



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN DIABETES
MELLITUS TIPE II DI RUANG PENYAKIT DALAM
KAMAR 1403 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

RIRIN SOVIA SIMARE-MARE

2011070

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



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN DIABETES
MELLITUS TIPE II DI RUANG PENYAKIT DALAM
KAMAR 1403 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

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

RIRIN SOVIA SIMARE-MARE

2011070

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

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Ririn Sovia Simare-mare

NIM : 2011070

Tanda Tangan : 

Tanggal : 19 Juni, 2023

LEMBAR PENGESAHAN

Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Diabetes Mellitus Tipe II Di Ruang Penyakit Dalam Kamar 1403 RSUD Koja Jakarta Utara

Pembimbing

(Ns. Ni Made Suarti, SPd., M.Kep)

Penguji I

(Ns. Hardin La Ramba, M.Biomed)

Penguji II

(Ns. Fendy Yesayas, M.Kep)

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

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

Ketua

KATA PENGANTAR

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

1. Ibu Ellynia., S.E., M.M selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada Jakarta.
2. Ns. Ni Made Suarti, SPd., M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Bapak Ns. Hardin La Ramba, M. Biomed selaku dosen penguji I yang telah memberikan kritik untuk kemajuan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Bapak Ns. Fendy Yesayas, M.Kep selaku dosen penguji II sekaligus pembimbing akademik yang telah memberikan semangat pada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Seluruh dosen pengajar dan staf Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah membantu dalam kelancaran pembelajaran.
6. Kepada ruangan dan staf RSUD Koja yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan.
7. Ny. S dan keluarga yang sudah bersedia meluangkan waktunya dan sudah memberikan data-data yang diperlukan oleh penulis.
8. Ayahanda tersayang Lamhot Simare-mare, Ibu Ruski Sitanggang dan serta keluarga besar yang selalu memberikan bantuan dukungan moral, material serta doa bagi penulis selama membuat Laporan Tugas Akhir. Terima kasih atas perjuangan dan pengorbanan yang selama ini diberikan kepada penulis.
9. Tante Melianty Sitanggang, dan uda Zusminton Malau, yang telah menjadi orang tua penulis diperantauan dan membantu memberikan doa yang tidak

terhenti dan bantuan dukungan material dan moral, selalu memberikan motivasi, serta tak pernah lelah memberikan dukungan dan kasih sayang kepada penulis sehingga penulis mampu menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan.

10. Kakak tersayang Devi Angelina Simare-mare yang selalu memberikan motivasi untuk kelancaran serta kemudahan penulis dan tanpa Lelah memberikan kasih saying sehingga mampu menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
11. Sahabat seperjuangan di STIKes Rs Husada yang sudah berjuang Bersama, memberikan semangat serta motivasi (Nurma Widya, Putri Nada, Salma Anjani).
12. Sahabat tersayang yang namanya tidak bisa disebutkan dalam dunia hidupku yang selalu membantu memberikan semangat serta motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
13. Teman kelompok KMB yang bersama-sama berjuang, memeberikan semangat dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
14. Seluruh teman-teman kelas 3B sudah menemani selama tiga tahun melewati suka duka bersama, memberikan motivasi satu sama lain, terima kasih telah memberikan suasana kelas yang menyenangkan dan penuh tawa.
15. Teman-teman Angkatan 33 STIKES RS Husada yang telah berjuang bersama selama tiga tahun ini dan memberikan banyakan kenangan.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya tulis ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 19 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

Laporan Tugas Akhir	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PESETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan	5
___ 1. Tujuan Umum	5
___ 2. Tujuan Khusus	5
C. Ruang Lingkup	6
D. Metode Penulisan	6
E. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN TEORI	8
A. Pengertian.....	8
B. Patofisiologi	43
___ 1. Etiologi	43
___ 2. Proses penyakit	44
___ 3. Manifestasi Klinik	46
___ 4. Komplikasi.....	48
C. Penatalaksanaan.....	50
___ 1. Edukasi	51
___ 2. Terapi Nutrisi (TN)	51
___ 3. Latihan Jasmani.....	53
___ 4. Intervensi Farmokologis	53
D. Pengkajian Keperawatan.....	58
E. Diagnosa Keperawatan	62
F. Perencanaan Keperawatan	63
G. Pelaksanaan Keperawatan.....	73

H. Evaluasi Keperawatan.....	74
BAB III TINJAUAN KASUS	75
A. Pengkajian Keperawatan.....	75
B. Diagnosa Keperawatan	91
C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi	92
BAB IV PEMBAHASAN.....	108
A. Pengkajian	108
B. Diagnosa Keperawatan	111
C. Perencanaan Keperawatan	114
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	115
E. Evaluasi Keperawatan.....	116
BAB V PENUTUP.....	117
A. Kesimpulan.....	117
B. Saran	119
DAFTAR PUSTAKA.....	121

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Pathway
- Lampiran 2 : Analisa Obat
- Lampiran 3 : SAP
- Lampiran 4 : Lembar Balik
- Lampiran 5 : Leaflet
- Lampiran 6 : Lembar Konsultasi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes melitus adalah tidak seimbangnya kadar gula darah didalam tubuh, terjadinya karena adanya gangguan pada hormon insulin dimana tubuh tidak mampu untuk menghasilkan insulin yang cukup untuk kebutuhannya, atau tidak mampu untuk menghasilkan insulin sama sekali, atau penderita mampu menghasilkan insulin yang cukup namun sel tidak dapat menerima insulin tersebut karena reseptor yang berfungsi sebagai penangkap insulin mengalami penurunan fungsi. Kadar gula dalam darah lebih 200 mg/dl pada pemeriksaan gula darah sewaktu maupun kadar gula darah 2 jam setelah pembebanan glukosa atau gula (Pranata, 2018).

