insulin menjadi tidak cukup. Gejala yang di derita pada pengidap Diabetes Melitus tipe 2 ini adalah penurunan berat badan, pandangan dalam pengelihatatan kabur, sering merasa haus dan sering buang air kecil (Wahyuni, 2019).

3. Diabetes Melitus gestasional

Diabetes Melitus tipe ini biasanya akan terdeteksi setelah masa kehamilan pada bulan keempat, rata-rata dialami pada trimester ketiga atau tiba bulan kehamilan. Setelah pasca melahirkan biasanya gula darah akan kembali normal (Putra & Berawi, 2015).

4. Diabetes tipe lain

Diabetes Melitus yang tidak termasuk kedalam kategori Diabetes Melitus tipe 1 dan 2 serta diabetes gestasional yaitu disebut dengan diabetes sekunder akibat dari penyakit lain, dan dapat mengganggu proses produksi insulin atau dapat mempengaruhi kerja insulin (Dika, 2020).

Penyebab diabetes ini adalah :

- a. Infeksi
- b. Malnutrisi
- c. Radang pankreas (paskreatitis)
- d. Penggunaan hormone kortikosteroid
- e. Gangguan kelenjar adrenal atau hipofisis
- f. Pemakaian beberapa obat anti hipertensi atau antikolesterol

B. Patofisiologis

Menurut Rahmasari (2019) faktor resiko pada pasien Diabetes Melitus memiliki etiologi dari berbagai macam aspek pertama, Obesitas akan merusak pengaturan metabolisme energi dalam dua cara yaitu resistensi leptin dan peningkatan resistensi insulin. Leptin adalah hormon yang

terkait dengan gen obesitas. Leptin ini juga mengatur kadar lemak dalam tubuh di hipotalamus dan berperan dalam pembakaran lemak untuk energi. Penyebab obesitas ini juga dapat disebabkan oleh kurangnya seseorang dalam beraktivitas seperti tidak menjaga pola makan dan olahraga yang tidak teratur yang dapat memicu terjadinya penyakit Diabetes Melitus (Oroh, 2018).

Kedua keturunan, Keturunan adalah penyebab utama dari penyakit Diabetes Melitus. Jika kedua orang tuanya mengidap diabetes meletus, hampir semua anak bisa terkena imbasnya. Hal ini di dukung dengan teori menurut (Susanti, 2019) bahwa Diabetes Melitus merupakan penyakit degenerative yang terpaut kromosom seks.

Ketiga hipertensi, Hipertensi telah diidentifikasi sebagai faktor resiko utama dalam pengembangan penyakit Diabetes Melitus. Penderita hiperetensi memiliki resiko 2-3 kali lebih tinggi terkena penyakit Diabetes Melitus dibandingkan orang dengan tekanan darah normal. Hipertensi adalah kondisi umum yang biasanya berkesinambungan dengan penyakit Diabetes Melitus dan memperburuk komplikasi Diabetes Melitus, mordibilitas, dan mortalitas kasdiiovaskular (Bays, Chapman and Grandy, 2007).

Usia adalah salah satu faktor paling umum yang membuat orang lebih rentan terkena Diabetes Melitus. Faktor risiko ini telah meningkat secara signifikan sejak usia 45 tahun. Usia berkaitan erat dengan meningkatnya kadar gula darah. Semakin bertambahnya usia maka semakin tinggi juga

resiko terkena Diabetes Melitus tipe 2. Proses penuaan menyebabkan perubahan anatomi, fisiologis dan biokimia tubuh. Dan salah satu dampaknya adalah meningkatnya retensi insulin.

Terakhir yaitu makanan, Tubuh membutuhkan diet seimbang untuk menghasilkan energi. Jika orang makan terlalu banyak, pankreas tidak akan bisa mengeluarkan insulin. Ketika sekresi insulin terhambat, kadar gula darah meningkat.

Proses dari Diabetes Melitus yakni Glukosa yang menyebar dalam darah biasanya dalam jumlah tertentu. Glukosa tersebut terbentuk di hati dari makanan yang kita makan. Insulin adalah hormon yang diproduksi oleh pankreas yang membantu meningkatkan dan mengontrol kadar gula dalam darah dengan mengatur produksi dan penyimpanannya. Defisiensi insulin ini dapat menyebabkan peningkatan glukosa darah dalam plasma yang tinggi atau disebut dengan hiperglikemi. Kondisi ini menyebabkan Diabetes Melitus karena glukosa tidak dibawa ke dalam aliran darah oleh ginjal. Keadaan seperti ini yang menyebabkan gejala umum dari Diabetes Melitus seperti poliuria, polidipsia dan polifagia. Pada Diabetes Melitus tipe 2 ini secara tidak sengaja ditemukan pada sebagian besar pasien sekitar 75% misalnya selama tes laboratorium rutin. Konsekuensi dari Diabetes Melitus yang tidak terdeteksi selama bertahun-tahun adalah komplikasi jangka panjang misalnya, kelainan mata, neuropati perifer, yang dapat terjadi sebelum diagnosis dibuat (Antari, 2017).

Menurut sibarani (2020) kadar glukosa dalam darah yang tidak terkontrol pada pasien Diabetes Melitus tipe 2 akan menyebabkan berbagai komplikasi yaitu ketoasidosis diabetik (KAD), Hiperosmolar Non Ketonik (HNK), hipoglikemi, kerusakan retina mata (retinopati), kerusakan ginjal (nefropati), kerusakan saraf (neuropati), kerusakan pembuluh darah besar (makrovaskuler).

KAD adalah komplikasi akut pada Diabetes Melitus yang ditandai dengan adanya peningkatan kadar glukosa dalam darah yang tinggi berkisar 300-600 mg/dL, dan disertai dengan adanya tanda dan gejala asidosis dan plasma keton yang kuat. Dalam keadaan HNK terjadinya peningkatan kadar glukosa dalam darah yang sangat tinggi berkisar 600-1200 mg/dL tanpa adanya tanda dan gejala asidosis, osmolaritas plasma yang sangat meningkat, plasma keton positif. Sedangkan hipoglikemia ditandai dengan penurunan glukosa dalam darah. Gejala yang muncul pada hipoglikemia terdiri dari dada yang berdebar-debar, keringat yang berlebih, gemetar, rasa cepat lapar, pusing, hingga penurunan kesadaran sampai koma.

Kerusakan retina mata merupakan suatu mikroangiopati yang ditandai dengan adanya sumbatan pada pembuluh darah kecil. Dan kerusakan ginjal pada pasien Diabetes Melitus tipe 2 ini ditandai dengan adanya albuminuria. Kerusakan ginjal ini merupakan penyebab paling utama terjadinya penyakit gagal ginjal. Sedangkan kerusakan saraf merupakan komplikasi yang paling sering terjadi pada penderita penyakit diabetes

melitus. Komplikasi pembuluh darah besar pada penderita Diabetes Melitus terjadi karena adanya penumpukan plak atau aterosklerosis.

Diabetes Melitus tipe 2 paling sering terjadi pada penderita obesitas dan usia yang lebih dari 30 tahun. Perkembangan Diabetes Melitus tipe 2 ini mungkin tidak terdeteksi sebagai akibat dari pada gangguan toleransi gula yang lambat selama bertahun-tahun. Jika pasien memiliki gejala seperti seringpoliuria, polidipsia, luka pada kulit yang lambat sembuh, infeksi vagina, gangguan pengelihatatan atau pandangan yang kabur maka (kadar gula darah sangat tinggi).

Terdapat tanda dan gejala yang dialami oleh penderita penyakit Diabetes Melitus meliputi poliuria (banyak buang air kecil), Poliuria adalah keadaan dimana pasien mengalami perasaan ingin buang air kecil yang berlebihan. Kondisi ini terjadi ketika osmolaritas darah tinggi, sehingga perlu dibuang oleh ginjal. Ketika glukosa darah dibuang itu akan membutuhkan banyak air untuk menurunkan osmolaris dari glukosa dalam darah, dan inilah yang memicu terjadinya poliuria. Polidipsi (banyak minum), Polidipsi adalah keadaan dimana pasien merasakan haus yang sangat berlebih. Keadaan ini merupakan faktor yang terjadi dari efek polidipsi. Polifagi (banyak makan), Polifagi adalah keadaan dimana pasien merasa lapar dan nafsu makan meningkat, tetapi berat badan tidak meningkat melainkan berat badan menurun. Kondisi ini terjadi karena glukosa dalam darah tidak dapat di alirkan ke sel dengan baik oleh insulin. Sel memerlukan glukosa untuk menghasilkan energi, karena glukosa terjebak dalam darah, keadaan ini yang memicu respon rasa lapar ke dalam

otak. dan penurunan berat badan, Glukosa darah tinggi dan kurangnya hormon insulin dapat menyebabkan tubuh memecahkan lemak sebagai energi setiap harinya. Jika terjadi kehilangan lemak secara terus menerus tidak boleh dibiarkan begitu saja, karena suplai lemak pasien Diabetes Melitus akan berkurang seiring berjalannya waktu dan akhirnya berat badan pasien akan menjadi turun sehingga menyebabkan penderita Diabetes Melitus menjadi kurus (Pranata & Khasanah, 2017).

Adapun penderita Diabetes Melitus memiliki beberapa komplikasi yaitu, penurunan sekresi insulin dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein mengakibatkan komplikasi Diabetes Melitus. Komplikasi ini dapat di cegah dengan cara mengontrol kadar gula dalam darah pada penderita diabetes melitus. Komplikasi diabetes melitus akan meningkatkan morbiditas dan kematian. Beberapa komplikasi yang terjadi pada penderita Diabetes Melitus antara lain yaitu penyakit kardiovaskular, penyakit ginjal, peradangan dan obesitas. Menurut studi epidemiologi, jenis kelamin, usia, dan latar belakang etnis merupakan salah satu faktor paling penting dalam perkembangan komplikasi diabetes melitus. Penderita Diabetes Melitus ini memiliki faktor resiko komplikasi yang menyebabkan terjadinya kematian (Hardianto, 2020).

Menurut Hardianto (2020) Secara umum komplikasi yang terjadi dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu: Komplikasi akut : komplikasi ini dapat berupa gangguan metabolit jangka panjang seperti hipoglikemia, ketoasidosis diabetik, dan hiperosmolar. Komplikasi lanjut : komplikasi ini berupa komplikasi jangka panjang yang menyebabkan makrovaskular

(penyakit arteri koroner, penyakit pembuluh darah perifer dan stroke), mikrovaskuler (nefropati, retinopati dan neuropati) dan kombinasi mikrovaskuler dan makrovaskuler (diabetes kaki). Neuropati diabetik yang mengenai saraf sensorik, motorik dan otonom, serta masalah lain seperti impotensi dan ulkus kaki diabetik atau ulkus diabetikum. Penyebab kematian pada lansia dengan diabetes karena kerusakan makrovaskuler lebih banyak dibandingkan mikrovaskuler. Makrovaskuler timbul akibat aterosklerosis dan pembuluh-pembuluh darah besar, khususnya pada arteri akibat timbunan plak ateroma. Makroangiopati tidak terlalu spesifik pada diabetes melitus. Namun pada penyakit diabetes melitus timbul lebih cepat, lebih sering terjadi dan bahkan lebih serius. Komplikasi makroangiopati umumnya tidak ada hubungannya dengan kontrol kadar gula dalam darah dengan baik. Tetapi secara epidemiologi bahwa hiperinsulinemia adalah suatu faktor resiko mortalitas kardiovaskuler, dimana tingginya kadar insulin menyebabkan resiko kardiovaskuler semakin tinggi pula. Hiperinsulinemia dikenal sebagai faktor aterogenik dan diduga berperan penting dalam timbulnya komplikasi makrovaskuler.

C. Penatalaksanaan

Menurut Putra & Berawi (2015) ada empat pilar dalam penatalaksanaan pasien Diabetes Melitus tipe 2 yakni, Edukasi yang diberikan adalah berupa pemahaman tentang perjalanan penyakit diabetes melitus, pentingnya pengendalian penyakit, apa saja komplikasi yang ditimbulkan dan beberapa resikonya, pentingnya intervensi obat dan

pemantauan gula darah, bagaimana cara mengatasi hipoglikemia, perlunya latihan fisik secara teratur, dan bagaimana cara mempergunakan fasilitas kesehatan. Yang bertujuan untuk mendidik pasien agar pasien dapat mengontrol gula darah, mengurangi komplikasi dan meningkatkan kemampuan dalam merawat diri sendiri.

Terapi Nutrisi, Perencanaan makan yang baik dan benar merupakan bagian terpenting dari penatalaksanaan diabetes secara total. Dengan diet yang seimbang akan mengurangi beban kerja insulin dengan meniadakan pekerjaan insulin untuk mengubah gula menjadi glikogen.

Aktifitas fisik, Kegiatan sehari-hari dan latihan jasmani secara teratur 3-4 kali dalam seminggu selama kurang lebih 30 menit merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan diabetes tipe 2 ini. Kegiatan yang dapat dilakukan sehari-hari yaitu seperti berjalan kaki kepasar, menaiki dan menuruni tangga, kegiatan tersebut selain untuk menjaga kebugaran tetapi juga dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin, sehingga akan memperbaiki kendali glukosa dalam darah.

Farmakologi, Terapi farmakologi diberikan bersamaan dengan pengaturan makan dan latihan jasmani dengan gaya hidup sehat. Terapi farmakologis ini terdiri dari obat oral dan bentuk suntikan. Obat Hipoglikemik oral (OHO), Obat golongan sulfonyluera sering kali di dapat untuk menurunkan kadar glukosa dalam darah pada penderita Diabetes Melitustipe 2, tetapi obat golongan ini tidak efektif untuk penderita Diabetes Melitus tipe I. Contohnya adalah glipizide, gliburid, tolbutamide, klorpropamid. Obat-obatan lain yaitu seperti metformin, tidak

memperngaruhi pelepasan kerja insulin tetapi meningkatkan respon tubuh terhadap insulin itu sendiri. Obat acarbose yaitu dengan cara menunda penyerapan gula darah di dalam usus.

Selanjutnya Insulin, Menurut Nurul Afifah (2016) pada penderita Diabetes Melitus tipe 2 insulin diberikan jika : Glukosa dalam darah tidak terkendali atau tetap tinggi dengan OHO, Terjadinya penurunan berat badan secara cepat atai signifikan, Ada infeksi atau operasi besar, Pada pasien dengan komplikasi, misalnya gagal ginjal dan jantung, OHO akan diberhentikan dan langsung diagnti oleh insulin.

Adapun jenis-jenis insulin dan cara kerja pada insulin sebagai berikut, Insulin kerja cepat atau pendek, Pada kelompok ini insulin dapat di serap secara cepat dari jaringan lemak subkutan menuju pembuluh darah. Pada insulin ini juga digunakan untuk mengontrol kadar gula dalam darah. Pasien dengan pemberian suntik insulin jenis ini dapat diberikan 15 menit sebelum makan. Dan jenis insulin kerja cepat ini yaitu insulin *Apidra Solostar Injection, Humalog Kwikpen, Novorapid Flexpen*.

Insulin kerja menengah , Insulin ini dapat diserap lebih lambat dan bertahan dengan durasi yang lebih lama. Insulin ini digunakan untuk mengontrol glukosa darah basal (semalam, saat puasa dan antara waktu makan). Insulin ini biasanya diberikan 30 menit sebelum makan. Jenis insulin kerja menengah yaitu *Humalog Mis25 Kwikpen, Humalog Mix50 Kwikpen, Novomix 30 Flexpen*.

Insulin kerja panjang, Insulin jenis ini dapat di serap perlahan dengan efek minimal dan efek stabil yang berlangsung hampir sepanjang hari.

Insulin kerja panjang ini digunakan untuk mengendalikan flukosa darah basal (semalam, saat puasa dan antara waktu makan). Insulin jenis ini memperlihatkan efek obat setelah 7 jam penyuntikan, dengan puncak efek timbul lebih dari 22 jam dan pengaruh obat akan berlangsung lebih dari 24 jam. Jenis insulin kerja panjang yaitu *Lantus Solostar*, *Levemir Flexpen*.

D. Pengkajian keperawatan

1. Identitas klien

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) berisi tentang biodata pasien meliputi (nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku, alamat, diagnosa medis). Penyakit Diabetes Melitus atau hipoglikemia sebenarnya bisa dialami oleh berbagai kalangan, gender, dan juga oleh usia. Hipoglikemia dapat dipicu oleh penggunaan insulin atau oabt-oabt glikemik oral, hiperinsulinemia, endokrinopati, disfungsi hati, disfungsi ginjal kronis, tindakan pembedahan, dan gangguan metabolik bawaan.

2. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Keluhan yang dirasa bervariasi adanya rasa kesemutan pada kaki atau tungkai bawah, sering buang air kecil di malam hari, penurunan berat badan, cepat merasa lelah, cepat lelah meski sudah istirahat yang cukup, adanya luka yang tidak kunjung sembuh.

b. Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya pasien Diabetes Melitus datang kerumah sakit karena keluhan kesemutan, kebas, kaki terasa baal, sakit kepala, terasa ingin muntah, lemas, luka yang tidak kunjung sembuh, buang air kecil terlalu sering bahkan di malam hari.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Biasanya pasien pada penderita Diabetes Melitus ini mempunyai riwayat penyakit lain seperti hipertensi, penyakit jantung seperti infark miokard.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Diabetes Melitus ini dapat turun-menurun dari keluarga yang mengidap Diabetes Melitus tersebut karena kelainan gen yang mengakibatkan tubuh tidak dapat menghasilkan insulin dengan baik.

e. Riwayat psikososial

Informasi mengenai perilaku sehari-hari, perasaan dan emosional yang dialami pasien penderita sakit Diabetes Melitus serta tanggapan keluarga terhadap penyakit tersebut.