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2023) Jumlah penderita DM meningkat dari 108 juta pada tahun 1980 menjadi 422 juta pada tahun 2014. Prevalensinya meningkat lebih cepat di negara berpenghasilan rendah dan menengah dari pada di negara berpenghasilan tinggi. Antara tahun 2000 dan 2019, ada peningkatan 3% angka kematian akibat DM berdasarkan usia. Pada tahun 2019, DM dan penyakit ginjal akibat DM menyebabkan sekitar 2 juta kematian. Pada tahun 2014, 8,5% orang dewasa berusia 18 tahun ke atas menderita DM. Pada tahun 2019, diabetes menjadi penyebab langsung 1,5 juta kematian dan 48% dari seluruh kematian akibat DM terjadi sebelum

usia 70 tahun. Antara tahun 2000 dan 2019, ada peningkatan 3% dalam angka kematian standar usia akibat DM. Di negara berpenghasilan menengah ke bawah, angka kematian akibat DM meningkat 13%.

Berdasarkan laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS, 2018), oleh Departemen Kesehatan, Meskipun secara prevalensi DM yang tinggi dapat dilihat di Arab Afrika Utara (12,2%) dan Wilayah Pasifik Barat (11,4%) dibandingkan dengan Asia Tenggara (11,3%). *International diabetes Federation* (IDF) menempatkan Indonesia sebagai peringkat ke 7 dalam jumlah penderita DM yang mencapai 10,7%. Prediksi dari IDF menyatakan akan terjadi peningkatan jumlah pasien DM dari 10,7 juta pada tahun 2019 menjadi 13,7 juta pada tahun 2030 (Infodatin,2020). Berdasarkan jenis kelamin, IDF memperkirakan prevalensi DM di tahun 2019 yaitu 9% pada perempuan dan 9,65% pada laki-laki. Sehubungan dengan itu berdasarkan data statistik yang diperoleh dari data rekam medis RSUD Koja Jakarta Utara periode tahun 2022 sampai tahun 2023, jumlah keseluruhan pasien dengan DM ada 828 jiwa dari total pasien yang dirawat di RSUD Koja Jakarta Utara.

Diabetes melitus dapat menyebabkan komplikasi jika tidak ditangani dengan baik. Komplikasi yang biasa ditemukan pada penderita yang didiagnosis penyakit DM diantaranya yaitu hiperglikemia, hipoglikemi dan ketoasidosis diabetik. Komplikasi lain yang terdapat pada penderita DM yaitu komplikasi Makrovaskuler yaitu Penyakit arteri koroner, penyakit serebrovaskuler, hipertensi. Penyakit makrovaskuler (penyakit pembuluh besar) mencerminkan aterosklerosis dengan penumpukan lemak pada

lapisan dalam dinding pembuluh darah. Komplikasi Mikrovaskuler yaitu retinopati diabetik, nefropati, neuropati, Pada penderita penyakit diabetes Melitus sekitar 35-45% ditemukan memiliki nefropati. Penyebab tunggal yang paling sering dari penyakit ginjal kronis tahap 5, dikenal sebagai penyakit ginjal tahap akhir (*end-stage renal disease/ESRD*). Ginjal yang rusak atau gagal tidak menghasilkan hormon yang disebut *erythropoietin* (EPO), yang berfungsi untuk membantu pembentukan sel darah merah di sumsum tulang. Kekurangan sel darah merah atau hemoglobin dalam tubuh dapat menyebabkan anemia (Maria, 2021).

Anemia merupakan suatu kondisi dimana jumlah sel darah merah atau konsentrasi hemoglobin didalamnya lebih rendah dari biasanya. Nilai batas normal haemoglobin untuk perempuan adalah diatas 12g/dL, untuk laki-laki usia di atas 15 tahun, kadar HB normal adalah diatas 13g/dL. Hemoglobin diperlukan untuk membawa oksigen ke jaringan tubuh jika hemoglobin kurang maka oksigen yang dibawa ke jaringan akan berkurang, menyebabkan energi yang dihasilkan saat metabolisme berkurang yang menimbulkan gejala seperti kelelahan, kelemahan, pusing dan sesak napas, dan berisiko terjadi cedera atau jatuh (Kurniati, 2020).

Hipoglikemi adalah keadaan konsentrasi glukosa plasma yang rendah. Hipoglikemi dapat terjadi disebabkan oleh beberapa hal yaitu aktivitas fisik berlebihan yang dilakukan penderita seperti olahraga yang terlalu berat, takut mengkonsumsi makanan setelah didiagnosa diabetes melitus atau mengkonsumsi obat penurun gula darah/ insulin berlebihan tanpa dilakukan pemantauan. Adapun tanda-tanda dari hipoglikemi adalah lelah,

pusing, pucat, gemetar, merasa lapar, jantung berdebar, konsentrasi menurun, dan penurunan tingkat kesadaran. Seseorang mulai merasakan satu atau lebih dari satu dari tanda-tanda hipoglikemi ditandai dengan menurunnya kadar glukosa darah <70 mg/dl dengan atau adanya *whipple's triad* (Rusdi, 2020).

Hiperglikemi adalah tingginya kadar gula dalam darah lebih dari 200mg/dl. Tanda dari hiperglikemi adalah banyak minum dan sering ke kamar kecil untuk BAK. Hiperglikemi terjadi apabila seorang penderita DM makan berlebihan tanpa diimbangi dengan aktivitas. Minum obat dengan dosis yang kurang atau tidak minum obat pada pasien yang sudah menggunakan obat diabetik oral atau suntikan insulin. Penderita DM harusnya menghindari makan malam berlebih karena saat selesai makan malam biasanya penderita DM mengantuk, akhirnya tertidur tanpa aktivitas berat sebelumnya. Gula yang dikonsumsi tidak terpakai kemudian menumpuk di tubuh hingga terjadilah keadaan yang disebut dengan hiperglikemi (Rusdi, 2020).

Dilihat dari komplikasi yang ditimbulkan dan tingginya angka kematian dari DM, maka dibutuhkan peran perawat secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan melalui peran promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Peran perawat dalam promotive dengan melakukan penyuluhan kesehatan mengenai pengertian, penyebab, tanda dan gejala, akibat lanjut, pencegahan dan perawatan dari DM, sehingga mencegah bertambahnya penderita DM. Peran perawat dalam prevelentif adalah untuk mereka yang sudah mengalami DM tetapi jangan sampai menimbulkan

komplikasi yaitu dengan memberikan edukasi tentang komplikasi yang dapat timbul dan bagaimana mencegah komplikasi dengan cara mengurangi makanan berkarbohidrat tinggi, rutin olahraga, hindari merokok, mengubah gaya hidup sehat. Peran perawat kuratif yang dapat dilakukan perawat adalah melakukan perawatan luka dan Tindakan kolaborasi dengan memberikan OAD (Obat Antidiabetik) dan terapi insulin. Peran perawat dalam rehabilitatif dapat memperhatikan 3J yaitu mengatur tepat jumlah kalori dan zat gizi, memilih tepat jenis bahan makanan, mengatur tepat jadwal makan, olahraga dan perawatan kaki (*Foot care*).

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien DM Tipe II dengan Anemia di Ruang Penyakit Dalam RSUD Koja 1403 dengan menggunakan proses keperawatan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Dapat mengaplikasikan ilmu yang didapat dalam pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien DM Tipe II dengan Anemia di Ruang Penyakit Dalam RSUD Koja 1403.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien DM Tipe II dengan Anemia.
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pada pasien DM Tipe II dengan Anemia.

- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien DM Tipe II dengan Anemia.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien DM Tipe II dengan Anemia.
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien DM Tipe II dengan Anemia.
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus.
- g. Mampu mengidentifikasi factor-faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi/alternative pemecahan masalah.
- h. Mampu mendokumentasikan semua kegiatan keperawatan dalam bentuk narasi.

C. Ruang Lingkup

Lingkup bahasan pada Karya tulis ini adalah “Asuhan keperawatan pada pasien DM Tipe II dengan Anemia di Ruang Penyakit Dalam RSUD Koja 1403 dilakukan selama 3 hari yaitu 23 sampai dengan 25 Maret 2023”.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis menggunakan metode dekskriptif dan beberapa teknik untuk pengumpulan data yaitu studi kasus, dokumentasi dan studi kepustakaan. Studi kasus yaitu melalui pemeriksaan fisik, observasi langsung pada pasien, wawancara langsung dengan pasien dan keluarga untuk menanyakan hal-hal yang berhubungan dengan Kesehatan masa lalu dan sekarang. Studi dokumentasi yaitu pengumpulan data dengan mempelajari data pada rekam medis yang

berkaitan dengan pasien. Metode studi kepustakaan yaitu membaca dan mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan DM Tipe II dan Anemia.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan karya tulis ilmiah ini terdiri dari lima BAB yang disusun sebagai berikut :

BAB I Pendahuluan menguraikan latar belakang masalah, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan teoritis menguraikan pengertian, etiologi, proses penyakit, manifestasi klinik, komplikasi, penatalaksanaan (terapi dan tindakan medis), pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

BAB III berisi tinjauan teori yang menguraikan konsep dasar yang meliputi pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, komplikasi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan medis, dan asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi.

BAB IV Merupakan pembahasan antara kasus yang ditemukan dengan literatur yang ada meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

BAB V Penutup terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Diabetes mellitus merupakan penyakit kelainan metabolisme yang disebabkan kurangnya hormon insulin. Hormon insulin dihasilkan oleh sekelompok sel beta di kelenjar pankreas yang sangat berperan dalam metabolisme glukosa dalam sel tubuh. Kadar glukosa yang tinggi dalam tubuh tidak bisa diserap semua dan tidak mengalami metabolisme dalam sel. Akibatnya akan kekurangan energi, sehingga mudah lelah dan berat badan terus turun. Kadar glukosa yang berlebih akan dikeluarkan melalui ginjal dan dikeluarkan bersama urine. Gula memiliki sifat menarik air sehingga menyebabkan seseorang banyak mengeluarkan urine (*poliuri*) dan selalu merasa haus (*polidipsi*) (Maulana, 2019).

Diabetes melitus adalah merupakan suatu kelompok metabolic dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena adanya kelainana pada sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya. Kadar gula dalam darah lebih 200 mg/dl pada pemeriksaan gula darah sewaktu maupun kadar gula darah 2 jam setelah pembebanan glukosa. DM dapat menyebabkan kerusakan jangka Panjang, disfungsi atau kegagalan pada beberapa organ tubuh terutama pada mata, ginjal, syaraf, jantung dan pembuluh darah (Soegondo, 2018).