3. Pola kebiasaan

a. Aktivitas istirahat

Gejalanya lemah, letih, lesu, sulit bergerak atau berjalan, kram otot, tonus otot menurun, gangguan tidur

b. Integritas ego

Pada penderita Diabetes Melitus terkadang stress, tergantung pada orang lain, ansietas

c. Eliminasi

Perubahan pola berkemih (poliuria), nokturia, rasa nyeri atau terbakar, infeksi atau kesulitan berkemih, infeksi saluran kemih baru atau pun berulang, nyeri tekan abdomen dan diare.

d. Makanan atau cairan

Gejalanya tidak nafsu makan, mual muntah, peningkatan masukan gula, penurunan berat badan yang ditandai dengan kulit kering, turgor kulit kering, muntah, pembesaran kelenjar tiroid, napasbau buah (napas aseton).

e. Nyeri/keamanan

Gejalanya perut terasa tegang atau nyeri yang ditandai dengan wajah meringis dengan palpitasi dan tampak sangat bethati-hati.

f. Pernapasan

Gejalanya merasa kekurangan oksigen atau merasa sesak yang ditandai dengan batuk dengan atau tanpa sputum, dan frekuensi pernafasan.

4. Pemeriksaan fisik

a. Pemeriksaan tanda-tanda vital

Pemeriksaan ini terdiri dari tekanan darah, nadi, pernapasan dan suhu. Pada tekanan darah dan pernafasan pada pasien penderita penyakit Diabetes Melitus biasanya sedikit lebih tinggi atau

normal, nadi dalam batas normal, sedangkan suhu akan meningkat jika terjadi infeksi.

b. Pemeriksaan kepala

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui bentuk kepala, kondisi rambut dan pemeriksaan leher apakah ada pembesaran kelenjar tiroid atau tidak, telinga mengalami gangguan pendengaran, gusi mudah bengkak atau berdarah, lidah terasa baal, air liur atau saliva menjadi lebih kental, gigi mudah goyang, penglihatan kabur.

c. Sistem pernapasan

Inpeksi : periksa apakah pasien sesak nafas. Palpasi : periksa apakah ada pembengkakan. Auskultasi : dengarkan suara napas normal dan suara napas tambahan (catatan : *weezing, ronchi, pleural rub*).

d. Sistem integumen

Inpeksi: Perhatikan warna kulit, kuku, kelainan warna atau ketidaksempurnaan warna, bentuk dan jumlah, distribusi dan tekstur rambut. Palpasi : meraba suhu kulit, tekstur (kasar atau halus), tekstur rambut.

e. Sistem gastrointestinal

Biasanya akan sering merasa lapar, merasa sering haus, mual muntah, mengalami kegemukan atau meningkatnya berat badan, peningkatan lingkaran perut, dan terjadi perubahan berat badan.

f. Sistem kardiovaskular

Inspeksi : perhatikan apakah kita dapat melihat denyut apex.

Palpasi : *Takikardi* atau *Bradikardi*, hipertensi atau hipotensi, penurunan atau kenaikan nadi perifer. Perkusi : perkiraan tentang ukuran dan bentuk jantung, hipertropi jantung. Auskultasi : mendengarkan detak jantung.

g. Sistem neurologi

Terjadinya penurunan sensoris, parathesia, anatesia, letargi, mengantuk, kacau mental, reflek lambat, disorientasi.

h. Sistem muskuloskeletal

Penyebaran lemak, masa otot, perubahan tinggi badan, mudah lelah, lemah dan nyeri, adanya luka atau gangren di ekstremitas.

i. Sistem reproduksi

Angiopati dapat terjadi pada pembuluh darah di organ reproduksi sehingga dapat menyebabkan masalah yang potensial seksual, masalah kualitas, pada ekresi dan mempengaruhi ejakulasi.

j. Sistem pengelihan

Retinopati diabetik merupakan penyebab utama kebutaan pada pasien diabetes melitus.

k. Sistem imun

Pasien dengan penyakit Diabetes Melitusakan rentan terhadap infeksi. Jika pasien Diabetes Melitusudah terjadi infeksi maka sangat sulit untuk diobati. Daerah yang terinfeksi akan sembuh perlahan karena pembuluh darah yang rusak tidak membawa cukup

oksigen, sel darah putih, nutrisi dan antibodi ke daerah luar. Infeksi akan meningkatkan kebutuhan insulin dan meningkatkan kemungkinan ketoasidosis.

5. Pemeriksaan diagnostik

Menurut Perkeni (2011) mengatakan bahwa diagnosis klinis Diabetes Melitus ditegakkan ketika adanya gejala khas Diabetes Melitus berupa poliuria, polidipsia, polifagia dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan. Jika gejalanya sangat khas tes dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut: Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu (GDS) ≥ 200 mg/dL. maka diagnosis Diabetes Melitus sudah bisa kita tegakkan.

- a. Pemeriksaan Gula Darah Puasa (GDP) ≥ 126 mg/dL maka dapat digunakan untuk pedoman diagnosis diabetes melitus. Pasien harus dipuasakan 8-12 jam sebelum tes dilakukan, semua obat yang dikonsumsi dihentikan, bila ada obat yang memang perlu diminum atau diberikan ditulis di formulir tes.
- b. Pemeriksaan Hemoglobin A1c (HbA1c), tes ini merupakan tes tunggal yang sangat akurat untuk menilai status glukosa dalam darah jangka panjang dan sangat berguna untuk semua jenis penderita diabetes melitus. Pemeriksaan ini berguna untuk pasien yang membutuhkan kendaliglikemik. Pada pemeriksaan HbA1c ini dianjurkan secara rutin untuk pasien diabetes melitus. Tes yang pertama membantu untuk menentukan status glukosa dalam darah pada tahap awal pengobatan dan pada tes yang ke dua membantu

memantau keberhasilan pengendalian. Pada pasien tanpa gejala Diabetes Melitus yang khas, pengukuran glukosa dalam darah tidak cukup hanya satu kali saja untuk menegaskan diagnosis diabetes melitus. Diperlukan lagi investigasi lebih lanjut, yaitu:

- 1) Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) ≥ 200 mg/dL
- 2) Pemeriksaan GDP ≥ 126 mg/dL, GDS ≥ 200 mg/dL pada hari yang lain.

E. Diagnosa keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017), Maiti & Bidinger, (2014) adapun diagnosis keperawatan yang sering muncul pada pasien Diabetes Melitus yaitu sebagai berikut:

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, disfungsi pankreas, gangguan toleransi glukosa darah, dan gangguan glukosa darah
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.
3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer.
4. Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis diabetes melitus, dan peningkatan paparan organisme patogen
5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
6. Ansietas berhubungan dengan ketidakmampuan menangani diabetes melitus, kesalahan informasi mengenai diabetes melitus.

F. Perencanaan keperawatan

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019), Wahab (2018), Maiti & Bidiger, (2014). intervensi tindakan keperawatan yang muncul pada pasien Diabetes Melitus yaitu sebagai berikut :

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, disfungsi pankreas, gangguan toleransi glukosa darah, dan gangguan glukosa darah

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan kestabilan kadar glukosa darah meningkat

Kriteria hasil : kadar glukosa darah membaik, rasa haus menurun, keluhan lapar menurun, mengantuk menurun, gemetar menurun, berkeringat menurun, lelah menurun, lesu menurun dan jumlah urine membaik

Perencanaan keperawatan:

- a. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
- b. Identifikasi apa yang menyebabkan kebutuhan insulin bisa meningkat
- c. Monitor kadar glukosa darah
- d. Monitor intake dan output cairan
- e. Monitor keton urine, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik, dan frekuensi nadi.
- f. Berikan asupan cairan oral

- g. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemi tetap ada atau semakin memburuk
- h. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
- i. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan maka defisit nutrisi teratasi

Kriteria hasil : porsi makan yang dihabiskan meningkat, verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat, pengetahuan tentang makanan yang sehat meningkat, indeks masa tubuh membaik, nafsu makan membaik, nyeri perut menurun.

Perencanaan keperawatan :

- a. Identifikasi status nutrisi
- b. Identifikasi alergi makanan
- c. Monitor berat badan
- d. Monitor indeks masa tubuh
- e. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
- f. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- g. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan misalnya, pereda nyeri, antiemetik
- h. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jumlah nutrisi yang dibutuhkan

3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer.

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan maka gangguan integritas kulit teratasi

Kriteria hasil : temperatur kulit, elastisitas dan tekstur dalam batas normal, tidak terdapat pigmentasi yang abnormal, tidak terdapat lesi, tidak terdapat nekrosis.

Perencanaan keperawatan :

- a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit
- b. Ubah posisi tiap 1-2 jam jika tirah baring
- c. Lakukan pemijatan pada area benjolan tulang
- d. Bersihkan parienal dengan air hangat
- e. Gunakan produk berbahan ringan/alami
- f. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering
- g. Anjurkan menggunakan pelembab
- h. Anjurkan minum air cukup
- i. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- j. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
- k. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
- l. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

4. Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis diabetes melitus, dan peningkatan paparan organisme patogen

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan maka resiko infeksi sudah tidak ada

Kriteria hasil : elastisitas meningkat, kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, pigmentasi abnormal menurun, nekrosis menurun, suhu kulit membaik dan tekstur membaik.

Perencanaan keperawatan :

- a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematis
- b. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- c. Batasi jumlah pengunjung
- d. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- e. Ajarkan cuci tangan dengan benar

5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan maka defisit pengetahuan teratasi

Kriteria hasil : perilaku sesuai anjuran meningkat, verbalisasi minimal belajar meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat.

Perencanaan keperawatan :

- a. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi
- b. Identifikasi tingkat kemampuan saat ini
- c. Jelaskan kepatuhan diet terhadap kesehatan
- d. Informasikan makanan apa yang diperbolehkan dan yang dilarang
- e. Ajarkan cara merencanakan makanan sesuai program
- f. Ajarkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang di programkan

6. Ansietas berhubungan dengan ketidakmampuan menangani diabetes melitus, kesalahan informasi mengenai diabetes melitus

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat ansietas menurun

Kriteria hasil : perilaku gelisah menurun, pola tidur membaik, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik 120/80 mmHg.

Perencanaan keperawatan :

- a. Monitor tanda-tanda ansietas
- b. Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian
- c. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- d. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- e. Latih teknik relaksasi

G. Pelaksanaan keperawatan

Pelaksanaan adalah tahap terhadap rencana tindakan keperawatan yang sudah ditetapkan. Pelaksanaan dilaksanakan sesuai dengan rencana yang sudah dilakukan validasi, dan disamping itu juga dibutuhkan keterampilan interpersonal dan keterampilan psikomotor, teknik yang dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat dengan selalu memperhatikan keamanan fisik dan psikologis. Setelah pelaksanaan lalu dilakukan pendokumentasian yang meliputi intervensi yang sudah dilakukan dengan bagaimana respon pasien (Bararah & jauhan, 2013).

a. Keterampilan interpersonal

Keterampilan interpersonal sangat penting untuk praktik keperawatan yang efektif. Sebagai perawat sangat perlu berkomunikasi dengan jelas dengan pasien, keluarga mereka dan anggota kesehatan lainnya. Komunikasi perawat yang jujur dan terbuka akan menunjukkan kasih sayang dan rasa saling percaya. Penyuluhan harus dilakukan dengan pemahaman yang diinginkan sesuai dengan harapan pasien. Pasien juga harus peka terhadap respon emosional pasien terhadap pengobatan. Dengan keterampilan interpersonal yang tepat, perawat dapat mengenali komunikasi verbal dan verbal klien.

b. Keterampilan psikomotor

Keterampilan psikomotor ini mencakup kebutuhan perawatan pasien. Termasuk perawatan luka, injeksi, dan membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. Perawat memiliki tanggung jawab profesional untuk memperoleh keterampilan ini. Untuk keterampilan baru perawat harus menilai kompetensi mereka dan memastikan bahwa pasien sudah diberikan tindakan yang aman. Ini dilakukan sesuai dengan prosedur yang disiapkan di depan pasien.

H. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Kegiatan evaluasi ini adalah cara untuk membandingkan hasil yang telah dicapai setelah implementasi dengan tujuan yang diharapkan dalam perencanaan

sebelumnya. Perawat mempunyai tiga alternatif dalam menentukan sejauh mana tujuan ini sudah tercapai menurut (Bararah dan Jauhar, 2013).

- a. Berhasil : perilaku pasien sesuai dengan pernyataan tujuan dalam waktu atau tanggal yang sudah di tetapkan di awal tujuan
- b. Tercapai sebagian : pasien menunjukan perilaku tetapi belum sebaik yang di tentukan dalam pernyataan tujuannya sebelumnya.
- c. Belum tercapai : pasien tidak mampu sama sekali menunjukan perilaku yang diharapkan dengan pernyataan tujuan.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini penulis menguraikan asuhan keperawatan pada ny. P dengan diabetes militus di ruang penyakit dalam kamar 1302 rumah sakit umum daerah kota Jakarta utara. Mulai tanggal 20 maret 2023 sampai 22 maret 2023. Asuhan keperawatan ini dilakukan sesuai dengan tahap proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 maret 2023, data yang diperoleh ini adalah melalui pengamatan secara langsung, wawancara dengan pasien dan keluarga pasien, pemeriksaan fisik dan dari catatan rekam medis.

1. Identitas pasien

Pasien bernama Ny. P usia 64 tahun 11 bulan, jenis kelamin perempuan, status perkawinan, agama islam, suku bangsa Jawa, pekerjaan tidak bekerja, pendidikan SD, bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, alamat tempat tinggal Jalan Cemara Blok I GG II/19, sumber biaya BPJS dan sumber informasi di dapat berasal dari keluarga dan rekam medis.

2. Resume

Pada tanggal 17 maret 2023 pukul 16.05 WIB datang pasien bernama Ny. P usia 64 tahun 11 bulan di ruang penyakit dalam kamar 1302 dengan keluhan utama pasien mengatakan badan terasa lemas,

pasien mengatakan mual muntah sejak 4 hari lalu, pasien mengatakan tidak nafsu makan karena mual tersebut, pasien dan keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mempunyai riwayat stroke lama 3 tahun lalu. Saat masuk pada tanggal 17 maret 2023 GDS 60 mg/dL, BB pasien 57 kg, TB 149 cm, TD 117/53 mmHg, frekuensi nadi 96 x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, suhu 36°C. Masalah keperawatan yang ada yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah, hipovolemia, gangguan mobilitas fisik, defisit pengetahuan, resiko defisit nutrisi, resiko jatuh. Tindakan keperawatan mandiri yang sudah dilakukan yaitu mengkaji keadaan umum, mengkaji tanda-tanda vital, memonitor gula darah sewaktu, mengkaji keluhan fisik, menganjurkan latihan pergerakan (ROM), memantau *intake* dan *output* pasien. Tindakan kolaborasi yang dilakukan pemberian cairan infus otsu-salin3 500ml/24 jam, cairan infus dextrose 10% 500ml/12 jam, terapi injeksi omeprazol 2x1 ampul/12 jam IV, Ondansentron 4mg/8 jam IV. Evaluasi secara keseluruhan pasien tampak masih lemas.

3. Riwayat keperawatan

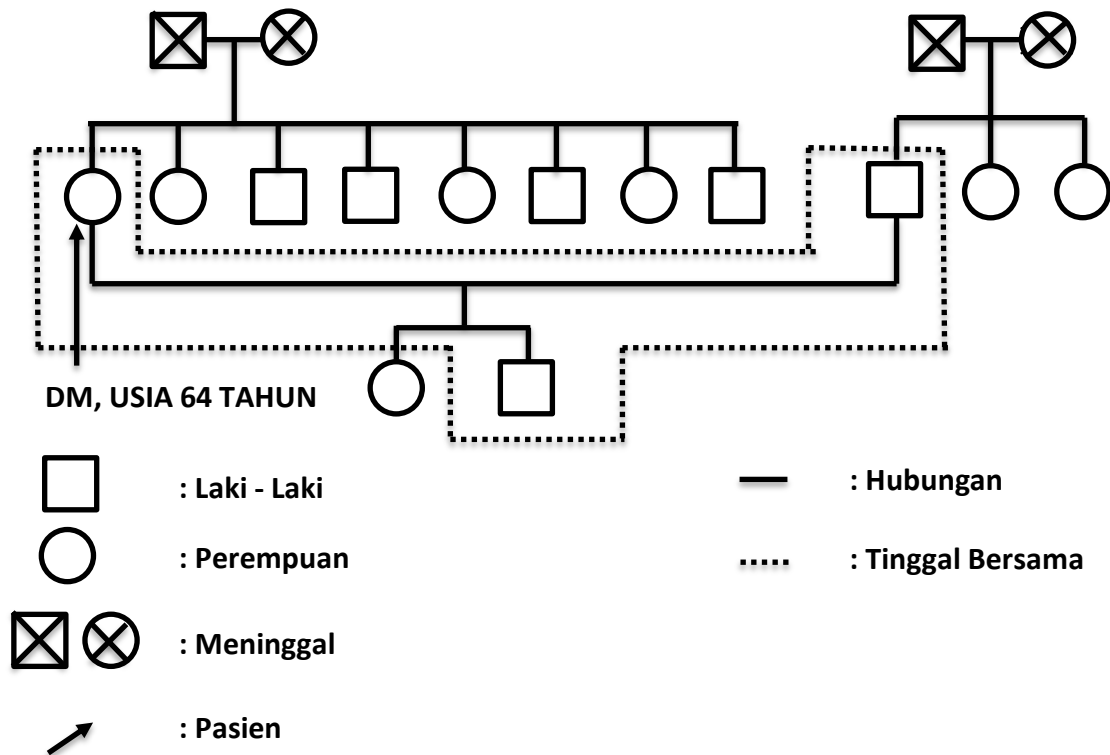
a. Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan utama untuk saat ini, pasien mengatakan lemas dan mual muntah sudah 4 hari lalu, pasien mengatakan tidak nafsu makan karena mual tersebut.

b. Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien mengatakan memiliki riwayat stroke lama sudah 3 tahun lalu, dan diabetes melitus juga 3 tahun lalu

c. Riwayat kesehatan keluarga



d. Penyakit yang di derita oleh keluarga yang menjadi faktor resiko

Pasien mengatakan ada penyakit darah tinggi yang di derita yang menjadi faktor resiko.

e. Riwayat prikososial dan spiritual

Pasien dan keluarga pasien mengatakan paling dekat dengan suami dan anaknya, pasien juga mengatakan ia dirumah sebagai ibu rumah tangga dan yang mengambil keputusan yaitu keluarga, pola komunikasi pasien dua arah, pasien tidak mengikuti kegiatan kemasyarakatan apapun. Dampak penyakit klien terhadap keluarga membuat keluarga cemas mengingat kondisi pasien saat ini. Pasien mengatakan jika sedang ada masalah maka pasien tidur atau tidak menonton tv. Hal saat ini yang dipikirkan pasien yaitu ingin cepat

sembuh, pasien mengatakan agar penyakitnya dapat membaik dan ingin segera berkegiatan seperti biasanya. Pasien mengatakan tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan keyakinan mengenai kesehatan, pasien mengatakan menjalani ibadah sholat 5 waktu dan mengaji. Kondisi lingkungan pasien bersih dan pasien tinggal bersama suami dan kedua anaknya.

f. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum sakit dan di rumah sakit

1) Pola nutrisi

Sebelum sakit : pada saat dilakukan pengkajian pasien dan keluarga pasien mengatakan saat di rumah frekuensi makan 3x/hari. Nafsu makan baik, porsi makan yang dihabiskan 1 porsi, pasien tidak ada makanan yang dipantang dan juga tidak ada alergi pada makanan.