B. Patofisiologi

1. Etiologi

DM tipe 2 berbeda signifikan dari DM tipe 1. Respons terbatas sel beta terhadap hiperglikemia tampak menjadi faktor mayor dalam perkembangannya. Sel beta terpapar secara kronis terhadap kadar glukosa darah tinggi menjadi secara progresif kurang efisien ketika merespons peningkatan glukosa lebih lanjut. Hal ini dinamai dengan *Desensitisasi*, dapat kembali dengan menormalkan kadar glukosa. Rasio proinsulin (*precursor insulin*) terhadap insulin tersekresi juga meningkat. Proses patofisiologi dalam DM tipe 2 adalah resistansi terhadap aktivitas insulin biologis, baik dihati maupun jaringan perifer. Keadaan ini disebut sebagai *resistensi insulin*. Orang dengan DM tipe 2 memiliki penurunan sensitivitas insulin terhadap kadar glukosa, yang mengakibatkan produksi glukosa hepatic berlanjut, bahkan sampai dengan kadar glukosa darah tinggi. Hal ini bersamaan dengan ketidakmampuan otot dan jaringan lemak untuk meningkatkan ambilan glukosa. Mekanisme penyebab resistensi insulin perifer tidak jelas namun, ini tampak terjadi setelah insulin berikatan terhadap reseptor pada permukaan sel (Black & Hawks, 2014).

2. Proses penyakit

Proses terjadinya diabetes mellitus yaitu :

a. Diabetes Mellitus tipe I

Diabetes mellitus tipe 1 terjadi akibat kerusakan sel beta islet Langerhans di pankreas. Ketika sel beta rusak, insulin tidak lagi diproduksi. Meski diabetes mellitus tipe 1 dapat diklasifikasikan baik sebagai penyakit autoimun maupun idiopatik, penyakit ini dimulai dengan insulinitas, dimana suatu proses inflamatorik kronik yang terjadi sebagai respon terhadap kerusakan autoimun sel islet. Proses ini secara perlahan akan merusak produksi insulin, dengan hiperglikemia terjadi 80% - 90% fungsi sel beta rusak. Diyakini bahwa fungsi sel alfa maupun sel beta tidak normal, dengan kekurangan insulin dan kelebihan relative glucagon yang mengakibatkan hiperglikemia. Diabetes mellitus tipe 1 ditandai dengan hiperglikemia (kenaikan kadar glukosa darah), pemecahan lemak dan protein tubuh, dan pembentukan ketosis atau penumpukan badan keton yang diproduksi selama oksidasi asam lemak (Dilla, 2020).

b. Diabetes Mellitus tipe II

Diabetes mellitus tipe 2 ini terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin itu sendiri, antara lain. yaitu : resisten insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin terikat pada reseptor khusus di permukaan sel. Akibat dari terikatnya insulin tersebut maka, akan terjadi suatu rangkaian reaksi dalam

metabolisme glukosa dalam sel tersebut. Resistensi glukosa pada diabetes mellitus tipe 2 ini dapat disertai adanya penurunan reaksi intra sel atau dalam sel. Dengan hal-hal tersebut insulin menjadi tidak efektif untuk pengambilan glukosa oleh jaringan tersebut. Dalam mengatasi resistensi insulin atau untuk pencegahan terbentuknya glukosa dalam darah, maka harus terdapat peningkatan jumlah insulin dalam sel untuk disekresikan (Dilla, 2020).

Resistensi insulin akan menyebabkan meningkatnya lipolisis dan peningkatan kadar asam lemak bebas. bersamaan dengan meningkatnya produksi glukosa hati dan dan menurunnya ambilan glukosa di otot, akan terjadi hiperglikemi. Gangguan fungsi reseptor insulin dapat terjadi akibat mutase genetic dari gen reseptor insulin. Disamping itu dapat pula terjadi abnormalitas sintesis insulin secara structural, dimana terdapat gangguan dari gen enzim glucokinase atau adanya *down-regulation* dari protein transporter glukosa (GLUT4) pada jaringan target, sehingga akan diikuti dengan terjadinya hiperglikemi yang berkepanjangan. Berbeda dengan DM tipe 2 tidak ada hubungan dengan gen HLA atau ICA (*Islet Cell Autoantibody*), tetapi terdapat komponen genetic yang sangat kuat berperan dalam pathogenesis DM tipe 2 (Shahab, 2017).

3. Manifestasi Klinik

Manifestasi klinis DM diakaitkan dengan konsekuensi metabolik defisiensi insulin. Jika hiperglikemia yang terjadi berat dan melebihi ambang ginjal untuk zat ini, maka akan timbul glikosuria. Glikosuria akan mengakibatkan diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urine (polyuria) dan timbul rasa haus (polydipsia). Karena glukosa hilang bersama urine, maka terjadi keseimbangan kalori negatif dan berat badan akan berkurang. Rasa lapar yang semakin besar (polifagia) mungkin timbul sebagai akibat kehilangan kalori. Pada DM tipe II tidak timbul gejala apapun dan diagnosis hanya dibuat berdasarkan pemeriksaan darah di laboratorium dan melakukan tes toleransi glukosa (Nuari, 2018).

1. Poliuri (Banyak buang air kecil)

Buang air kecil lebih sering dari biasanya, terutama pada saat malam hari (poliuria), hal ini dikarenakan kadar gula darah melebihi ambang ginjal (>180 mg/dL), sehingga gula akan dikeluarkan melalui urine. Hal ini menurunkan konsentrasi urine yang dikeluarkan, tubuh akan menyerap air sebanyak mungkin kedalam urine sehingga urine dalam jumlah besar dapat dikeluarkan dan sering buang air kecil. Dalam keadaan normal, keluaran urine dalam sehari 1,5 liter, tetapi pada pasien DM yang tidak terkontrol, keluaran urine lima kali lipat dari keluaran jumlah ini

2. Polidipsi (Banyak minum)

Sering merasa haus dan ingin minum air putih sebanyak mungkin (polidipsi). Dengan adanya ekskresi urine, tubuh akan mengalami dehidrasi, untuk mengatasi masalah tersebut maka tubuh akan menghasilkan rasa haus sehingga penderita selalu ingin minum air terutama air dingin, manis, segar dan air dalam jumlah banyak.