Di rumah sakit : pasien mengatakan nafsu makannya baik, tetapi kadang merasakan mual dan muntah, frekuensi makan 3x/hari, porsi makan kadang habis 1 porsi kadang habis $\frac{1}{2}$ porsi.

2) Pola eliminasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan frekuensi BAK 6x/hari, warna kuning jernih, dan tidak ada keluhan saat berkemih. Pola BAB pasien 1x/hari pada saat pagi hari, konsistensi padat, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan dalam BAB dan tidak ada penggunaan laxatif.

Dirumah sakit : frekuensi BAK 6x/hari, warna kuning jernih, dan tidak ada keluhan saat berkemih, pola BAB pasien 1x/hari, pasien tidak terpasang kateter urine.

3) Pola personal hygiene

Sebelum sakit : pasien mandi 2x/hari pada pagi dan sore dengan dibantu keluarga, pasien melakukan oral hygiene 2x/hari, dan mencuci rambut 2-3x/minggu.

Dirumah sakit : pasien mandi 1x/hari dengan cara di lap pada pagi hari, pasien tidak melakukan oral hygiene selama di rumah sakit, dan sejak masuk rumah sakit pasien juga belum pernah mencuci rambutnya.

4) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : pasien tidur siang 2 jam/hari dan tidur malam 9 jam/hari. Kebiasaan pasien dirumah sebelum tidur adalah menonton tv dengan suaminya.

Di rumah sakit : pasien tidur siang 3 jam/hari dan tidur malam 8 jam/hari.

5) Pola aktifitas dan latihan

Sebelum sakit: pasien memang tidak bekerja dan hanya ibu rumah tangga, pasien tidak pernah berolahraga, pasien mengatakan ekstremitas sebelah kirinya sulit di gerakan karena riwayat stroke lama 3 tahun lalu, tetapi meskipun sulit tetap bisa digerakan dengan dibantu keluarga dan menggunakan alat bantu kruk kaki 4 dan kursi roda.

Dirumah sakit : pasien hanya ibu rumah tangga, untuk pergerakan tangan dan kaki bagian bisa digerakan seperti biasa di rumah sakit bisa menggunakan alat bantu walker, tetapi saat pengkajian saya melihat pasien bedrest.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pasien tidak merokok, tidak minum-minuman keras, dan tidak menggunakan narkoba.

4. Pemeriksaan fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Berat badan pasien sebelum dan sesudah sakit tetap sama 57 kg, tinggi badan pasien 149 cm. Tekanan darah 91/51 mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,1C, keadaan umum tampak sakit sedang, dan tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem pengelihatan

Posisi mata pasien simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, kornea normal, sklera anikterik, pupil isokor, tidak ada kelainan pada otot mata pasien, fungsi pengelihatan baik, tidak ada tanda-tanda radang, pasien tidak menggunakan kacamata dan lensa kontak, reaksi terhadap cahaya pupil pasien mengecil.

c. Sistem pendengaran

Daun telinga normal, kondisi telinga tengah nomal, tidak tampak cairan pada telinga pasien, tidak ada perasaan penuh pada telinga,

tidak ada tinitus, fungsi pendengaran normal, tidak mengalami gangguan keseimbangan, pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

d. Sistem wicara

Sistem wicara pasien aphasia, gangguan bahasa jadi saat diajak bicara pasien mengerti apa yang dibicarakan dan bisa menjawab tetapi saat menjawab suara pasien agak kurang jelas seperti hmm hmm dan tidak membuka lebar mulutnya.

e. Sistem pernapasan

Jalan napas pasien tampak bersih tidak ada hambatan, pernapasan tidak sesak, pasien mengatakan tidak menggunakan otot bantu pernapasan, frekuensi pernapasan 20x/menit, irama teratur, jenis pernapasan spontan, kedalaman dalam, pasien tidak batuk, dan tidak ada sputum, hasil palpasi dan perkusi normal, suara napas vesikuler, tidak ada nyeri saat bernapas, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.

f. Sistem kardiovaskuler

1. Sirkulasi perifer

Frekuensi nadi 100x/menit, irama teratur denyut kuat, tekanan darah 91/51 mmHg, tidak terdapat distensi vena jugularis, akral hangat, warna kulit pucat, pengisian kapiler 1 detik, tidak terdapat edema.

2. Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut jantung 100x/menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung dan tidak ada nyeri pada area dada.

g. Sistem hematologi

Tidak ada perdarahan pada pasien

h. Sistem saraf pusat

Tidak ada keluhan sakit kepala, tingkat kesadaran compos mentis, *Glasgow coma scale* (GCS) 15 (E:4, M:6, V:5), tidak ada tanda-tanda tekanan intracranial (TIK), gangguan sistem persarafan pelo, reflek fisiologis dan patologis bagian kiri susah digerakan karena riwayat stroke lama.

i. Sistem pencernaan

Keadaan mulut gigi tidak ada caries, pasien mengatakan tidak menggunakan gigi palsu, tidak terdapat stomatitis, lidah tidak kotor, saliva normal, tidak ada muntah, pasien mengatakan tidak ada nyeri di daerah perut, bising usus 25x/menit, tidak ada diare, tidak ada konstipasi, hepar teraba, abdomen lembek.

j. Sistem endokrin

tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, napas tidak berbau keton.

k. Sistem urogenital

perubahan pola berkemih nocturia, BAK kuning jernih, tidak terdapat distensi kandung kemih, tidak ada keluhan nyeri pinggang, pada tanggal 17 maret 2023 balance cairan pasien :
input : minum 300cc, infus 450cc, am (5x57=285)

output : urine 500cc, iwl ($15 \times 57 = 855$)

balance cairan : $1035 - 1355 = -320$

l. Sistem integument

turgor kulit baik, temperature kulit hangat, warna kulit kemerahan, keadaan kulit baik tidak terdapat gangren, tidak ada kelainan pada kulit, area pemasangan infus baik tidak ada phlebitis dan tidak bengkak, keadaan rambut baik dan bersih.

m. Sistem muskuloskeletal

pasien mengatakan ada kesulitan dalam pergerakan karena mempunyai riwayat stroke lama, pasien mengatakan tidak ada sakit tulang, sendi, atau kulit, pasien mengatakan tidak mengalami fraktur, pasien mengatakan tidak mengalami bentuk sendi, tidak mengalami kelainan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot hipotoni, kekuatan otot ekstremitas kanan atas bawah 4444, ekstremitas kiri atas 3333, ekstremitas kiri bawah 2222.

5. Data tambahan

Pasien dan keluarga mengatakan belum tau betul apa itu diabetes militus, apa makanan yang baik untuk diabetes militus, tetapi untuk jadwal minum obat keluarga pasien sesuai dengan anjuran dokter.

6. Data penunjang

Pasien melakukan pemeriksaan laboratorium

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
19 Maret 2023	Elektrolit		
	Natrium	*123 mEq/l	135 -147 mEq/l
	Kalium	3.90 mEq/l	3,5 - 5,0 mEq/l
	Klorida	98 mEq/l	96-108 mEq/l
20 Maret 2023	Elektrolit		
	Natrium	*128 mEq/l	135 -147 mEq/l
	Kalium	4,90 mEq/l	3,5 - 5,0 mEq/l
	Klorida	100 mEq/l	96-108 mEq/l

7. Penatalaksanaan

Pasien mendapatkan terapi infus Otsu-salin3 500ml/24 jam, infus dextrose 10% 500ml/24jam, omeprazole 2x1 amp/ 12 jam (IV) pukul 00.00 AM dan 12.00 WIB, ondansentron 4mg/8 jam (IV) pukul 04.00 WIB, 12.00 WIB, 20.00 WIB.

8. Data fokus

Data subjektif : keluarga mengeluh pasien lemas, keluarga mengatakan pasien merasa lemah, keluarga mengatakan pasien masih mual, keluarga mengatakan pasien sulit menggerakkan ekstremitas, keluarga mengatakan takut jika pasien melakukan banyak pergerakan, keluarga menanyakan masalah diabetes yang dialami ibunya, keluarga masih bingung bagaimana cara mengataur pola makan ibunya, pasien mengatakan nafsu

makan menurun, keluarga pasien mengatakan semua aktivitas ibunya dibantu, keluarga pasien mengatakan pasien hanya minum sedikit hanya setengah muk/contang sekita 150ml, keluarga pasien mengatakan memiliki riwayat stroke lama 3 tahun lalu.

Data objektif : kadar glukosa darah rendah GDS/6 jam, pukul 01.00 122mg/dL, pukul 06.00 90 mg/dL, pukul 12.00 123 mg/dL, TD 91/51 mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,1C, pasien terlihat sulit bicara (pelo), membran mukosa kering, pasien tampak ada keterbatasan dalam bergerak, usia pasien 64 tahun, saat melakukan aktivitas pasien dibantu oleh alat bantu jalan seperti kruk kaki 4/walker, pasien memiliki stroke 3 tahun lalu, tampak gerak fisik lemah, saat ditanya apa itu diabetes pasien tidak mengerti, pasien tampak bingung saat ditanya makanan pantangan, turgor kulit menurun, pasien terlihat pucat, hasil lab natrium 128 mEq/l (135-147 mEq/l), Balance cairan -320, IMT 24,7, kekuatan otot ekstremitas kanan atas bawah 4444, ekstremitas kiri atas 3333, ekstremitas kiri bawah 2222.

9. Analisa data

No.	Data Fokus	Masalah	Etiologi
1.	Data subjektif : - Keluarga mengeluh pasien lemas - keluarga mengatakan pasien merasa lemah.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Gangguan metabolisme

	Data objektif : - Kadar glukosa darah rendah GDS/6 jam, pukul 01.00 122mg/dL, pukul 06.00 90 mg/dL, pukul 12.00 123 mg/Dl - Pasien terlihat sulit bicara (pelo) - kesadaran compos mentis - pasien tampak lemah dan lemas.		
2.	Data subjektif : - Keluarga mengatakan pasien sulit menggerakan ekstremitas - Keluarga mengatakan takut jika pasien melakukan banyak pergerakan - Keluarga mengatakan semua aktivitas pasien dibantu.	Gangguan mobilitas fisik	Hemiparase

	Data objektif : - Fisik pasien tampak lemah - Pasien tampak ada keterbatasan dalam bergerak - Pasien memiliki riwayat stroke lama 3 tahun lalu - Kekuatan otot ekstremitas kanan atas bawah 4444, ekstremitas kiri atas 3333, ekstremitas kiri bawah 2222.		
3.	Data subjektif : - Keluarga pasien mengatakan pasien masih mual - Keluarga mengatakan pasien masih lemas - Keluarga mengatakan pasien hanya minum sedikit setengah muk/contang sekitar	Resiko Hipovolemia	Kekurangan intake cairan

	150ml Data objektif : - TD 91/51 mmHg - Frekuensi nadi 100 x/menit - Membran mukosa kering - Turgor kulit menurun - Pasien terlihat pucat - Balance cairan intake- otuput = 1035 - 1355=- 320 - Natrium 128 mEq/l.		
4.	Data subjektif : - Keluarga menanyakan masalah diabetes yang dialami ibunya - Keluarga masih bingung bagaimana cara mengatur pola makan ibunya. Data objektif: - Pasien tampak bingung saat ditanya makanan	Defisit pengetahuan	Keluarga kurang terpapar informasi

	pantangan - Saat ditanya apa itu diabetes pasien tampak bingung.		
5.	Data subjektif: - Keluarga pasien mengatakan pasien masih mual Data objektif : - IMT : BB 57kg, TB 149cm = $57 \times 2,22 = 24,7$	Resiko defisit nutrisi	Penurunan kebutuhan metabolisme
6.	Data subjektif : - Data objektif : - Usia pasien 64 tahun - Memiliki riwayat stroke lama 3 tahun lalu - saat beraktivitas berjalan ke kamar mandi menggunakan kruk kaki empat/walker atau kursi roda.	Resiko jatuh	Penurunan kekuatan otot

10. Diagnosa

1. Ketidaktabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan metabolik
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparase
3. Resiko hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi
5. Resiko defisit nutrisi ditandai dengan peningkatan kebutuhan metabolisme
6. Resiko jatuh ditandai dengan penurunan kekuatan otot

11. Perencanaan, pelaksanaan, evaluasi

1. **Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan metabolik**

Data subjektif :

Keluarga mengeluh pasien lemas, keluarga mengatakan pasien merasa lemah, pasien mengatakan mulutnya kering

Data objektif :

Kadar glukosa darah rendah gds/6 jam, pukul 01.00 122mg/dL, pukul 06.00 90 mg/dL, pukul 12.00 123 mg/dL, pasien terlihat sulit bicara (pelo), kesadaran compos mentis, mulut pasien tampak kering, pasien tampak lemah dan lemas.

Tujuan : setelah dilakukan intervensi kepeawatan selama 3x24 jam maka kadar glukosa darah dalam rentang normal.

Kriteria hasil : mulut kering menurun, kadar glukosa darah membaik, lemas menurun, lemah menurun.

Intervensi :

- a. Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemi
- b. Berikan karbohidrat sederhana
- c. Anjurkan monitor kadar glukosa darah
- d. Anjurkan pengelolaan hipoglikemi
- e. Kolaborasi pemberian dextrose 500ml/24 Jam via IV

Pelaksanaan :

Tanggal 20 maret 2023

Pukul 05.50 WIB memonitor kadar gula darah, GDS pada tanggal 19 maret 2023 GDS/6 jam pukul 01.00 am 122 mg/dL. Pukul 06.00 WIB memonitor kadar gula darah 90 mg/dL. Pukul 07.30 WIB mengidentifikasi penyebab hipoglikemi, pasien kurang asupan karbohidrat dan masih lemas. Pukul 08.00 WIB memberikan karbohidrat sederhana, pasien sudah mau makan bubur dan habis 1 porsi dipagi hari. Pukul 12.00 WIB memonitor kadar kadar gula darah, 123 mg/dL. Pukul 12.30 memberikan karbohidrat sederhana, pasien mau makan bubur tapi di siang hari hanya mau menghabiskan setengah porsi. Pukul 14.00 WIB Menganjurkan pengelolaan hipoglikemia, pasien sudah diberi nasehat untuk mengonsumsi makanan/minuman yang tinggi gula, baik jus maupun permen 1 buah. Pukul 14.30 WIB dilakukan kolaborasi

pemberian dextrose 500ml via IV, sudah di berikan dextrose 500ml/24 jam.

Tanggal 21 maret 2023

Pukul 07.30 WIB memonitor kadar gula darah, pasien mendapatkan KGDH (kurva gula darah harian) dan hanya di cek gula darah pada hari senin, rabu dan jumat karena hasil GDS pada tanggal 20 maret 2023 sudah membaik yaitu 123 mg/dL. Pukul 08.00 WIB memberikan karbohidrat sederhana, pasien sudah mau makan bubur dan habis 1 porsi dipagi hari tetapi pasien masih lemas. Pukul 09.30 WIB mengidentifikasi penyebab hipoglikemi, pasien kurang asupan karbohidrat dan masih lemas. Pukul 12.00 WIB memonitor kadar kadar gula darah, 123 mg/dL. Pukul 12.30 WIB memberikan karbohidrat sederhana, pasien mau makan bubur di siang hari dan mengahabiskan 1 porsi. Pukul 14.00 WIB Mengajukan pengelolaan hipoglikemia, pasien sudah diberi nasehat untuk mengonsumsi makanan/minuman yang tinggi gula, baik jus maupun permen 1 buah. Pukul 15.00 WIB dilakukan kolaborasi pemberian dextrose 500ml via IV, dextrose sudah tidak terpasang karna GDS sebelumnya sudah membaik 123 mg/dL.

Tanggal 22 maret 2023

Pukul 06.00 WIB memonitor kadar gula darah, GDS pada tanggal 21 maret 2023 GDS/6 jam pukul 01.00 am 124 mg/dL. Pukul 06.10 WIB memonitor kadar gula darah 103 mg/dL. Pukul 07.30 WIB mengidentifikasi penyebab hipoglikemi, pasien kurang asupan

karbohidrat dan masih lemas. Pukul 08.00 WIB memberikan karbohidrat sederhana, pasien sudah mau makan bubur dan habis 1 porsi dipagi hari. Pukul 12.00 WIB memonitor kadar kadar gula darah, 125 mg/dL. Pukul 12.30 memberikan karbohidrat sederhana, pasien mau makan bubur tapi di siang hari hanya mau menghabiskan setengah porsi. Pukul 14.00 WIB Menganjurkan pengelolaan hipoglikemia, pasien sudah diberi nasehat untuk mengonsumsi makanan/minuman yang tinggi gula, baik jus maupun permen 1 buah. Pukul 14.30 WIB dilakukan kolaborasi pemberian dextrose 500ml via IV, dextrose sudah terpadang karena GDS sebelumnya sudah 125 mg/dL.

Evaluasi

Tanggal 22 maret 2023

Data subjektif : pasien mengatakan sudah tidak lemas dan lemah, pasien mengatakan nafsu makannya membaik.

Data objektif : pasien mendapatkan KGDH (kurve gula darah sewaktu), dihari senin, rabu dan jumat, tanggal 22 maret 2023 GDS/6jam, pukul 01.00 am 124 mg/dL. Pukul 06.10 WIB memonitor kadar gula darah 103 mg/dL, mulut kering pasien menurun, pasien sudah tidak lemas.

Analisa : Tujuan teratasi

Perencanaan : Intervensi dihentikan

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparase

Data subjektif : keluarga mengatakan pasien sulit menggerakkan tangan dan kaki kiri, keluarga mengatakan takut jika pasien melakukan banyak pergerakan, keluarga mengatakan semua aktivitas dibantu.

Data objektif : fisik pasien tampak lemah, pasien tampak ada keterbatasan dalam pergerakan, pasien memiliki riwayat stroke lama 3 tahun lalu.

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat.

Kriteria hasil : Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak ROM pasif meningkat, kelemahan fisik menurun.

Intervensi :

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik
- b. Fasilitasi melakukan pergerakan
- c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam peningkatan pergerakan
- d. Jelaskan tujuan mobilisasi
- e. Ajarkan mobilisasi sederhana (ROM)

Pelaksanaan

Tanggal 20 maret 2023

Pukul 11.00 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik, pada tangan dan kaki kiri pasien tidak merasakan sakit atau nyeri, pukul 11.30 WIB memfasilitasi melakukan pergerakan, menganjurkan pasien untuk

melakukan pergerakan sedikit dan pasien bisa menggerakannya sedikit, pukul 11.50 WIB menjelaskan tujuan mobilisasi, untuk melatih otot atau saraf tangan dan kaki setelah lama bedrest, keluarga dan pasien mengerti setelah dijelaskan. Pukul 13.00 WIB mengajarkan mobilisasi sederhana ROM pasif, pasien diajarkan untuk mengangkat tangan dan pasien mampu melakukan ROM pasif yang dibantu oleh perawat. Pukul 13.15 WIB melibatkan keluarga dalam membantu peningkatan pergerakan pasien, keluarga mau terlibat untuk membantu ibunya.

Tanggal 21 maret 2023

Pukul 10.00 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik, pada tangan dan kaki kiri pasien tidak merasakan sakit atau nyeri, pukul 10.30 WIB memfasilitasi melakukan pergerakan, menganjurkan pasien untuk melakukan pergerakan sedikit dan pasien bisa menggerakannya sedikit, pukul 11.00 WIB menjelaskan tujuan mobilisasi, untuk melatih otot atau saraf tangan dan kaki setelah lama bedrest, keluarga dan pasien mengerti setelah dijelaskan. Pukul 13.00 WIB mengajarkan mobilisasi sederhana ROM pasif, pasien diajarkan untuk mengangkat dan menurunkan tangan baik sendiri atau dibantu oleh perawat dan pasien mampu melakukan ROM pasif. Pukul 13.15 WIB melibatkan keluarga dalam membantu peningkatan pergerakan pasien, keluarga mau terlibat untuk membantu ibunya.

Tanggal 22 maret 2023

Pukul 10.00 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik, pada tangan dan kaki kiri pasien tidak merasakan sakit atau nyeri, pukul 10.30 WIB memfasilitasi melakukan pergerakan, menganjurkan pasien untuk melakukan pergerakan sedikit dan pasien bisa mengerakkannya sedikit, pukul 11.00 WIB menjelaskan tujuan mobilisasi, untuk melatih otot atau saraf tangan dan kaki setelah lama bedrest, keluarga dan pasien mengerti setelah dijelaskan. Pukul 13.00 WIB mengajarkan mobilisasi sederhana ROM pasif, pasien diajarkan untuk mengangkat dan menurunkan tangan baik sendiri atau dibantu oleh perawat dan pasien mampu melakukan ROM pasif. Pukul 13.15 WIB melibatkan keluarga dalam membantu peningkatan pergerakan pasien, keluarga mau terlibat untuk membantu ibunya.

Evaluasi

Tanggal 22 maret 2023

Data subjektif : keluarga dan pasien mengatakan mengerti apa tujuan dilakukan mobilisasi, pasien mengatakan tidak merasakan sakit atau nyeri.

Data objektif : pasien melakukan pergerakan angkat dan turun tangan bisa tanpa dibantu oleh perawat, keluarga tampak mau terlibat dalam membantu pergerakan ibunya

Analisa : tujuan belum teratasi

Perencanaan : Intervensi dilanjutkan

- Fasilitasi melakukan pergerakan

- Mengajarkan mobilisasi sederhana
- Ajarkan mobilitas sederhana (ROM)

3. Resiko hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan

Data subjektif : keluarga pasien mengatakan pasien masih mual, keluarga mengatakan pasien masih lemas, keluarga mengatakan pasien hanya minum sedikit, setengah muk/contang sekitar 150ml.

Data objektif : membran mukosa kering, tugor kulit menurun, pasien terlihat pucat, TD 91/51 mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, natrium 128 mEq/l, balance cairan -320.

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

Kriteria hasil : tugor kulit meningkat, perasaan lemah menurun, tekanan darah membaik, membran mukosa membaik, intake cairan membaik.

Intervensi :

- a. Periksa tanda dan gejala hipovolemia
- b. Monitor intake dan output cairan
- c. Kolaborasi pemberian Otsu-salin3
- d. Periksa tanda-tanda vital

Pelaksanaan

Tanggal 20 maret 2023

Pukul 09.30 WIB hasil TTV pasien TD 91/51 mmHg, frekuensi nadi 101 x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,5°C. Pukul 10.00 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia, pasien mual dan muntah saat pagi hari dan

buang air kecil jarang, mukosa bibir kering, tugor kulit menurun, kulit pucat. hasil natrium 128 Meq/l. Pukul 10.30 WIB memonitor intake dan output cairan, hasil intake 1035 cc, output 1355 cc, balance cairan -320, pukul 12.00 WIB dilakukan kolaborasi pemberian Otsu-salin3 500ml/24 jam, pasien sudah diberikan cairan infus Otsu-salin3/24 jam.

Tanggal 21 maret 2023

Pukul 10.00 WIB hasil TTV pasien TD 123/67 mmHg, frekuensi nadi 99x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,6°C. Pukul 11.00 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia, pasien sudah tidak mual dan muntah dan buang air kecil pasien sudah stabil, pasien masih terlihat lemas, mukosa bibir mulai membaik, tugor kulit juga mulai membaik, kulit masih pucat. hasil natrium 126 Meq/l. Pukul 12.00 WIB memonitor intake dan output cairan, hasil intake 1385 cc, output 1555 cc, balance cairan -170, pukul 12.00 WIB dilakukan kolaborasi pemberian Otsu-salin3, cairan IV otsu-salin3 500ml/24 jam sudah dihentikan dan digantikan dengan cairan NaCL 0,9%.

Tanggal 22 maret 2023

Pukul 10.00 WIB hasil TTV pasien TD 125/72 mmHg, frekuensi nadi 101x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,6°C. Pukul 11.00 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia, pasien sudah tidak mual dan muntah dan buang air kecil pasien sudah stabil, pasien sudah tidak lemas, mukosa bibir membaik, tugor kulit membaik, kulit pucat menurun. hasil natrium 126 Meq/l. Pukul 12.10 WIB memonitor intake dan output

cairan, hasil intake 1585 cc, output 1255 cc, balance cairan 330, pukul 12.00 WIB dilakukan kolaborasi pemberian Otsu-salin3, cairan IV otsu-salin3 sudah dihentikan dan digantikan dengan cairan NaCL 0,9%.

Evaluasi

Tanggal 22 maret 2023

Data subjektif : pasien mengatakan sudah tidak mual dan muntah, pasien mengatakan buang air kecil stabil, pasien mengatakan sudah tidak lemas.

Data objektif : pasien tampak tidak lemas, mukosa bibir membaik, tugor kulit membaik, kulit pucat menurun, TD 125/72 mmHg, balance cairan 330.

Analisa : tujuan teratasi

Perencanaan : Intervensi dihentikan

4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keluarga kurang terpapar informasi

Data subjektif : Keluarga menanyakan masalah diabetes yang dialami ibunya, keluarga masih bingung bagaimana cara mengatur pola makan ibunya.

Data objektif : Pasien tampak bingung saat ditanya makanan pantangan, saat ditanya apa itu diabetes pasien tampak bingung.

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

Kriteria hasil : kemampuan menjelaskan topik Diabetes Melitus meningkat, persepsi keliru terhadap masalah menurun

Intervensi :

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b. Jadwalkan pendidikan sesuai kesepakatan
- c. Berikan kesempatan untuk bertanya

Pelaksanaan

Tanggal 20 maret 2023

Pukul 10.00 WIB mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, keluarga mengatakan masih bingung dan ragu dalam menerima informasi, pukul 10.30 WIB menjadwalkan pendidikan sesuai kesehatan diabetes melitus, keluarga mau membuat jadwal untuk belajar mengetahui apa itu diabetes melitus. Pukul 11.30 WIB memberikan kesempatan untuk bertanya, keluarga masih sedikit bertanta tentang apa itu diabetes melitus.

Tanggal 21 maret 2023

Pukul 10.00 WIB mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, keluarga mengatakan mulai mengerti informasi yang diberikan tentang apa itu diabetes melitus, pukul 10.30 WIB menjadwalkan pendidikan sesuai kesehatan diabetes melitus, keluarga mulai sedikit demi sedikit mampu menjelaskan kembali apa itu diabetes setelah dijadwalkan rutin untuk pendidikan kesehatan diabetes melitus . Pukul 11.30 WIB

memberikan kesempatan untuk bertanya, keluarga mulai aktif bertanya tentang apa tanda dan gejala diabetes.

Tanggal 22 maret 2023

Pukul 10.30 WIB mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, keluarga mengatakan mampu memahami apa yang sudah dijelaskan perawat tentang apa itu diabetes melitus, pukul 11.00 WIB menjadwalkan pendidikan sesuai kesehatan diabetes melitus, keluarga mampu menjelaskan kembali apa itu diabetes setelah dijadwalkan rutin untuk pendidikan kesehatan diabetes melitus. Pukul 11.30 WIB memberikan kesempatan untuk bertanya, keluarga aktif bertanya lebih jauh dan mampu mengulang kembali apa yang ditanyakan perawat.

Evaluasi

Tanggal 22 maret 2023

Data subjektif : keluarga mengatakan mampu memahami apa yang sudah dijelaskan perawat tentang apa itu diabetes melitus

Data objektif : keluarga mampu menjelaskan kembali apa itu diabetes setelah dijadwalkan rutin untuk pendidikan kesehatan diabetes melitus, keluarga aktif bertanya lebih jauh dan mampu mengulang kembali apa yang ditanyakan perawat.

Analisa : tujuan teratasi

Perencanaan : Intervensi dihentikan

5. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

Data subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien masih mual

Data objektif : IMT : BB 57kg, TB 149cm = $57 \times 2,22 = 24,7$

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

Kriteria hasil : nafsu makan membaik, membran mukosa membaik

Intervensi :

- a. Identifikasi alergi makanan
- b. Monitor asupan makanan
- c. Monitor berat badan
- d. Berikan makanan tinggi protein
- e. Kolaborasi pemberian obat IV Omeprazole 2x1 dan Ondansentron 3x4

Pelaksanaan

Tanggal 20 maret 2023

Pada pukul 10.00 WIB mengidentifikasi alergi makanan, pasien tidak memiliki alergi makanan. Pukul 10.30 WIB memonitor asupan makanan, pasien makan makanan rumah sakit, sudah mau makan sedikit-sedikit, pasien sudah tidak muntah dan hanya mual. Pukul 11.00 WIB memberikan makanan tinggi protein, keluarga pasien sudah memberikan tinggi protein seperti sayuran dan susu. Pukul 12.00 WIB mengkolaborasi pemberian obat IV Omeprazole 2x1, ondansentron 3x4 dan paracetamol, pasien sudah diberikan obat, pasien juga sudah tidak muntah tetapi masih sedikit mual.

Pukul 16.00 WIB memonitor berat badan, berat badan pasien masih 57kg dan membran mukosa masih kering, IMT 24,7.

Tanggal 21 maret 2023

Pada pukul 10.30 WIB memonitor asupan makanan, pasien makan makanan rumah sakit, pasien sudah nafsu makan lagi dan sudah tidak mual muntah. Pukul 11.30 WIB memberikan makanan tinggi protein, keluarga sudah memberikan makanan sayur dan buah. Pukul 12.00 WIB mengkolaborasi pemberian obat IV omeprazole 2x1 dan ondansentron 3x4, pasien sudah tidak mual muntah. Pukul 15.00 WIB memonitor berat badan dan kondisi pasien, berat badan pasien 57kg, dengan membran mukosa kering dan turgor kulit masih pucat, IMT 24,7.

Tanggal 22 maret 2023

Pada pukul 10.00 WIB memonitor asupan makanan, pasien makan makanan rumah sakit, pasien sudah nafsu makan lagi dan sudah tidak mual muntah. Pukul 11.00 WIB memberikan makanan tinggi protein, keluarga sudah memberikan makanan sayur dan buah. Pukul 12.00 WIB mengkolaborasi pemberian obat IV omeprazole 2x1 dan ondansentron 3x4, pasien sudah tidak mual muntah. Pukul 14.30 WIB memonitor berat badan dan kondisi pasien, berat badan pasien 57kg, dengan membran mukosa membaik dan turgor kulit membaik. IMT 24,7.

Evaluasi

Tanggal 22 maret 2023

Data subjektif : pasien mengatakan sudah tidak mual muntah

Data objektif : pasien makan habis 1 porsi, membran mukosa membaik, turgor kulit membaik, IMT 24,7.

Analisa : Tujuan teratasi

Perencanaan : Intervensi dihentikan

6. Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Data subjektif : -

Data objektif : Usia pasien 64 tahun, dengan riwayat stroke lama 3 tahun lalu, saat beraktivitas berjalan ke kamar mandi menggunakan kruk kaki empat/walker atau kursi roda.

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat jatuh menurun

Kriteria hasil : jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat berjalan menurun

Intervensi

- a. Identifikasi faktor resiko jatuh
- b. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya
- c. Orientasikan ruangan pada keluarga dan pasien
- d. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
- e. Pasang handrall tempat tidur
- f. Gunakan alat bantu berjalan misalnya kursi roda atau walker
- g. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
- h. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh

Pelaksanaan

Tanggal 20 maret 2023

Pada pukul 10.30 WIB mengidentifikasi faktor resiko jatuh, pasien berusia 64 tahun dan mempunyai riwayat stroke 3 tahun lalu. Pukul 10.40 WIB memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, pasien belum mampu berpindah dari tempat tidur ke kursi roda, pasien masih belum kuat untuk berdiri sendiri dan jatuh saat mau mulai berjalan sendiri. Pukul 11.00 WIB mengorientasi ruangan pada keluarga dan pasien, pasien dan keluarga sudah dijelaskan tentang jangkauan dalam ruangan kamar. Pukul 11.15 WIB memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, roda tempat tidur dan kursi roda sudah dalam keadaan terkunci. Pukul 11.20 WIB memasang handrall tempat tidur. Pukul 11.50 WIB menggunakan alat bantu berjalan, selama di rumah sakit pasien menggunakan alat bantu berjalan kruk kaki 4 dan kursi roda. Pukul 13.00 WIB menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, pasien sudah menggunakan alas kaki yang tidak licin. Pukul 13.30 WIB menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, pasien mengatakan susah untuk menjaga keseimbangan tubuh.

Tanggal 21 maret 2023

Pada pukul 10.40 WIB mengidentifikasi faktor resiko jatuh, pasien berusia 64 tahun dan mempunyai riwayat stroke 3 tahun lalu. Pukul 10.50 WIB memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, pasien belum mampu berpindah dari tempat tidur ke kursi

roda, pasien mulai kuat untuk berdiri sendiri tetapi masih jatuh saat mau mulai berjalan sendiri. Pukul 11.00 WIB mengorientasi ruangan pada keluarga dan pasien, pasien dan keluarga sudah dijelaskan tentang jangkauan dalam ruangan kamar. Pukul 11.15 WIB memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, roda tempat tidur dan kursi roda sudah dalam keadaan terkunci. Pukul 11.20 WIB memasang handrall tempat tidur. Pukul 11.50 WIB menggunakan alat bantu berjalan, selama di rumah sakit pasien menggunakan alat bantu berjalan kruk kaki 4 dan kursi roda. Pukul 13.00 WIB menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, pasien sudah menggunakan alas kaki yang tidak licin. Pukul 13.30 WIB menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, pasien mengatakan mulai bisa untuk menjaga keseimbangan tubuh.

Tanggal 22 maret 2023

Pada pukul 11.00 WIB mengidentifikasi faktor resiko jatuh, pasien berusia 64 tahun dan mempunyai riwayat stroke 3 tahun lalu. Pukul 11.20 WIB memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, pasien belum mampu berpindah dari tempat tidur ke kursi roda, pasien sudah kuat untuk berdiri sendiri tetapi masih takut jatuh saat mau mulai berjalan sendiri. Pukul 11.30 WIB mengorientasi ruangan pada keluarga dan pasien, pasien dan keluarga sudah dijelaskan tentang jangkauan dalam ruangan kamar. Pukul 11.50 WIB memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, roda tempat tidur dan kursi roda sudah dalam keadaan terkunci. Pukul 13.00 WIB

memasang handrall tempat tidur. Pukul 13.10 WIB menggunakan alat bantu berjalan, selama di rumah sakit pasien menggunakan alat bantu berjalan kruk kaki 4 dan kursi roda. Pukul 13.30 WIB menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, pasien sudah menggunakan alas kaki yang tidak licin. Pukul 13.40 WIB menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, pasien mengatakan bisa untuk menjaga keseimbangan tubuh.

Evaluasi

Tanggal 22 maret 2023

Data subjektif : -

Data objektif : pasien berusia 64 tahun dan memiliki riwayat stroke 3 tahun lalu, pasien belum mampu berpindah dari tempat tidur ke kursi roda sendiri, pasien sudah kuat untuk berdiri sendiri tetapi masih takut jatuh untuk mulai berjalan.