3. Polifagia (Cepat merasa lapar)

Nafsu makan meningkat (polifagia) dan merasa kurang tenaga. Insulin menjadi bermasalah pada penderita DM sehingga pemasukan gula ke dalam sel-sel tubuh berkurang dan energi yang dibentuk pun menjadi kurang. Inilah penderita merasa kurang tenaga. Selain itu sel juga menjadi miskin gula sehingga otak juga berfikir kurang energi itu karena kurang makan, maka tubuh kemudian berusaha meningkatkan asupan makanan dengan menimbulkan alarm rasa lapar

4. Berat badan menurun

Ketika tubuh tidak mampu mendapatkan energi yang cukup dari gula karena kekurangan insulin, tubuh akan bergegas mengolah lemak dan protein yang ada di dalam tubuh untuk diubah menjadi energi. Dalam sistem pembuangan urine, penderita DM yang tidak terkontrol bisa kehilangan sebanyak 500 gr glukosa dalam urine per 24 jam (setara dengan 2000 kalori perhari hilang dari tubuh). Kemudian gejala lain atau gejala tambahan yang dapat timbul yang umumnya ditunjukkan karena komplikasi adalah kaki kesemutan,

gatal-gatal, atau luka yang tidak kunjung sembuh, pada wanita kadang disertai gatal di daerah selangkangan (*pruritus vulva*) dan pada pria ujung penis terasa sakit (*balanitis*) (Lestari et al., 2021).

4. Komplikasi

Menurut Widodo (2017), komplikasi yang terjadi pada diabetes mellitus yaitu :

1. Hipoglikemia

Menurut Soegondo (2017), hipoglikemi adalah keadaan klinik gangguan saraf yang disebabkan penurunan glukosa darah. Ada empat tanda-tanda hipoglikemia yaitu

- a. Stadium parasimpati : lapar, mual, tekanan darah turun.
- b. Stadium gangguan otak ringan : lemah, lesu, silit bicara.
- c. Stadium simpatik : keringat dingin pada muka terutama di hidung, tangan dan merasa berdebar-debar.
- d. Stadium gangguan otak berat : koma (tidak sadar) dengan atau kejang.

Penyebab lain yang sering terjadinya hipoglikemia adalah akibat dari penggunaan obat hipoglikemik oral golongan sulfonilurea, khususnya klorpromida dan glibenklamida, makan kurang dari aturan yang ditentukan, berat badan turun, dan pemberian suntikan insulin yang tidak tepat. Tanda hipoglikemia mulai muncul bila glukosa darah kurang dari 50 mg/dl (Soegondo, 2018).

2. Hiperglikemia

Hiperglikemia adalah tingginya kadar gula dalam darah lebih dari 200mg/dl. Hal ini disebabkan antara lain oleh stress, infeksi dan konsumsi obat-obatan tertentu. Hiperglikemia ditandai dengan poliuria, polidipsia, polifagia, kelelahan yang parah, dan pandangan kabur. Hiperglikemia dapat memperburuk gangguan-gangguan kesehatan seperti gastroparesis, disfungsi ereksi, dan infeksi jamur pada vagina. Hiperglikemia yang berlangsung lama dapat berkembang menjadi keadaan metabolisme yang berbahaya antara lain ketoasidosis diabetik (*Diabetes Ketacidosis*), yang dapat berakibat fatal dan membawa kematian. Hiperglikemia dapat dicegah dengan kontrol gula darah yang rutin (Rusdi, 2020).

3. Komplikasi Makrovaskuler

Komplikasi makrovaskular yang umum berkembang pada penderita diabetes adalah penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah otak, dan penyakit pembuluh darah perifer. Komplikasi makrovaskular lebih sering timbul pada DM tipe 2, yang umumnya menderita hipertensi, dislipidemia dan atau kegemukan, walaupun komplikasi makrovaskular dapat juga terjadi pada DM tipe 1. Kombinasi dari penyakit-penyakit tersebut dikenal dengan sebutan Sindroma Metabolik. Penyakit jantung sangat besar risikonya pada penderita diabetes mellitus, maka pencegahan komplikasi terhadap jantung sangat penting dilakukan, termasuk pengendalian tekanan darah, kadar kolestrol dan lipid

darah. Penderita diabetes sebaiknya menjaga selalu tekanan darahnya tidak lebih 130/80 mmHg. Penderita harus menjaga pola hidup sehat, termasuk mengupayakan berat badan ideal, diet dengan gizi seimbang, berolah raga secara teratur, tidak merokok dan mengurangi stress (Maria, 2021).

4. Komplikasi Mikrovaskuler

Komplikasi ini terutama terjadi pada penderita DM tipe II. Komplikasi mikrovaskuler yang timbul antara lain retinopati, nefropati, dan neuropati. Disamping karena kondisi hiperglikemia, ketiga komplikasi ini juga dipengaruhi oleh faktor genetik. Untuk berkembang kearah komplikasi mikrovaskuler, tergantung lamanya sakit dan tingkat keparahan diabetes. Satu-satunya cara untuk mencegah atau memperlambat jalan perkembangan komplikasi mikrovaskuler adalah dengan pengendalian kadar gula darah yang ketat. Pengendalian yang paling intensif adalah dengan menggunakan suntikan insulin (Maria, 2021).

C. Penatalaksanaan

Pengobatan yang dapat dilakukan untuk penderita diabetes mellitus yaitu dengan memperbaiki *life style* (pola hidup sehat), dan bila perlu dilakukan intervensi farmakologis dengan antihiperglikemia secara oral dan atau suntikan seperti terapi insulin, mengonsumsi obat diabetes, mencoba pengobatan alternatif (Lestari et al., 2021).