Analisa : resiko jatuh belum teratasi

Perencanaan : Intervensi dilanjutkan

- Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya
- Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
- Pasang handrall tempat tidur
- Gunakan alat bantu berjalan misalnya kursu roda dan walker
- Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
- Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh

BAB IV PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan yang mungkin terjadi dengan membandingkan teori dengan kasus. Selain itu penulis juga akan membahas faktor pendukung dan penghambat yang penulis temukan pada saat memberikan asuhan keperawatan pada pasien Ny. P serta alternatif pemecahan masalah yang penulis berikan selama asuhan keperawatan pada tiap tahap keperawatan.

A. Pengkajian

Data yang dikumpulkan melalui pengkajian yaitu data primer dan data sekunder. Data primer meliputi pengkajian fisik, observasi pasien dan wawancara langsung dengan pasien maupun keluarga pasien, sedangkan data sekunder di dapatkan dari catatan rekam medis dan dari tim kesehatan medis lainnya.

Menurut Pranata & Khasanah (2017) tanda gejala yang dialami oleh penderita diabetes melitus adalah poliuria (banyak buang air kecil), polidipsi (banyak minum), polifagi (banyak makan), dan penurunan berat badan. Pada kasus ditemukan poliuri (banyak buang air kecil) karena saat dilakukan pengkajian, jumlah urine dalam bag urine lebih banyak dari pada minum yang diminum oleh pasien, tidak ditemukan polidipsi (banyak minum) karena saat dilakukan pengkajian keluarga pasien mengatakan pasien hanya minum sedikit setengah mug atau cangkir sekitar 150 ml, tidak ditemukan polifagi (banyak makan) karena saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan nafsu

makan menurun. Penurunan berat badan, karena saat dilakukan pengkajian nafsu makan menurun tetapi tetap mau makan dan tidak mengalami penurunan berat badan. Perilaku penderita Diabetes Melitus cenderung menurun hal ini di dukung oleh Teori *precede-proceed* yang menyebutkan kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 2 faktor pokok yaitu faktor perilaku dan lingkungan perilaku manusia pada penderita diabetes melitus sangat dipengaruhi oleh persepsi penderita terhadap faktor resikonya. Perilaku dan gaya hidup adalah faktor yang muncul karena adanya aksi dan reaksi seseorang dengan lingkungan. Faktor perilaku ini muncul karena adanya rangsangan dan pola hidup yang merupakan pola kebiasaan yang muncul akibat trend yang berlaku dalam kelompoknya. Sehingga rangsangan menimbulkan faktor dan perilaku yang ditentukan oleh 3 faktor yaitu *predisposing factor, enabling factor dan reinforcing factor* (Gunawan & Dewi, 2018). Dibuktikan pada pasien yang memiliki riwayat stroke 3 tahun lalu yang membuat mobilisasinya berkurang dalam pergerakan dan pasien juga memiliki perilaku yang malas dalam mengkonsumsi air putih itu mengapa pada pasien tidak terjadi banyak minum air.

Menurut Erdana Putra (2020) Diabetes melitus juga dapat merusak pembuluh darah dan saraf terutama pada bagian kaki. Hal ini terjadi karena saraf mengalami kerusakan akibat tingginya gula darah, maupun karena penurunan aliran darah menuju saraf. Rusaknya saraf dapat menyebabkan gangguan sensorik yang gejalanya dapat berupa kesemutan, nyeri atau bahkan mati rasa (stroke). Sedangkan pada pasien ditemukan komplikasi makrovaskuler (stroke) karena saat dilakukan pengkajian pasien memiliki

riwayat stroke 3 tahun lalu stroke terjadi di ekstremitas kiri atas dan bawah pasien, selain itu pasien melakukan pergerakan juga dibantu oleh keluarga dengan menggunakan kruk kaki empat/walker atau kursi roda.

Menurut Hardianto (2020) Komplikasi yang terjadi pada pasien diabetes melitus adalah penyakit kardiovaskuler, penyakit ginjal, peradangan, obesitas dan komplikasi akut berupa gangguan metabolik jangka panjang seperti makrovaskuler (penyakit arteri koroner, penyakit pembuluh darah perifer dan stroke), mikrovaskuler (nefropati, retinopati dan neuropati) dan kombinasi mikrovaskuler dan makrovaskuler (diabetes kaki). Makrovaskuler timbul akibat aterosklerosis dan pembuluh-pembuluh darah besar, khususnya pada arteri akibat timbunan plak ateroma. secara epidemiologi bahwa hiperinsulinemia adalah suatu faktor resiko mortalitas kardiovaskuler, dimana tingginya kadar insulin menyebabkan resiko kardiovaskuler semakin tinggi pula. Hiperinsulinemia dikenal sebagai faktor aterogenik dan di duga berperan penting dalam timbulnya komplikasi makrovaskuler.

Hal ini di dukung oleh saat ini pasien masih mengkonsumsi obat folic acip 1 mg dan miniaspi 80 mg. Menurut Mardiana (2017) folic acip atau asam folat merupakan zat gizi yang mempunyai peran penting dalam menjaga kesehatan saraf manusia. Asam folat bertugas melindungi pembuluh darah arteri dari kerusakan akibat pengaruh homosistein. Selain itu pasien juga mengkonsumsi obat miniaspi 80 mg. Antiplatelet golongan obat ini sering digunakan pada pasien stroke untuk pencegahan stroke berulang dengan mencegah terjadinya agregasi platelet (Jauch EC et al., 2013).

Menurut Putra & Berawi (2015) Penatalaksanaan Diabetes Melitus terdiri dari empat pilar yaitu edukasi, terapi nutrisi, aktifitas fisik, dan farmakologis. Penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori pada kasus yang dimana penatalaksanaan yang tidak ada pada teori namun terjadi pada kasus yaitu pemberian cairan infus Otsu-salin3 500ml/24 jam karena pasien tidak banyak minum dan dibantu dengan cairan infus untuk mengatur jumlah air dalam tubuh, infus dextrose 10% 500 ml karena pada saat pertama kali masuk gula darah pasien rendah, omeprazole 2x1 mg drip IV karena pasien mengalami mual, ondansentron 3x4 mg drip IV diberikan karena pasien mengalami mual.

Menurut Perkeni (2011) pada pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien Diabetes Melitus adalah tes HbA1C, gula darah puasa, gula darah sewaktu, tes toleransi glukosa oral. Sedangkan pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada pasien hanya gula darah sewaktu dan pemeriksaan laboratorium, pasien tidak dilakukan pemeriksaan lain seperti pemeriksaan glukosa urine hal ini dikarenakan pemeriksaan penunjang yang dilakukan sudah cukup untuk mendiagnosa Diabetes Melitus.

B. Diagnosa

Pada diagnosa keperawatan Diabetes Melitus yang tidak ditemukan pada kasus tetapi ada pada teori yaitu gangguan integritas kulit tidak diangkat karena pasien tidak mengalami pruritus atau gatal pada kulit dan tidak ada luka diabetik, resiko infeksi tidak diangkat karena pasien tidak mengalami luka gangren, selanjutnya ansietas diagnosa ini tidak diangkat karena pasien

dan keluarga tidak cemas karena sudah diberikan edukasi dan mengerti bagaimana cara mengatasi atau mencegah agar gula darah tetap normal.

Kemudian diagnosa yang ada pada pasien tapi tidak ada pada teori yaitu diagnosa resiko hipovolemia diagnosa ini diangkat karena pasien mengatakan mual dan lemas, keluarga mengatakan pasien hanya minum sedikit setengah muk atau contang sekitar 150 ml. Hal ini dibuktikan dengan tekanan darah 91/51 mmHg, membran mukosa kering, tugor kulit menurun, pasien pucat, balance cairan pada tanggal 20 maret 2023 -320, dan hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 20 maret 2023 dengan hasil natrium rendah 128 mEqL (135 – 147 mEqL).

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), faktor penyebab terjadinya gangguan mobilitas fisik seperti penurunan kendali otot, penurunan masa otot, penurunan kekuatan otot, kekauan sendi, kontraktur, gangguan muskuloskeletal, ganggaun neuromaskular dan keengganan melakukan pergerakan. Diagnosa gangguan mobilitas fisik ini diangkat karena pasien mengalami kesulitan dalam pergerakan. Hal ini dibuktikan dengan, keluarga mengatakan semua aktivitas dibantu hal ini dibuktikan fisik pasien tampak lemah, pasien memiliki riwayat stroke 3 tahun lalu dengan kekuatan otot ekstremitas kanan atas bawah 4444, ekstremitas kiri atas 3333, ekstremitas kiri bawah 2222.

Menurut (Barbara, Glenora, Audrey & Shirlee J, 2011) Defisit nutrisi adalah ketidaktersediaan asupan zat gizi dalam memenuhi kebutuhan energi sehari-hari karena asupan makanan yang dimakan tidak memadai atau bahkan gangguan pencernaan, mual dan penyerapan makanan. Defisit Nutrisi yaitu

keadaan yang dialami seseorang dalam keadaan normal atau penurunan berat badan akibat ketidakcukupan asupan nutrisi untuk kebutuhan metabolisme tubuh (A. Aziz Alimul Hidayat, 2019). Hal ini di dukung pasien mengatakan mual dan dibuktikan oleh BB 57 kg, TB 149 cm dan IMT 24,7.

Menurut *American Diabetes Assosiation* (2020) mayoritas penderita Diabetes Melitus berusia 45 – 64 tahun. Pernyataan tersebut dikaitkan dengan berbagai macam degeneratif termasuk penyakit diabetes melitus. Dengan bertambahnya usia selain menempatkan seseorang sangat mudah mengalami diabetes melitus yang juga mengalami penurunan kemampuan sistem muskuloskeletal yang menyebabkan keseimbangan tubuh menjadi menurun dan beresiko tinggi untuk jatuh sehingga mengalami cedera. Itu sebabnya mengapa diagnosa resiko jatuh ini diangkat karena usia pasien yang sudah 64 tahun dengan riwayat stroke 3 tahun lalu, saat berjalan ke kamar mandi menggunakan kruk 4 kaki/walker atau kursi roda. Sedangkan terdapat 2 (dua) diagnosa yang sama dengan teori yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah dan defisit pengetahuan.

Faktor pendukung dalam menegakan diagnosa yaitu perawat ruangan yang banyak membantu dan memberikan informasi saat penulis menanyakan berbagai hal yang masih kurang jelas, diikuti dengan buku SDKI, SLKI, SIKI yang sangat membantu dalam menegakan diagnosa dan mencari jurnal yang bisa diakses melalui internet untuk melakukan asuhan keperawatan.

Faktor penghambat yang terjadi saat melakukan asuhan keperawatan yaitu pada saat ingin melakukan pengkajian, pasien sedang tertidur atau keluarga

yang menunggu pasien berbeda-beda, jadi jadwal pasien tidur dan keluarga datang bergantian menjaga pasien berbeda dengan jadwal shift dinas penulis.

C. Perencanaan

Tahapan ketiga yaitu perencanaan yang disusun berdasarkan prioritas masalah, pada kasus ini, penulis menentukan batas waktu mencapai tujuan yakni 3x24 jam untuk setiap masalah sesuai kemampuan dan kondisi yang dapat dicapai pasien. Perencanaan keperawatan terdiri dari tujuan, kriteria hasil dan intervensi keperawatan.

Pada perencanaan yang ada pada teori namun tidak direncanakan pada pasien yaitu diagnosa gangguan integritas kulit pantau warna dan suhu kulit tidak dilakukan karena pasien tidak mengalami luka dan tidak ada kenaikan suhu. Resiko infeksi monitor tanda dan gejala infeksi lokal atau iskemik tidak dilakukan karena pasien tidak mengalami infeksi baik lokal maupun iskemik.

Menurut Jauhari (2016) terdapat hubungan yang erat antara dukungan sosial dan tingkat kecemasan. Dukungan sosial ini melibatkan situasi emosi dan pemikiran yang positif pada seseorang yang mempunyai masalah, salah satu bentuk dukungan sosial yaitu pendidikan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga terkait penyakit diabetes melitus tipe 2 dapat menurunkan ansietas. Penderita diabetes melitus tipe 2 yang berada dilingkungan sekitar keluarganya yang memberikan dukungan emosi, penghargaan akan kondisi yang makin stabil, dukungan materi, akan memberikan rasa nyaman kepada penderita diabetes melitus (Mahmuda, 2016). Sedangkan pada pasien yang memiliki diagnosa Ansietas tidak dilakukan karena pasien sudah

berpengalaman dan yang sudah diberikan dukungan emosi, materi dan rasa nyaman dari keluarga maupun pendidik kesehatan maka sudah tidak mengalami kecemasan dibuktikan dengan pasien dan keluarga mengerti dan tau bagaimana cara mengatasi atau mencegah agar gula darah tetap normal.

Faktor pendukung terlaksananya perencanaan keperawatan adalah pasien dan keluarga sangat kooperatif untuk merencanakan pendidikan kesehatan mengenai diabetes melitus. Faktor penghambat yang ditemukan oleh penulis dalam menulis yaitu pada saat ingin dilakukan rencana untuk melakukan pendidikan kesehatan tetapi pasien sedang tertidur dan keluarga pasien yang sering bergantian dalam menjaga pasien jadi ketika akan melakukan jadwal perencanaan untuk melakukan kegiatan pendidikan kesehatan mengalami kendala karena penulis ingin memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga yang memang tinggal satu rumah dengan pasien, sehingga nantinya saat sudah berada di rumah pendidikan kesehatan yang sudah diberikan penulis dapat di implementasikan kembali di rumah.

D. Pelaksanaan

Pada saat melakukan pelaksanaan keperawatan penulis sudah selesai melakukan tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan yang sudah direncanakan di awal dan semua tindakan keperawatan sudah di dokumentasikan dalam catatan keperawatan. Secara keseluruhan semua asuhan keperawatan dapat dilakukan karena pasien dan keluarga sangat kooperatif dan bekerjasama yang baik dengan perawat ruangan.

Diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan metabolik, semua rencana tindakan keperawatan telah dilakukan kepada pasien. Diagnosa resiko hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan, semua rencana tindakan keperawatan telah dilakukan kepada pasien. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparase, semua rencana tindakan telah dilakukan kepada pasien. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keluarga kurang terpapar informasi, semua rencana tindakan keperawatan telah dilakukan kepada pasien. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme, semua rencana tindakan keperawatan telah dilakukan kepada pasien. Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, semua rencana tindakan keperawatan telah dilakukan kepada pasien.

Faktor pendukung yang penulis temukan yaitu pasien dan keluarga sangat kooperatif saat penulis melakukan asuhan keperawatan, perawat ruangan juga sangat membantu saat penulis menanyakan hal yang kurang jelas atau kurang paham dengan kondisi pasien. Kemudian sarana yang ada juga sudah sangat memadai dan lengkap sehingga dapat mempermudah penulis dalam melakukan asuhan keperawatan di dalam ruangan. Faktor penghambat yang penulis temukan pada saat ingin melakukan implementasi pendidikan kesehatan, keluarga pasien tidak datang tepat waktu sesuai jadwal yang sudah di rencanakan, sehingga pemberian pendidikan tidak sesuai dengan jam yang sudah di tentukan.

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan untuk menilai asuhan keperawatan yang diberikan pada Ny. P dengan Diabetes Melitus selama tiga hari yaitu mulai dari tanggal 20 maret 2023 sampai dengan 22 maret 2023. Dari enam diagnosa keperawatan ada dua diagnosa keperawatan yang belum teratasi.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparase belum teratasi. Hal ini dibuktikan dengan keluarga dan pasien mengatakan mengerti apa tujuan dilakukan mobilisasi, pasien mengatakan tidak merasakan sakit atau nyeri, pasien melakukan pergerakan angkat dan turun tangan bisa tanpa dibantu oleh perawat, keluarga tampak mau terlibat dalam membantu pergerakan ibunya.

Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan kekuatan otot hal ini dibuktikan dengan pasien berusia 64 tahun dan memiliki riwayat stroke 3 tahun lalu, pasien belum mampu berpindah dari tempat tidur ke kursi roda sendiri, pasien sudah kuat untuk berdiri sendiri tetapi masih takut jatuh untuk mulai berjalan.

Empat diagnosa keperawatan tujuan sudah tercapai yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan metabolik tujuan tercapai hal ini dibuktikan dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak lemas dan lemah, pasien mengatakan nafsu makannya membaik, pasien mendapatkan KGDH (kurve gula darah sewaktu), dihari senin, rabu dan jumat, tanggal 22 maret 2023 GDS/6jam, pukul 01.00 am 124 mg/dL. Pukul 06.10 WIB

memonitor kadar gula darah 103 mg/dL, mulut kering pasien menurun, pasien sudah tidak lemas.

Resiko Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan tujuan tercapai. Hal ini dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah tidak mual dan muntah, pasien mengatakan buang air kecil stabil, pasien mengatakan sudah tidak lemas, pasien tampak tidak lemas, mukosa bibir membaik, turgor kulit membaik, kulit pucat menurun, TD 125/72 mmHg, balance cairan 330.

Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi tujuan tercapai. Hal ini dibuktikan dengan hasil keluarga mengatakan mampu memahami apa yang sudah dijelaskan perawat tentang apa itu diabetes melitus, keluarga mampu menjelaskan kembali apa itu diabetes setelah dijadwalkan rutin untuk pendidikan kesehatan diabetes melitus, keluarga aktif bertanya lebih jauh dan mampu mengulang kembali apa yang ditanyakan perawat.

Resiko defisit nutrisi ditandai dengan peningkatan kebutuhan metabolisme tujuan teratasi. Hal ini dibuktikan dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak mual muntah, pasien makan habis 1 porsi, membran mukosa membaik, turgor kulit membaik, IMT 24,7.

Menurut penulis progres yang ditunjukkan pasien sudah membaik dengan dibuktikan pasien sudah mampu beraktifitas dalam melakukan pergerakan baik dibantu oleh perawat ataupun keluarga, dan kebiasaan pola makan yang mulai membaik dengan adanya nafsu makan yang sudah meningkat dibanding sebelumnya. Pasien juga mendapatkan pengobatan di rumah sakit dan kepatuhan minum obat yang sudah dijadwalkan, pasien juga

mendapatkan dukungan yang besar dari keluarga baik suami maupun anak-anaknya dibuktikan dengan setiap harinya banyak yang bergantian menjenguk untuk melihat kondisi pasien dan memberikan dukungan agar pasien cepat sembuh dan memberikan motivasi agar pasien mempunyai semangat untuk segera membaik.