1. Edukasi

Edukasi dengan tujuan promosi hidup sehat, perlu selalu dilakukan sebagai bagian dari upaya pencegahan dan merupakan bagian yang sangat penting dari pengelolaan DM secara holistik. Contohnya tentang diet makanan yang dianjurkan bagi pasien DM yaitu makanan sumber zat tenaga mengandung zat gizi karbohidrat, lemak dan protein. Makanan sumber zat tenaga antara lain nasi serta penggantinya seperti roti, mie, kentang dan lain-lain. Adapun makanan yang perlu dibatasi adalah gula, madu, sirup, kue kukis dan kue manis lainnya (Maulana, 2019).

2. Terapi Nutrisi (TN)

Penderita DM perlu diberikan penekanan mengenai pentingnya keteraturan jadwal makan, jenis dan jumlah makanan, terutama pada mereka yang menggunakan obat penurun glukosa darah atau insulin. Makanlah beraneka ragam makanan yang mengandung sumber zat tenaga contohnya karbohidrat, protein, dan lemak. Sumber zat pembangun mengandung zat gizi dan protein dan mineral. Sumber zat pengatur yang mengandung vitamin, mineral, protein dan air.

Menurut Maulana (2019), komposisi makanan yang dianjurkan terdiri dari:

a) Karbohidrat

Jumlah karbohidrat yang disarankan untuk penderita diabetes adalah sebesar 45 – 68 % dari total kalori dalam diet. Jika dihitung dari beratnya, dalam 100 gram makanan yang diasup, 7 gram dari

total tersebut adalah karbohidrat. Ada dua jenis karbohidrat yaitu gula dan karbohidrat dengan tepung (*starchy foods*). Contoh asupan karbohidrat diantaranya adalah nasi, roti, sereal, jagung, sagu, gula, gandum dan sebagainya. Untuk penderita DM, makanan karbohidrat yang disarankan adalah yang juga mengandung serat. Pada umumnya termasuk dalam golongan karbohidrat dengan tepung (Tjahjadi, 2017).

b) Lemak

Jumlah lemak yang dikonsumsi adalah sebesar 15 – 30 % dari total kalori. Dalam 100 gram makanan, beratnya adalah 16 gram. Oleh karena itu, makanan rendah lemak biasanya disediakan untuk para penderita diabetes. Contoh buah yang disarankan untuk penderita DM adalah apel, stroberi, jambu air dan buah nanas (Tjahjadi, 2017).

c) Protein

Sumber protein yang baik adalah ikan, udang, cumi, daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, produk susu rendah lemak, kacang-kacangan, tahu dan tempe. Sumber makanan protein dengan kandungan yang tinggi seperti daging-dagingan dan produk hewani olahan sebaiknya dikurangi untuk dikonsumsi (Tjahjadi, 2017).

d) Natrium

Penderita DM yang juga menderita hipertensi perlu dilakukan pengurangan natrium secara individual. Pada upaya pembatasan

asupan natrium ini, perlu juga memperhatikan bahan makanan yang mengandung tinggi natrium antara lain adalah garam dapur, monosodium glutamat, soda, dan bahan pengawet seperti natrium benzoat dan natrium nitrit (Tandra, 2018).

e) Serat

Pasien DM dianjurkan mengonsumsi serat dari kacang - kacang, buah, dan sayuran serta sumber karbohidrat yang tinggi serat. Jumlah konsumsi serat yang disarankan adalah 20 - 35 gram/hari (Tandra, 2018).

3. Latihan Jasmani

Kegiatan jasmani sehari-hari dan Latihan jasmani secara teratur (3 - 5 hari seminggu selama sekitar 30 - 45 menit, dengan total 150 menit perminggu, dengan jeda antar latihan tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. Latihan jasmani yang dianjurkan berupa Latihan jasmani yang bersifat aerobik dengan intensitas sedang (50 - 70% denyut jantung maksimal) seperti jalan cepat, bersepeda santai, *jogging*, berenang, dan senam diabetes (Maulana, 2019).

4. Intervensi Farmakologis

Menurut Soegondo (2018), terapi farmakologi diberikan bersamaan dengan pengaturan makan dan Latihan jasmani (gaya hidup sehat). Terapi farmakologis terdiri dari obat oral dan bentuk suntikan (Insulin).

a. Obat Antihiperglikemia Oral

Berdasarkan cara kerjanya, obat antihiperglikemia oral dibagi menjadi 5 golongan:

1. Pemacu sekresi insulin (*Insulin Secretagogue*) Sulfonilurea dan Glinid.

a) Sulfonilurea

Obat ini memiliki efek utama memacu sekresi insulin oleh sel beta pankreas.

b) Glinid

Merupakan obat yang cara kerjanya sama dengan sulfonilurea, dengan pebebanan pada peningkatan sekresi insulin fase pertama. Obat ini dapat mengatasi hiperglikemia post prandial.

2. Peningkatan sensitivitas terhadap insulin : Metformin dan Tiazolidindion (TZD)

a) Metformin

Mempunyai efek utama mengurangi produksi glukosa hati (gluconeogenesis), dan memperbaiki ambilan glukosa perifer. Metformin merupakan pilihan pertama pada sebagian besar kasus DM2

b) Tiazolidindion (TZD)

Merupakan agonis dari *Peroxisome Proliferator Activated Receptor Gamma* (PPAR- γ), suatu reseptor inti termasuk di sel otot, lemak, dan hati. Golongan ini mempunyai efek

menurunkan resistensi insulin dengan jumlah protein pengangkut glukosa, sehingga meningkatkan ambilan glukosa di perifer. Obat ini dikontraindikasikan pada pasien dengan gagal jantung (NYHA FC IIIIV) karena dapat memperberat edema/retensi cairan. Hati-hati pada gangguan faal hati, dan bila diberikan perlu pemantauan faal hati secara berkala. Obat yang masuk dalam golongan ini adalah Pioglitazone.

1. Penghambat Absorpsi Glukosa : Penghambat Glukosidase Alfa)

Obat ini bekerja dengan memperlambat absorpsi glukosa dalam usus halus, sehingga mempunyai efek menurunkan kadar glukosa darah sesudah makan. Penghambat glukosidase alfa tidak digunakan bila $GFR \leq 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, gangguan faal hati yang berat, *irritable bowel syndrome*.

2. Penghambat DPP-IV (*Dipeptidyl Peptidase-IV*)

Obat golongan penghambat DPP-IV menghambat kerja enzim DPP-IV sehingga GLP-1 (*Glucose Like Peptide-1*) tetap dalam konsentrasi yang tinggi dalam bentuk aktif. Aktivitas GLP-1 untuk meningkatkan sekresi insulin dan menekan sekresi glukagon bergantung kadar glukosa darah (*glucose dependent*).

3. Penghambat SGLT-2 (Sodium Glucose Co-transporter 2)

Obat golongan penghambat SGLT-2 merupakan obat antidiabetes oral jenis baru yang menghambat reabsorpsi glukosa di tubuli distal ginjal dengan cara menghambat transporter glukosa SGLT-2. Obat yang termasuk golongan ini antara lain: Canagliflozin, Empagliflozin, Dapagliflozin, Ipragliflozin.

b. Obat Antihyperglikemia Suntik

Menurut Yahya (2018), Berbagai jenis insulin yang digunakan untuk mengobati diabetes mellitus adalah sebagai berikut :

1. *Rapid-acting*

Insulin ini mulai bekerja kira-kira 15 menit setelah injeksi dan puncak di sekitar satu jam tapi terus bekerja selama dua sampai empat jam. Obat ini biasanya diberikan sebelum makan dan di samping insulin long-acting.

2. *Insulin short-acting*

Insulin ini mulai bekerja kira-kira 30 menit setelah injeksi dan puncak pada sekitar dua sampai tiga jam tapi akan terus bekerja selama tiga sampai enam jam. Obat ini biasanya diberikan sebelum makan dan samping insulin long-acting.

3. *Intermediate-acting insulin*

Mulai bekerja sekitar dua sampai empat jam setelah injeksi dan puncak kira-kira 4 - 12 jam kemudian dan terus bekerja

selama 12-18 jam. obat ini biasanya diminum dua kali sehari dan dan di samping insulin rapid-acting atau short-acting.

4. *Long-acting insulin*

Insulin biasa disebut insulin kerja Panjang, insulin ini mulai bekerja beberapa setelah injeksi dan bekerja selama kurang lebih 24 jam. Jika perlu, sering digunakan dalam kombinasi dengan insulin kerja-cepat atau kerja-pendek.

c. Terapi Kombinasi

Terapi dengan obat antihiperqlikemia oral kombinasi baik secara terpisah ataupun *fixed dose combination* dalam bentuk tablet tunggal, harus menggunakan dua macam obat dengan mekanisme kerja yang berbeda. Pada keadaan tertentu dapat terjadi sasaran kadar glukosa darah yang belum tercapai, sehingga perlu diberikan kombinasi tiga obat antihiperqlikemia oral dari kelompok yang berbeda atau kombinasi obat antihiperqlikemia oral dengan insulin. Pada pasien yang disertai dengan alasan klinis dimana insulin tidak memungkinkan untuk dipakai, terapi dengan kombinasi tiga obat antihiperqlikemia oral dapat menjadi pilihan. Kombinasi obat antihiperqlikemia oral dan insulin yang banyak dipergunakan adalah kombinasi obat antihiperqlikemia oral dan insulin basal (insulin kerja menengah atau insulin kerja panjang), yang diberikan pada malam hari menjelang tidur. Pendekatan terapi tersebut pada umumnya dapat mencapai kendali glukosa darah yang baik dengan dosis insulin yang cukup kecil. Dosis awal insulin kerja menengah

adalah 6-10 unit yang diberikan sekitar jam 22.00, kemudian dilakukan evaluasi dosis tersebut dengan menilai kadar glukosa darah puasa keesokan harinya. Pada keadaan dimana kadar glukosa darah sepanjang hari masih tidak terkontrol meskipun sudah mendapat insulin basal, maka perlu diberikan terapi kombinasi insulin basal dan prandial, serta pemberian obat antihiperlipidemia oral dihentikan (Eliana, 2015).

D. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah upaya yang dilakukan oleh perawat untuk menggali permasalahan dari pasien secara menyeluruh, sistematis, berkesinambungan, akurat, dan singkat. Tahapan ini merupakan dasar perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Pengkajian harus sesuai dengan fakta dan kondisi pasien, hal ini sangat penting untuk nantinya merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respons individu (Kartikasari et al., 2020).

Menurut Maria (2021), pengkajian pada pasien Diabetes Mellitus meliputi:

1. Identitas Pasien

Identitas pasien meliputi nama, jenis kelamin, umur, tempat tanggal lahir, agama, pendidikan, suku bangsa, alamat tempat tinggal, pekerjaan, status, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian dan medis.