Diabetes Melitus tidak dapat di sembuhkan tetapi dapat menunjukan progresifitas yang baik dengan manajemen diri yang meliputi perubahan gaya hidup seperti beraktivitas fisik secara teratur, mengembangkan kebiasaan pola makan yang sehat setiap hari, menjaga berat badan dalam batas normal, kepatuhan terhadap pengobatan, berhenti merokok dan berhenti dalam mengkonsumsi alkohol. Ada banyak cara untuk mengelola neuropati diabetik termasuk dengan obat-obatan dalam bentuk tablet maupun injeksi insulin. Memodifikasi waktu dan pola makan, beraktivitas seperti jalan kaki, olahraga dan mengikuti terapi alternatif. Melakukan olahraga merupakan salah satu cara pengobatan yang paling mudah dan menghemat biaya tetapi memberikan lebih banyak keuntungan bagi pasien sekaligus memberikan manajemen untuk pasien Diabetes Melitus. Terutama pada pasien yang menderita neuropati diabetik melakukan latihan akan membantu pasien untuk meningkatkan vaskularisasi. Pada tatalaksana Diabetes Melitus adalah dengan edukasi ke penderita untuk menjaga kadar gula darah, bagaimana cara diet yang baik, dan agar penderita Diabetes Melitus ini rutin selalu minum obat Diabetes Melitus (Thakur A et al., 2022).

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini penulis menguraikan kesimpulan dan saran berdasarkan hasil pembahasan BAB IV, setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien Ny. P dengan Diabetes Melitus Tipe 2 di ruang Nila 1302 RSUD Koja Jakarta Utara, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan sebagai berikut.

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian Diabetes Melitus pada Ny. P penulis menemukan beberapa kesenjangan. Kesenjangan tanda dan gejala karena pada kasus poliuri sering BAK, tetapi tidak polidipsi (banyak minum air), nafsu makan menurun. Pemeriksaan penunjang ditemukan kesenjangan tidak ada hasil pemeriksaan urine, pasien hanya melakukan pemeriksaan laboratorium dan gula darah sewaktu karena pemeriksaan ini sudah cukup mendiagnosa Diabetes Melitus. Pada pasien Ny. P sudah terjadi komplikasi yaitu neuropati diabetik.

Menurut teori ada 6 diagnosa yang sering terjadi pada pasien Diabetes Melitus yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah, defisit nutrisi, gangguan integritas kulit, resiko infeksi, defisit pengetahuan dan ansietas, namun yang ditemukan pada pasien yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan mobilitas fisik, resiko hipovolemia, defisit pengetahuan, resiko defisit nutrisi, resiko jatuh. Ada beberapa intervensi yang tidak penulis susun sesuai dengan teori yaitu diagnosa defisit nutrisi, gangguan integritas kulit, resiko infeksi dan ansietas.

Perencanaan keperawatan terdiri dari tujuan, kriteria hasil dan intervensi keperawatan, perencanaan yang disusun berdasarkan prioritas masalah. Pada perencanaan yang ada pada teori namun tidak direncanakan pada pasien yaitu diagnosa gangguan integritas kulit pantau warna dan suhu kulit tidak dilakukan karena pasien tidak mengalami luka dan tidak ada kenaikan suhu. Resiko infeksi monitor tanda dan gejala infeksi lokal atau iskemik tidak dilakukan karena pasien tidak mengalami infeksi baik lokal maupun iskemik.

Berdasarkan kasus semua pelaksanaan sudah dilakukan, hal ini disebabkan karena pasien dan keluarga pasien sangat kooperatif, perawat ruangan juga sangat membantu dan memberikan informasi saat penulis menanyakan berbagai hal yang kurang jelas atau kurang paham, sarana yang ada juga sudah sangat memadai dan lengkap sehingga dapat mempermudah penulis dalam melakukan asuhan keperawatan di dalam ruangan.

Secara keseluruhan hasil evaluasi dari enam diagnosa keperawatan ada dua diagnosa keperawatan yang belum tercapai yaitu gangguan mobilitas fisik dan resiko jatuh. Empat diagnosa keperawatan yang tujuannya sudah tercapai yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah, resiko hipovolemia, defisit pengetahuan, resiko defisit nutrisi.

B. Saran

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus tipe 2 selama 3 hari, banyak sekali pengalaman nyata yang penulis dapatkan, sehingga guna meningkatkan mutu kualitas asuhan keperawatan dan kemudahan pelaksanaan tindakan keperawatan, penulis akan mencoba memberikan saran yang mungkin dapat berguna bagi semua pihak, yakni :

1. Bagi penulis

Penulis di harapkan terus belajar dalam mengembangkan dan memperdalam ilmu keperawatan dibidang kesehatan terutama mengenai Diabetes Melitus dan sebagai edukator dan konselor memberikan informasi kepada pasien dan keluarga untuk selalu mengontrol kesehatannya secara teratur demi meningkatkan kesehatan.

2. Untuk Perawat Ruangan

Penulis mempunyai hambatan selama berdinis yaitu saat melihat dan membaca rekam medis tulisan perawat ruangan sulit untuk dipahami dan kurang bisa untuk dibaca karena tulisan perawat seperti terburu-buru atau bahkan kadang terlalu kecil sehingga penulis susah untuk membacanya. Saran untuk perawat ruangan yaitu agar dalam penulisan di data rekam medis pasien bisa lebih baik lagi, agar mahasiswa yang sedang berdinis dan yang ingin melihat data rekam medis pasien dapat membaca jelas dan memahami isi dari rekam medis tersebut.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan terkait, diharapkan hasil karya tulis ilmiah ini dapat menjadi bahan materi atau acuan pembelajaran untuk mahasiswa agar dapat melaksanakan acuan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus.

DAFTAR PUSTAKA

- Annisa Fadya Azzahrah. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.A Dengan Diabetes Melitus Tipe II Di Ruang Gindra Kamar 1406 RSUD Koja Jakarta Utara. Published online 2022.
- Ardha PW, Khairun BN. Empat Pilar Penatalaksanaan Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2. *Majority*. 2015;4(9):8-12.
- Barbara, K., Glenora, E., Audrey, B., & Shirlee J S. Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, & Praktik Volume 2. D Widiarti. 2011;2.
- Hardianto D. Telaah Komprehensif Diabetes Melitus: Klasifikasi, Gejala, Diagnosis, Pencegahan, Dan Pengobatan. *J Bioteknol Biosains Indones*. 2021;7(2):304-317. doi:10.29122/jbbi.v7i2.4209
- Hidayat AAA. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia : Aplikasi Konsep dan Proses Kepewatawan Jilid 2. In: Salemba Medika Jakarta. ; 2019.
- Jauhari. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Ansietas pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II. 2016;(2011):11-28.
- Kementerian Kesehatan RI. Infodatin tetap produktif, cegah, dan atasi Diabetes Melitus 2020. Pus Data dan Inf Kementerian Kesehat RI. Published online 2020:1-10.
- Lestari NR, Ketut N, Sulendri S. Karakteristik Dan Tingkat Konsumsi Vitamin B6, B12 , Dan Asam Folat Pada Pasien Stroke. 2019;4(September):106-113.
- Permana H, Hospital HS. Komplikasi kronik dan penyakit penyerta pada diabetesi. Published online 2000.
- Prabowo NA, Ardyanto TD, Myrtha R, et al. Peningkatan Pengetahuan dan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus di Rumah Sakit UNS. *Smart Soc Empower J*. 2022;2(3):66. doi:10.20961/ssej.v2i3.63868

Prabumulih DIR. Politeknik kesehatan kemenkes Palembang program studi diploma iii keperawatan jurusan keperawatan 2018. Published online 2018.

Putra E. Kerusakan safar (neuropati diabetic). Published online 2020:23-52.

Rahmadanita FF. Kajian Pustaka Efek Samping Aspirin : Aspirin-Exacerbated Respiratory Disease A Literature Review of Adverse Effects of Aspirin : Aspirin-Exacerbated Respiratory Disease (AERD). 2020;5(1):1-5.

Repository SI. Terapi Penatalaksanaan Farmakologi Stroke Iskemik Akut Terapi. 2004;12(1):6-8.

Risky Mutia S.Kep. Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dan Aplikasi Relaksasi Otot Progresif Untuk Menurunkan Kadar Gula Darah Di Ruang Interne Pria RSUP DR. M. Djamil Padang. 2016;147(March):11-40.

Sasmiyanto. Faktor Predisposisi Perilaku Kesehatan Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. 2020;3:466-476.

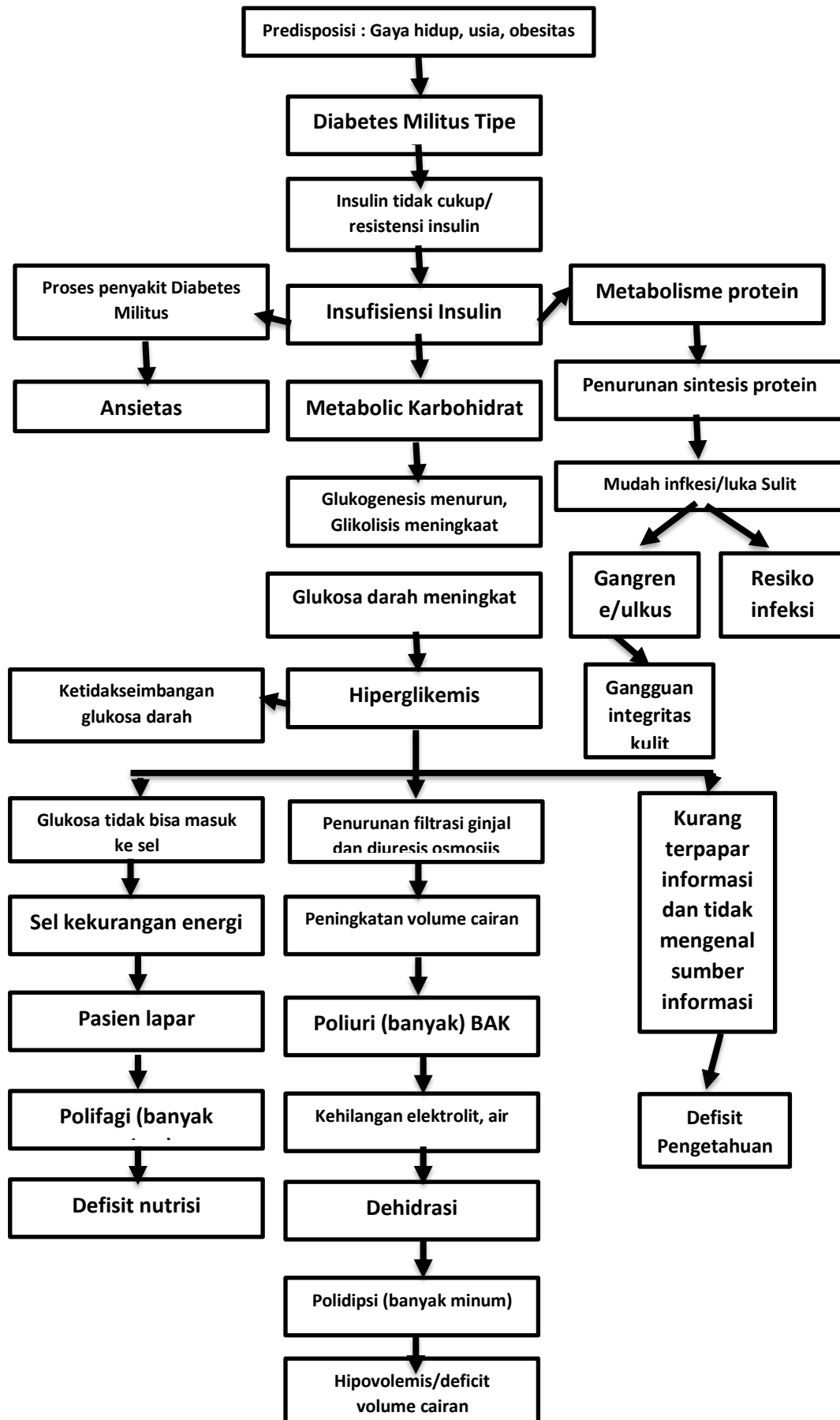
Tasya Restu Amalia. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.S Dengan Diabetes Melitus (DM) Di Ruang Penyakit Dalam Kamar 1304 Lantai 13 RSUD Koja Jakarta Utara.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat. Published online 2017.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat. 2018.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat. 2019

Pathway



ANALISA OBAT

A. Infus Otsu-Salin3 500 ml

Otsu salin 3 yaitu untuk mengatasi atau mencegah kehilangan sodium yang disebabkan oleh dehidrasi, keringan berlebih atau penyebab lainnya.

1. Indikasi : Hiponatremia simtomatis akut, keadaan dimana terjadi pengurangan garam tanpa pengurangan air, sehingga memerlukan penambahan elektrolit secara cepat tanpa memperbesar sirkulasi diluar kapasitas cadangan miocardial.
2. Kontraindikasi : natrium klorida harus diberikan secara infus dengan sangat hati-hati, terutama pada penderita gagal jantung kongesif, sirkulatori insufisiensi, gagal ginjal atau hipoproteinnemia.
3. Efek samping : gejala-gejala intoleransi post operatif, termasuk dehidrasi selular, asthemia, disorientasi, anoreksia, nausea, oliguria, dan kenaikan kadar nitrogen urea dalam darah.
4. Dosis : takaran pemakaian dapat di perhitungkan dengan penentuan defisit garam dalam cairan ekstraseluler total dari kadar natrium dan serum.

B. Infus Dextrose 10% 500 ml

Dextrose 10% adalah cairan infus untuk mengatasi hipoglikemia atau kondisi kadar gula darah yang terlalu rendah. Dextrose merupakan sumber energi yang dibutuhkan oleh sel tubuh untuk bisa menjalankan fungsinya dengan baik.

1. Indikasi : untuk mengatasi hipoglikemia
2. Kontraindikasi : larutan intravena yang mengandung dextrose 10% harus digunakan dengan hati-hati pada pasien dengan penderita hiperglikemi atau diabetes melitus subklinis atau terbuka. Pasien mungkin memerlukan insulin atau tindakan lain untuk mempertahankan konsentrasi glukosa yang diinginkan.
3. Efek samping : ketidakseimbangan kadar elektrolit yang ditandai dengan gejala seperti lemas, mulut kering. Gangguan pengelihan, sulit bernafas, hipoglikemi.
4. Dosis : pemberian secara injeksi intravena pada dewasa 20 hingga 50 ml larutan 50% IV untuk mengembalikan konsentrasi glukosa dalam darah. Dalam kasus yang parah, dosis berulang perlu diberikan. Infus IV terus menerus berikutnya dari injeksi dextrose 10% diperlukan untuk menstabilkan konsentrasi glukosa pada beberapa individu.

C. Omeprazole

Omeprazole adalah obat untuk menurunkan asam lambung dengan cara menghambat pompa proton yang berperan besar dalam produksi asam lambung. Obat ini dapat mengurangi gejala iritasi dinding lambung seperti sakit ulu hati, mual dan kembung.

1. Indikasi : Obat untuk mennagani asam lambung. Obat ini biasanya untuk menangani pasien dengan tukak lambung, GERD
2. Kontraindikasi : sebaiknya omeprazole tidak diberikan kepada pasien yang pernah mengalami alergi terhadap kandungan obat ini.

3. Efek samping : sakit kepala, perut kembung, mual dan muntah, diare, gejala flu seperti demam dan sakit tenggorokan. Efek samping yang bersifat serius adalah peningkatan resiko terkena pnemonia, hipomagnesemia.
4. Dosis : omeprazole dikombinasikan dengan antibiotik clarithromycin, amoxicillin, atau metronidazole. Dewasa 20 mg, 2 kali selama 7 hari.

D. Ondansentron

Ondansentron adalah golongan obat antiemetik yang bekerja dengan cara memblokir zat serotonin di dalam tubuh untuk mencegah rasa mual dan muntah.

1. Indikasi : penatalaksanaannya untuk mual dan muntah karena kemoterapi dan radioterapi, mual dan muntah pasca operasi.
2. Kontraindikasi : Hipersensivitas, penggunaan bersamaan dengan apormorphine. Penggunaan ondansentron pada pasien dengan gangguan fungsi hati berat harus dihindari. Hati-hati penggunaan pada ibu hamil karena dapat memberikan efek samping berupa konstipasi, pusing dan ruam.
3. Efek samping : obat ini dapat menimbulkan efek samping yang berbeda-beda pada tiap orang yang mengkonsumsi. Beberapa efek samping yang paling umum terjadi antara lain, sakit kepala, sembelit, lelah dan lemah, meriang, pusing.

4. Dosis : ondansentron injeksi mual dan muntah pasca operasi dewasa, dosis 4 mg melalui injeksi intravena lambat atau injeksi intramuskular diberikan sebagai dosis tunggal saat induksi anestesi.

E. Folic acip

Folic acip atau asam folat adalah jenis vitamin B yang membantu tubuh memproduksi dan mempertahankan sel-sel baru. Asam folat juga dapat mencegah perubahan DNA yang bisa menyebabkan kanker.

1. Indikasi : anemia megaloblastik yang disebabkan oleh defisiensi folic acid
2. Kontraindikasi : reaksi hipersensivitas terhadap asam folat beserta formulasinya. Asam folat juga di kontraindikasikan pada pasien yang telah menunjukkan intoleransi sebelumnya terhadap obat.
3. Efek samping : beberapa efek samping dari obat ini yaitu demam, ruam kulit, nafas pendek, gatal-gatal dan pusing, gangguan sistem saraf seperti malaise.
4. Dosis : folic acid untuk setiap orang berbeda-beda. Dosis oral dewasa 5 mg diminum setiap hari selama 4 bulan, dosis dilanjutkan menjadi 15 mg setiap hari pada keadaan malabsorsi. Dosis pemeliharaan bisa diberikan sebanyak 5 mg setiap 1 minggu.

F. Miniaspi

Miniaspi adalah obat bermerek yang mengandung Acetylsalicylic Acid (asam asetil salisilat) sebagai antitrombotik. Aspirin merupakan golongan

anti inflamasi non steroid yang memiliki efek analgesik, antipiretik, dan anti inflamasi.

1. Indikasi : nyeri (ringan – sedang), antiplatelet, pada terapi kardiovaskuler dan stroke, rheumatoid arthritis, osteoarthritis dan gout.
2. Kontraindikasi : tidak semua orang bisa menggunakan obat ini, miniaspi merupakan kontraindikasi bagi beberapa keadaan contohnya, penderita yang memiliki tukak lambung, atau penyakit maag, penderita yang sedang mendapatkan obat dengan terapi menggunakan antikoagulan (obat pengencer darah)
3. Efek samping : efek samping aspirin bergantung dari dosis, penggunaan obat lain yang mempengaruhi hemostasis dan faktor dari individu. Salah satu efek dari penggunaan aspirin yaitu gangguan pada saluran pencernaan. Efek samping lainnya yaitu meningkatkan agregasi platelet serta gangguan pada sistem pernafasan.
4. Dosis : dosis dewasa miniaspi yang dianjurkan yaitu 2 tablet 80 mg sampai dengan 4 tablet 80 mg yang diberikan 1x sehari dalam tempo 2x24 jam pasca stroke.

A. SUMBER

1. Pharmaceutical Jurnal Of Indonesia, *Fakultas Farmasi, Universitas Airlangga, Surabaya, Indonesia, 2020*
2. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
3. Jurnal Gizi, *Poltekkes Kemenkes Mataram, Indonesia, 2019*

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN (SAP)

Pokok Bahasan	: Pemberian Obat Intravena
Sub Pokok Bahasan	: Injeksi Intravena
Sasaran	: Ny. P
Hari/Tanggal	: Selasa, 21 maret 2023
Tempat	: R. Penyakit dalam kamar 1302 RSUD Koja
Waktu	: 10 menit
Mahasiswa	: Nur Aini

Lampiran

Injeksi Intravena (IV)

1. Pengertian

Injeksi intravena yaitu memasukan cairan obat langsung kedalam pembuluh darah vena sehingga berlangsung masuk ke dalam sistem sirkulasi darah.

2. Tujuan

- a. Memasukan obat secara cepat
- b. Mempercepat penyerapan obat

3. Tahap SOP

- a. Fase pre interaksi
 - 1) Mengecek obat yang di dapat

Lampiran 3 sap injeksi

- pasien mendapatkan obat omeprazole 2x1 ampul dan ondansentron 4mg/8 jam
 - 2) Mempersiapkan alat
 - S spuit sesuai dengan kebutuhan, untuk obat yang diberikan memakai spuit 5 cc
 - 3) Bengkok
 - 4) Sarung tangan / handscoon
 - 5) Pengalas / perlak
 - 6) Kapas alkohol / alkohol swab
 - 7) Plester
 - 8) Obat omeprazole dan ondansentron yang sudah di oplos menggunakan aquabidest
- b. Fase interaksi
- 1) Mengucapkan salam terapeutik
 - 2) Melakukan validasi (menyebutkan nama dan tanggal lahir)
 - 3) Melakukan kontrak waktu
 - 4) Menjelaskan tujuan dan langkah-langkah tindakan
 - 5) Jaga privasi
- c. Fase kerja
- 1) Cuci tangan
 - 2) Gunakan handscoon
 - 3) Pasang perlak

- 4) Dekatkan bengkok dan spuit yang berisi obat
- 5) Bersihkan area infus yang ingin dilakukan pemberian obat
- 6) Bersihkan dengan menggunakan alkohol swab
- 7) Memasukan obat kedalam pembuluh darah vena secara perlahan-lahan

d. Fase terminasi

- 1) Mengevaluasi respon pasien
- 2) Melakukan dokumentasi tindakan dan hasil

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN (SAP)

Pokok Bahasan	: Diabetes Melitus
Sub Pokok Bahasan	: Manajemen Diet Diabetes Melitus
Sasaran	: Ny. P dan Keluarga
Hari/Tanggal	: Selasa, 21 maret 2023
Tempat	: R. Penyakit dalam kamar 1302 RSUD Koja
Waktu	: 30 menit
Penyuluh	: Nur Aini (Mahasiswi STIKes RS Husada)

I. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan selama 1 x 30 menit diharapkan Ny.P dan keluarga dapat memahami tentang diabetes melitus dan manajemen diet pada penderita diabetes, serta Ny.P dan keluarga dapat mengungkapkan keinginan untuk melakukan manajemen diet pada penderita diabetes melitus, dengan demikian Ny.P dan keluarga mampu mendemonstrasikan kembali tentang manajemen diet pada penderita diabetes melitus melalui gaya hidupnya.

II. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan, keluarga diharapkan dapat :

1. Memahami dan menyebutkan pengertian DM dan manajemen diet diabetes melitus dengan benar

2. Memahami dan menyebutkan tujuan manajemen diet diabetes melitus
3. Memahami dan menyebutkan manfaat manajemen diabetes melitus
4. Memahami faktor resiko diabetes melitus
5. Mampu memahami gejala diabetes melitus
6. Menunjukkan sikap positif/ Mengungkapkan keinginan untuk melakukan manajemen diet DM dengan baik
7. Mendemonstrasikan penyusun menu diet diabetes melitus dengan benar.

III. Materi Penyuluhan

1. Pengertian diabetes melitus dan manajemen diet diabetes melitus
2. Tujuan manajemen diet diabetes melitus
3. Manfaat manajaemen diet diabetes melitus
4. Faktor resiko DM
5. Gejala DM
6. Motivasi/ Rasional alasan harus melakukan manajemen diet
7. Demonstrasikan penyusun menu diet untuk penderita diabetes melitus

IV. Metode Penyuluhan

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab/Diskusi
- c. Demonstrasi dan redemonstrasi
- d. Role play

V. Media Penyuluhan

- a. *Leaflet*
- b. Lembar balik
- c. Alat-alat yang diperlukan:
Kursi

VI. Rencana Kegiatan Penyuluhan

No	Kegiatan	Uraian Kegiatan	
		Penyuluh	Audience
1	Pembukaan (5 Menit)	a. Mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri c. Menyampaikan tujuan penyuluhan	a. Menjawab salam b. Mendengarkan dan memperhatikan c. Menjawab pertanyaan
2	Penyampaian Materi (20 menit)	a. Menanyakan pengetahuan sebelumnya mengenai konsep b. Menjelaskan pengertian diet DM c. Menyebutkan tujuan dan pokok materi yang akan disampaikan d. Menyebutkan manfaat manajemen diet diabetes melitus e. Menjelaskan materi DM terkait tanda dan gejala, faktor resiko, dan	a. Menjelaskan pengetahuan sebelumnya mengenai materi b. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi c. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi d. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi e. Menyimak penjelasan

		keteraturan 3j (jumlah, jenis, jadwal) makan perhari. f. Mendemonstrasikan penyusun menu diet diabetes melitus g. Memberikan kesempatan pada peserta untuk bertanya h. Menjawab pertanyaan dari Ny.P dan keluarga	yang diberikan dan berdiskusi f. Menyimak dan meredemonstrasikan penyusun menu makan diet diabetes melitus g. Bertanya terkait manajemen diet diabetes melitus h. Menyimak jawaban dari penjelasan yang diberikan
3	Penutup (5 menit)	a. Mengevaluasi kegiatan b. Meminta klien menjelaskan kembali materi yang telah disampaikan c. Memberikan pertanyaan d. Menyimpulkan materi penyuluhan dan hasil diskusi e. Mengucapkan salam	a. Menyimak penjelasan b. Menjelaskan kembali c. Menjawab pertanyaan d. Menyimak kesimpulan e. Menjawab salam

VII. Evaluasi

1. Evaluasi Struktural

- a. Tersedianya SAP diet DM dan media telah dikonsultasikan kepada pembimbing sebelum pelaksanaan
- b. Klien dan keluarga hadir dan tidak meninggalkan tempat sebelum penyuluhan selesai
- c. Tempat dipersiapkan H-3 sebelum pelaksanaan

2. Evaluasi Proses

- a. Proses pelaksanaan penyuluhan kesehatan sesuai rencana dan berjalan lancar
- b. 90% klien dan keluarga mampu memahami materi yang di sampaikan
- c. Keluarga aktif dalam diskusi dan tanya jawab
- d. Keluarga mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir

3. Evaluasi Hasil

- a. Klien dan keluarga mengetahui tentang diabetes melitus dan manajemen diet
- b. Klien dan keluarga mengetahui pathogenesis DM
- c. Klien dan keluarga mengetahui faktor resiko DM
- d. Klien dan keluarga mengetahui gejala DM
- e. Keluarga menunjukkan antusias/ keinginan untuk melakukan manajemen diet pada DM dengan baik
- f. Keluarga dapat meredemonstrasikan penyusunan menu diet diabetes melitus

4. Pertanyaan evaluasi

- a. Jelaskan pengertian diabetes melitus?

- b. Jelaskan tujuan diabetes manajemen diet diabetes melitus?
- c. Sebutkan manfaat manajemen diet diabetes diabetes melitus

VIII. Sumber

- BI-Monthly Newsletter, 2017. *Diet Diabetes Melitus*. Jakarta: Integra
- Fatimah, Restyana Noor. 2015. Diabetes Melitus Tipe 2 Lampung: J Majority Vol 4 No 5.
- Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI. 2014. Situasi dan Analisis Diabetes. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- ADA (2012). Diagnosis and Classification of Diabetes Melitus. Diabetes Care, 35(1). Care.diabetesjournals.org
- Sunita Almatser. 2013. Buku Panutan Diet. Jakarta
- Munif. 2012. Diet Pada Diabetes Melitus. Yogyakarta
- Ajimaduddin. 2019. Menu Makan Diet Diabetes Melitus. Kemnkes RI
- PT. Sanghiang Perkasa (Kalbe Nutritionals). 2019. Jl. Yos Sudarso Kavling 85 DKI Jakarta. Jakarta Utara Indonesia 14350
- Dinkes. 2015. Tata Diet Diabetes Melitus. Provinsi Riau

LAMPIRAN MATERI PENYULUHAN

MANAJEMEN DIET DIABETES MELITUS

A. Pengertian DM Dan Manajemen Diet DM

Diabetes melitus adalah penyakit kelebihan kadar gula darah dalam tubuh sehingga terjadi peningkatan kadar gula darah atau hiperglikemia akibat kekurangan insulin.

Penyakit diabetes melitus dapat disebabkan oleh faktor lingkungan seperti kegemukan, makan-makanan yang berlebihan, penyakit infeksi, dan sebagainya. Pada penderita diabetes melitus pada gejala awalnya akan sering dijumpai dengan yang disebut 3P, yaitu poluri (banyak kencing), polidipsi (banyak minum), dan polifagi (banyak makan). Penyakit DM secara umum diakibatkan oleh konsumsi makanan yang tidak terkontrol atau sebagai efek samping dari pemakaian obat-obat tertentu. Adapun faktor-faktor yang dapat menyebabkan DM yaitu faktor keturunan, obesitas (kegemukan), mengkonsumsi makanan instan, kelainan hormon, hipertensi (tekanan darah tinggi), angka Triglycerid yang tinggi, merokok, stres, terlalu banyak mengkonsumsi karbohidrat, kerusakan sel pankreas, level kolesterol yang tinggi, kelainan hormon.

Diabetes melitus dikategorikan menjadi dua yaitu DM tipe 1 dan DM tipe 2, DM tipe 1 disebabkan dengan kurangnya produksi insulin sedangkan DM tipe 2 disebabkan ketidakefektifan dalam penggunaan

insulin. Dalam hal ini kita akan membahas terkait diabetes melitus tipe 2 yaitu tidak tergantung insulin “Non-insulin Dependend Diabetes Melitus” (NIDDM). Diabetes melitus tipe 2 ini adalah penyakit progresif dengan komplikasi akut maupun kronik. Diabetes melitus tipe 2 disebabkan oleh kegagalan relatif sel pankreas dan resisten insulin. Resistensi insulin yaitu turunnya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati.

Sedangkan manajemen diet diabetes melitus merupakan pengaturan pola makan bagi penderita diabetes melitus berdasarkan jumlah, jenis, dan jadwal pemberian makanan. Penyakit DM atau yang lebih dikenal masyarakat dengan penyakit gula atau kencing manis merupakan salah satu penyakit yang perlu mendapatkan perawatan dan pengelolaan yang baik agar dapat hidup normal dan sehat.

B. Tujuan Manajemen Diet Diabetes Melitus

1. Mempertahankan kadar glukosa darah supaya mendekati normal dengan menyeimbangkan asupan makanan dengan insulin.
2. Mencapai BB normal
3. Memberi cukup energi untuk mempertahankan atau mencapai berat badan normal
4. Dapat melakukan pekerjaan sehari-hari seperti orang normal

5. Menghindari atau menangani komplikasi akut pada pasien (komplikasi jangka pendek dan jangka panjang) serta masalah yang berhubungan dengan latihan jasmani
6. Meningkatkan kesehatan serta keseluruhan melalui gizi optimal

C. Manfaat Manajemen Diet Diabetes Melitus

1. Untuk menurunkan kadar gula dalam darah.
2. Menurunkan kadar gula dalam air kencing
3. Menstabilkan aktivitas sistem tubuh

D. Faktor Resiko Diabetes Melitus

1. Usia

Terjadinya DM tipe 2 bertambah dengan pertambahan usia (jumlah sel yang produktif berkurang seiring pertambahan usia)

2. Berat badan

Berat badan lebih dari >25 atau kelebihan 20% meningkatkan dua kali resiko terkena DM.

3. Riwayat keluarga

Orang tua atau saudara kandung mengidap DM sekitar 40% diabetes melitus terlahir dari keluarga yang mengidap DM, dan kurang lebih 60%-90% kembar identic merupakan penyandang DM.

4. Gaya hidup

Gaya hidup adalah perilaku seseorang yang ditunjukkan dalam aktivitas sehari-hari. makanan cepat saji (junk food, kurangnya berolahraga dan minum-minuman yang bersoda merupakan faktor pemicu terjadinya diabetes melitus tipe 2.

5. Riwayat diabetes pada kehamilan (gestational)

Seorang ibu yang hamil akan menambah konsumsi makannya, sehingga berat badannya mengalami peningkatan 7-10 kg, saat makanan ibu ditambah konsumsinya tetapi produksi insulin kurang mencukupi maka akan terjadi DM. Memiliki riwayat diabetes gestational pada ibu yang sedang hamil 18 dapat meningkatkan resiko DM, diabetes selama kehamilan atau melahirkan bayi lebih dari 4,5 kg dapat meningkatkan resiko DM tipe 2.

E. Gejala Diabetes Melitus

Gejala DM dibedakan menjadi 2, yaitu diabetes kronis dan diabetes akut.

1. Diabetes kronis

- a. Kesemutan
- b. Kelelahan
- c. Berat badan turun drastis
- d. Pandangan kabur
- e. Luka sulit sembuh

- f. Hasil pemeriksaan darah sewaktu $>200\text{mg/dl}$ darah puasa $>126\text{mg/dl}$

2. Diabetes akut

- a. Polifagia (banyak makan)
- b. Poliuria (banyak buang air kecil)
- c. Polidipsi (banyak minum)

F. Indikasi Dan Kontraindikasi Diet Diabetes Melitus

- Indikasi: Diabetes melitus tipe 2, diet yang digunakan sebagai bagian penatalaksanaan diabetes melitus dikontrol berdasarkan kandungan energi, protein, lemak, dan karbohidrat.
- Kontraindikasi: Diet diabetes melitus tipe 2 harus hal-hal diantaranya dari buah-buahan yang manis yang diawetkan seperti kurma, manisan buah, minuman beralkohol, soft drink, es krim, gula merah, gula batu, madu, makanan/minuman manis seperti kue manis, cake, selai nanas, selai cokelat, dan tape, permen, mayonise, dan dodol

G. Mendemonstrasikan Penyusun Menu Diet Dm

Keteraturan jadwal makan diet diabetes melitus dengan 3J (Jumlah, Jenis, dan Jadwal) di antaranya yaitu:

- Tepat jumlah
Kebutuhan kalori sesuai untuk mencapai berat badan ideal yaitu berat badan sesuai tinggi badan. Jumlah kebutuhan tersebut

ditambah atau dikurangi bergantung pada beberapa faktor yaitu: jenis kelamin, umur, aktivitas, berat badan dan lain-lain. Beberapa takaran menu makan untuk diet diabetes melitus di antaranya:

➤ Takaran karbohidrat

Jumlah makan dari makanan bertepung atau disebut sumber karbohidrat diperbolehkan bagi penderita diabetes melitus perharinya adalah:

- a) Nasi merah lebih di anjurkan, jika tidak ada maka nasi putih porsi: 2 sendok makan
- b) Kentang rebus: 1 buah
- c) Sereal sarapan: 3 sendok makan
- d) Pasta atau mi: 3 sendok makan bertumpuk

➤ Produk susu

Produk susu mengandung kalsium untuk tulang gigi yang kuat tapi bagi penderita DM, asupan produk susu dibatasi dengan porsi:

- a) Keju: 30 gram setara dengan 2 sendok makan
- b) Keju krim rendah lemak: 60 gram setara dengan 4 sendok makan
- c) Yoghurt: 125 gram setara dengan 9 sendok makan

➤ Sumber protein

Terdiri dari daging, ikan, telur, dan kacang-kacangan. Protein baik untuk pengganti otot sehingga penderita DM juga masih membutuhkan asupan protein ini dengan porsi:

- a) Daging tanpa lemak: 60-90 gram setara dengan 4-6 sendok makan
- b) Kacang-kacangan: 4 sendok makan
- c) Tahu atau kedelai: 120 gram setara dengan 8 sendok makan

➤ Buah-buahan

Satu porsi buah setara dengan:

- a) Potongan buah seukuran bola tenis
- b) $\frac{1}{2}$ cangkir jus atau buah kaleng
- c) 1 sdm buah kering (krimis atau kurma)
- d) $\frac{3}{4}$ -1 cangkir stroberi atau melon

➤ Sayur-sayuran

Sayuran merupakan sumber penting dari serat, mineral, dan vitamin. Namun penderita DM memiliki takaran satu porsi yang terdiri dari:

- a) 3 sendok makan sayuran yang sudah ditumis
- b) 1 bawang bombay besar
- c) 1 ubi jalar besar
- d) 2 brokoli
- e) 1 sendok purre tomat
- f) 1 potong mentimun
- g) 4 jamur besar
- h) 3 sendok makan kacang-kacangan

➤ Produk tinggi gula dan lemak

Sesekali boleh mengonsumsi makanan tinggi lemak dan gula namun tetap dibatasi asupannya supaya berat badan tetap normal. Porsi makanan tinggi gula dan lemak yaitu:

- a) Mentega 5 gram setara dengan $\frac{1}{2}$ sendok makan
- b) Minyak tak jenuh 1 sendok teh
- c) Cokelat 1 bilah

➤ Untuk menyiasati porsi makan nya, maka selalu gunakan piring kecil agar porsi makan terlihat banyak.

- Tepat jenis

Penderita DM dianjurkan memilih jenis bahan makanan maupun makanan yang tidak cepat meningkatkan kadar glukosa darah. Gula dari produk lain dari gula dikurangi. Penggunaan gula pada bumbu diperbolehkan tetapi jumlahnya hanya sedikit. Jenis makanan yang utama yang dikonsumsi dapat disesuaikan dengan konsep piring makan model T. Yang terdiri dari bahan makanan yang dianjurkan:

- a) Karbohidrat: nasi merah (jika ada)/nasi putih porsi 2 sendok makan, kentang, ubi, singkong
- b) Kelompok sayuran: ketimun, labusiam, tomat, wortel, bayam, sayur tinggi serat, sawi, kangkung
- c) Protein: ikan, telur, tempe, tahu, kacang hijau, kacang merah, dll.

Selain dari bahan makanan yang dianjurkan ada pula bahan makanan yang dibatasi antara lain:

- a) Nasi putih, taalas, ketan, sagu, jagung, makaroni
 - b) Sosis, sarden, kornet, jeroan,
 - c) Buncis, daun singkong, daun pepaya
 - d) Nanas, anggur, mangga, pisang, semangka
 - e) Makanan yang digoreng, bersantan kental, kue-kue
- Tepat jadwal

Makan dalam porsi kecil tapi sering dapat membantu menurunkan kadar glukosa darah. Makan teratur (makan pagi, makan siang dan makan malam serta selingan diantara waktu makan) akan memungkinkan kadar glukosa turun sebelum berikutnya. Jadwal makan terdiri dari 3x makan utama dan 2-3x makanan selingan mengikuti prinsip porsi kecil.

- Diet DM diberikan dengan interval waktu kurang lebih 3 jam
 - a) Pukul 06.30-08.00: Makan pagi (Roti putih, selai kacang, telur rebus, lalapan daun, dan selada tomat)
 - b) Pukul 10.00: Snack atau buah (Selingan apel)
 - c) Pukul 12.00-13.00: Makan siang (Nasi merah lebih di anjurkan) sumur daging, tempe goreng)
 - d) Pukul 16.00: Snack atau buah (Selingan buah jeruk)
 - e) Pukul 18.00-19.00: Makan malam (Nasi merah, pepes ikan, tahu, tumis kangkung)
 - f) Pukul 21.00: Snack atau buah (Selingan puding buah)



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
RS HUSADA
TAHUN AJARAN 2020/2021

DIET DIABETES MILITUS

Disusun Oleh : Nur Aini





BAGAIMANA MENGATUR
TAKARAN PORSI
DALAM DIET

DIABETES MILITUS?

- Karbohidrat**
 - *Nasi merah lebih dianjurkan, jika tidak ada maka nasi putih: 2 sendok makan
 - *Kentang rebus: 1 buah
 - *Sereal sarapan: 3 sendok makan
 - *Pasta atau mi: 3 sendok makan bertumpuk
- Produk Susu**
 - *Keju: 30 gram setara dengan 2 sendok makan
 - *Keju krim rendah lemak: 60 gram setara dengan 4 sendok makan
 - *Yoghurt: 125 gram setara dengan 9 sendok makan

- Protein**
 - *Daging tanpa lemak: 60-90 gram setara dengan 4-6 sendok makan
 - *Kacang-kacangan: 4 sendok makan
 - *Tahu atau kedelai: 120 gram setara dengan 8 sendok makan
- Buah-buahan**
 - *Satu porsi buah setara dengan:
 - *Potongan buah seukuran bola tenis
 - *½ cangkir jus atau buah kaleng
 - *1 sdm buah kering (krisis atau kurma)
- Sayuran**
 - *3 sendok makan sayuran yang sudah ditumis
 - *1 bawang bombay besar
 - *1 ubi jalar besar
 - *2 brokoli
 - *1 sendok purre tomat
 - *1 potong mentimun
 - *4 jamur besar
 - *3 sendok makan kacang-kacangan
- Produk tinggi gula dan lemak**
 - Sesekali boleh mengonsumsi makanan tinggi lemak tapi gula namun tetap dibatasi asupannya supaya berat badan tetap normal. Porsi makanan tinggi gula dan lemak yaitu:
 - *Mentega 5 gram setara dengan ½ sendok makan
 - *Minyak tak jenuh 1 sendok teh
 - *Cokelat 1 bilah
 - *Untuk menyiasati porsi makan nya, maka selalu gunakan piring kecil agar porsi makan terlihat banyak

TIPS JADWAL MAKANAN DIET DIABETES MILITUS

- *Pukul 06.30-08.00: Makan pagi (Roti putih, selai kacang, telur rebus, lalapan daun, dan selada tomat)
- *Pukul 10.00: Snack atau buah (Selingan apel)
- *Pukul 12.00-13.00: Makan siang (Nasi merah, sumur daging, tempe goreng)
- *Pukul 16.00: Snack atau buah (Selingan buah jeruk)
- *Pukul 18.00-19.00: Makan malam (Nasi merah, pepes ikan, tahu, tumis kangkung)
- *Pukul 21.00: Snack atau buah (Crackers atau puding buah)

APA ITU DIABETES MILITUS?

Diabetes melitus atau biasa disebut diabetes adalah penyakit kronis yang ditandai dengan tingginya kadar gula (glukosa) di dalam darah. Kondisi ini juga sering disebut sebagai penyakit gula atau kencing manis.

UNTUK APA DIET DIABETES MILITUS?

- * Mempertahankan kadar glukosa darah supaya mendekati normal.
- * Mencapai dan mempertahankan kadar lipid serum normal.
- * Memberi cukup energi untuk mempertahankan atau mencapai berat badan normal.
- * Menghindari atau menangani komplikasi akut pasien (komplikasi jangka pendek dan jangka panjang) serta masalah yang berhubungan dengan latihan jasmani.
- * Meningkatkan derajat kesehatan serta keseluruhan melalui gizi yang optimal.

APA SAJA GEJALA DIABETES?

Pada penderita diabetes melitus pada gejala awalnya akan sering dijumpai dengan yang disebut 3P, yaitu

- * Poluri (banyak kencing)
- * Polidipsi (banyak minum)
- * Polifagi (banyak makan).



BAGAIMANA CARA MENGATUR DIET DIABETES?

Dengan cara menerapkan Pola Manajemen Diet 3J, diantaranya:

1. Tepat Jumlah (Makan dan Minum secukupnya)
2. Tepat jenis (Memperhatikan kandungan gizi tiap makanan)
3. Tepat Jadwal (Dianjurkan makan sedikit tapi sering)

BAHAN BAHAN MAKANAN

- 1. DIANJURKAN**
 - * Sumber protein : ikan, daging ayam tanpa kulit, telur, tempe, tahu, oncom, kacang-kacangan (kacang hijau, kacang merah, kedelai).
 - * Sayuran : kangkung, oyong, timun, tomat, labu air, kembang kol, lobak, sawi, seledri, terong.
 - * Buah-buahan : sari buah murni, jeruk, apel, pepaya, pir, jambu, belimbing.
 - * Susu skim atau rendah lemak.
 - * Sumber lemak dalam jumlah terbatas yaitu bentuk makanan yang mudah dicerna. Makanan terutama diolah dengan cara dipanggang, dikukus, disetup, direbus, dan dibakar.
- 2. DIBATASI**
 - * Sumber hidrat arang : nasi, nasi tim, bubur, roti, gandum, pasta, jagung, kentang, ubi dan talas, hever, mi, sereal, mie, ketan, macaroni.
 - * Sumber protein hewani tinggi lemak jenuh : kornet, sosis, sarden.
 - * Sayuran : bayam, buncis, daun melinjo, daun singkong, daun ketela, jagung muda, kapri, kacang panjang.
 - * Buah-buahan : nanas, anggur, mangga, sirsak, pisang, sukut, sawo.
 - * Makanan yang digoreng dan yang menggunakan santan kental.
- 3. DIHINDARI**
 - * Gula pasir, gula merah, gula batu, madu.
 - * Makanan / minuman manis : abon, dendeng, cake, kue-kue manis, dodol, tarcis, sirup, selai manis, coklat, permen, susu kental manis, es krim.
 - * Bumbu : kecap, saus tiram.
 - * Buah-buahan yang manis dan diawetkan (durian, nangka, manisan buah, tape).
 - * Minuman yang mengandung alkohol.





TUJUAN DIET DM

1. Mempertahankan kadar glukosa darah supaya mendekati normal dengan menyeimbangkan asupan makanan dengan insulin, obat penurun glukosa oral dan aktivitas fisik.
2. Mencapai dan mempertahankan kadar lipida serum normal.
3. Memberi cukup energi untuk mempertahankan atau mencapai berat badan normal.
4. Menghindari atau menangani komplikasi akut pasien (komplikasi jangka pendek dan jangka panjang) serta masalah yang berhubungan dengan latihan jasmani.
5. Meningkatkan derajat kesehatan serta keseluruhan melalui gizi yang optimal.

Gejala diabetes

Pada penderita diabetes melitus pada gejala awalnya akan sering dijumpai dengan yang disebut 3P, yaitu

- Poluri (banyak kencing)
- Polidipsi (banyak minum)
- Polifagi (banyak makan).

SYARAT DIET DM

1. Energi cukup, kebutuhan energi ditentukan dengan memperhitungkan kebutuhan untuk metabolisme basal sebesar 25-30 kkal/kg BB normal, ditambah kebutuhan untuk aktivitas fisik dan keadaan khusus (kehamilan, laktasi, komplikasi). Pembagian makanan dalam 3 porsi besar yaitu makan pagi (20%), siang (30%), dan sore (25%) serta 2-3 porsi kecil selingan (masing-masing 10-15%).
2. Protein, normal yaitu 10-15% dari kebutuhan energi total.
3. Lemak, sedang yaitu 20-25%.
4. Karbohidrat, sisa dari kebutuhan energi total yaitu 60-70%.
5. Penggunaan gula murni dalam minuman makanan tidak diperbolehkan kecuali jumlahnya sedikit sebagai bumbu. Bila kadar glukosa sudah terkendali, diperbolehkan mengonsumsi gula murni sampai 5% dari kebutuhan energi total.
6. Asupan serat dianjurkan 25 gr/hari dengan mengutamakan serat larut air yang terdapat di dalam sayur dan buah.
7. Cukup vitamin dan mineral.

Pengaturan manajemen diet 3J

1. Tepat jumlah
Pada penyandang DM harus tepat dan teratur, jika tidak, akan menyulitkan pengaturan gula darah sehingga tidak stabil
2. Tepat jenis
Komposisi yang seimbang antara karbohidrat, protein, vitamin, dan mineral harus disesuaikan
3. Tepat jadwal
Dianjurkan porsi kecil dan sering, artinya makan dalam jumlah sedikit tapi sering

BAHAN MAKANAN DI ANJURKAN

1. Sumber protein : ikan, daging ayam tanpa kulit, telur, tempe, tahu, oncom, kacang-kacangan (kacang hijau, kacang merah, kedelai).
2. Sayuran : kangkung, oyong, timun, tomat, labu air, kembang kol, lobak, sawi, seledri, terong.
3. Buah-buahan : sari buah murni, jeruk, apel, pepaya, pir, jambu, belimbing.
4. Susu skim atau rendah lemak.
5. Sumber lemak dalam jumlah terbatas yaitu bentuk makanan yang mudah dicerna. Makanan terutama diolah dengan cara dipanggang, dikukus, disetup, direbus, dan dibakar.

BAHAN MAKANAN DI BATASI

1. Sumber hidrat arang : nasi, nasi tim, bubur, roti, gandum, pasta, jagung, kentang, ubi dan talas, hevermout, sereal, mie, ketan, macaroni.
2. Sumber protein hewani tinggi lemak jenuh : kornet, sosis, sarden.
3. Sayuran : bayam, buncis, daun melinjo, daun singkong, daun ketela, jagung muda, kapri, kacang panjang.
4. Buah-buahan : nanas, anggur, mangga, sirsak, pisang, alpukat, sawo.
5. Makanan yang digoreng dan yang menggunakan santan kental.

BAHAN MAKANAN DI HINDARI

1. Gula pasir, gula merah, gula batu, madu.
2. Makanan / minuman manis : abon, dendeng, cake, kue-kue manis, dodol, tarcis, sirup, selai manis, coklat, permen, susu kental manis, es krim.
3. Bumbu : kecap, saus tiram.
4. Buah-buahan yang manis dan diawetkan : durian, nangka, manisan buah, tape.
5. Minuman yang mengandung alkohol.

Takaran makan porsi diet

1. Karbohidrat
 - Nasi merah lebih dianjurkan, jika tidak ada maka nasi putih: 2 sendok makan
 - Kentang rebus: 1 buah
 - Sereal sarapan: 3 sendok makan
 - Pasta atau mi: 3 sendok makan bertumpuk
2. Produk Susu
 - Keju: 30 gram setara dengan 2 sendok makan
 - Keju krim rendah lemak: 60 gram setara dengan 4 sendok makan
 - Yoghurt: 125 gram setara dengan 9 sendok makan

Takaran makan porsi diet

3. Protein

- Daging tanpa lemak: 60-90 gram setara dengan 4-6 sendok makan
- Kacang-kacangan: 4 sendok makan
- Tahu atau kedelai: 120 gram setara dengan 8 sendok makan

4. Buah-buahan

- Satu porsi buah setara dengan:
- Potongan buah seukuran bola tenis
- ½ cangkir jus atau buah kaleng
- 1 sdm buah kering (krimis atau kurma)

Takaran makan porsi diet

5. Sayuran

- 3 sendok makan sayuran yang sudah ditumis
- 1 bawang bombay besar
- 1 ubi jalar besar
- 2 brokoli
- 1 sendok pure tomat
- 1 potong mentimun
- 4 jamur besar
- 3 sendok makan kacang-kacangan

Takaran makan porsi diet

6. Produk tinggi gula dan lemak

Sesekali boleh mengonsumsi makanan tinggi lemak dan gula namun tetap dibatasi asupannya supaya berat badan tetap normal. Porsi makanan tinggi gula dan lemak yaitu:

Mentega 5 gram setara dengan $\frac{1}{2}$ sendok makan

Minyak tak jenuh 1 sendok teh

Cokelat 1 bilah

Untuk menyiasati porsi makan nya, maka selalu gunakan piring kecil agar porsi makan terlihat banyak

Penyusun Menu Makan Sehari Diet DM

- Pukul 06.30-08.00: Makan pagi (Roti putih, selai kacang, telur rebus, lalapan daun, dan selada tomat)
- Pukul 10.00: Snack atau buah (Selingan apel)
- Pukul 12.00-13.00: Makan siang (Nasi merah, sumur daging, tempe goreng)
- Pukul 16.00: Snack atau buah (Selingan buah jeruk)
- Pukul 18.00-19.00: Makan malam (Nasi merah, pepes ikan, tahu, tumis kangkung)
- Pukul 21.00: Snack atau buah (Crackers atau puding buah)

Balance Cairan**Tanggal 20 maret 2023**

Input :

- a. Minum : 300 ml
- b. Infus : 450 cc
- c. AM : $5 \times 57 = 285$
- Total : 1.035 cc

Output :

- a. Urine : 500 cc
- b. IWL : $15 \times 57 = 855$
- Total : 1.355

Balance cairan = Input – Output

$$= 1.035 - 1.355$$

$$= - 320$$

Tanggal 21 maret 2023

Input :

- a. Minum : 600 ml
- b. Infus : 500 cc
- c. AM : $5 \times 57 = 285$
- Total : 1.385 cc

Output :

- a. Urine : 700 cc
- b. IWL : $15 \times 57 = 855$

Total : 1.555

Balance cairan = Input – Output

$$= 1.385 - 1.555$$

$$= - 170$$

Tanggal 22 maret 2023

Input :

- a. Minum : 700 ml
- b. Infus : 600 cc
- c. AM : 5 x 57 = 285

Total : 1.585 cc

Output :

- a. Urine : 400 cc
- b. IWL : 15 x 57 = 855
- Total : 1.255

Balance cairan = Input – Output

$$= 1.585 - 1.255$$

$$= 330$$

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Ulfa Nur Rohmah, M. Kep

Nama Mahasiswa : Nur Aini

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny.P Dengan Diabetes
Melitus Tipe II Di Ruang Penyakit Dalam Kamar Nila 1302
RSUD Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda tangan
1.	19 Maret 2023	Bimbingan Dinas KTI	
2.	20 Maret 2023	Konsultasi Kasus	
3.	24 Maret 2023	Konsultasi Bab I	
4.	11 April 2023	Konsultasi Bab I dan Bab III	
5.	05 Mei 2023	Konsultasi : Revisi Bab I dan Bab III	
6.	07 Mei 2023	Konsultasi Bab II dan Revisi Bab I	
7.	13 Mei 2023	Konsultasi : Revisi Bab II dan Bab III	
8.	29 Mei 2023	Konsultasi : Bab II dan Bab III	
9.	03 Juni 2023	Konsultasi : Revisi Bab II, Bab III dan Mengajukan Bab IV	
10.	05 Juni 2023	Konsultasi : Revisi Bab I, Bab II, Bab III, dan Bab IV	

11.	07 Juni 2023	Konsultasi : Acc Bab I, Bab II, Bab III, dan Revisi Bab IV	
12.	08 Juni 2023	Konsultasi : Acc Bab IV dan Bab V	
13.	09 Juni 2023	Konsultasi : Lampiran Obat	
14.	10 Juni 2023	Konsultasi : Semua BAB 1 -5 dan Lampiran-lampiran	