2. Keluhan utama

Keluhan yang paling sering dialami oleh pasien dm adalah sering buang air kecil (poliuria), sering merasa haus (polidipsi), sering lapar (polifagia), berat badan yang turun drastis, adanya luka yang sudah sembuh, dan dapat menyebabkan gangguan penglihatan pada pasien dm.

3. Riwayat Kesehatan terdahulu

Riwayat penyakit fisik maupun psikologik yang pernah diderita sebelumnya, seperti adanya penyakit DM atau penyakit yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin misalnya penyakit pancreas, jantung, obesitas, tindakan medis dan obat-obatan yang pernah didapat.

4. Masalah kesehatan saat ini

Sejak kapan pasien mulai menderita penyakit DM, faktor apa yang menyebabkan pasien menderita penyakit DM serta upaya apa saja yang telah dilakukan untuk mengatasi penyakit DM tersebut.

5. Riwayat kesehatan keluarga

Terdapat adanya salah satu keluarga yang menderita DM atau penyakit keturunan yang dapat menyebabkan terjadinya defisiensi insulin misalnya hipertensi.

6. Pemeriksaan fisik

- a. Meliputi keadaan pasien, seperti terjadinya penurunan berat badan yang tiba-tiba, memiliki luka yang lama sembuh, mata keruh dan penglihatan kabur, badan lemas, lesuh, tidak bertenaga, sering merasa haus, lapar dan buang air kecil

- b. Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, adakah pembesaran pada leher, telinga kadang-kadang berdenging, adakah gangguan pendengaran, lidah tebal, gigi mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah, penglihatan kabur dan lensa mata keruh
 - c. Pada saat pemeriksaan sistem integument, pemeriksaan yang dilakukan yaitu melihat apakah terdapat luka ataupun ulkus. Contohnya adanya ganggren pada tungkai kaki, ciri luka ganggren adanya kehitaman, nanah, tetapi pasien mengatakan tidak sakit.
 - d. Apakah terdapat tanda takipnea atau pernapasan kussmaul, sesak, batuk, sputum, dan nyeri dada.
 - e. Perfusi jaringan dapat menurun, nadi perifer lemah atau berkurang, takikardi atau bradikardi, hipertensi atau hipotensi, aritmia, dan kardiomegalis.
 - f. Terdapat polifagi, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan pada berat badan, peningkatan lingkaran abdomen dan obesitas.
 - g. Penyebaran lemak, penyebaran masa otot, perubahan berat badan, lemah dan cepat lelah.
 - h. Terjadi penurunan sensoris, parasthesia, letargi, mengantuk, refleks lambat dan kacau mental.
7. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk keakuratan diagnosis suatu penyakit. Pemeriksaan penunjang yang bisa dilakukan yaitu pemeriksaan darah meliputi (Shahab, 2017).

- a. Pemeriksaan GDS > 200 mg/dl, gula darah puasa kurang dari 126 mg/dl, dan glukosa darah 2 jam setelah beban kurang dari 200 mg/dl.
- b. Pemeriksaan HbA1c HbA1c merupakan reaksi antara glukosa dengan hemoglobin, yang tersimpan dan bertahan dalam sel darah merah selama 120 hari sesuai dengan umur eritrosit. Kadar HbA1c bergantung dengan kadar gula darah selama 3 bulan. Pemeriksaan gula darah diperlukan untuk pengelolaan diabetes terutama untuk mengatasi komplikasi akibat perubahan kadar glukosa yang berubah mendadak.

c. Tes Benedict

Pada tes ini, digunakan reagen benedict, dan urine sebagai specimen.

Tes ini lebih bermakna kearah kinerja dan kondisi ginjal, karena pada DM, kadar glukosa darah sangat tinggi, dapat merusak kapiler dan glomerulus ginjal, sehingga ginjal mengalami kebocoran dan dapat mengakibatkan terjadinya *Renal Failure*, atau gagal ginjal.

8. Analisa Data

Analisa data merupakan metode yang dilakukan perawat untuk mengkaitkan data pasien serta menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relavan keperawatan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan pasien dan keperawatan pasien. Dalam analisa data perawat juga menggunakan keterampilan berfikir kritis untuk memeriksa setiap potongan informasi

dan menentukan relevansinya terhadap masalah kesehatan pasien dan hubungan dengan potongan informasi lain (Mardiani, 2019).

E. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai proses kehidupan yang dialami pasien atau respons pasien terhadap masalah kesehatan yang dialaminya baik yang berlangsung potensial maupun aktual. Mengidentifikasi respons pasien individu, komunitas, dan keluarga terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan merupakan tujuan dari adanya diagnosis keperawatan (PPNI, 2017).

Menurut Maria (2021), (Doenges, 2014) dan (PPNI, 2017), diagnose keperawatan yang sering muncul pada pasien DM yaitu sebagai berikut :

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia atau hipoglikemia.
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien akibat defisiensi insulin, kurangnya asupan makanan akibat adanya mual muntah.
3. Hipovolemia berhubungan dengan defisit cairan yang aktif, kegagalan mekanisme pengaturan dan asupan cairan yang tidak adekuat
4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan zat kimia, imobilitas fisik, perubahan status cairan, perubahan pigmentasi, ketidakseimbangan nutrisi, dan gangguan sirkulasi
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, imobilitas fisik, tirah baring, ketidakseimbangan antara suplai dengan kebutuhan oksigen

6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
7. Ansietas berhubungan dengan proses penyakit
8. Risiko infeksi berhubungan dengan Tindakan invasif, pertahanan diri primer maupun sekunder tidak adekuat, kadar glukosa yang tinggi dan penurunan fungsi leukosit.

F. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan khususnya diruang intensif merupakan kunci dari *continuity of care*. Idealnya, perencanaan asuhan keperawatan bersifat individualistik dan responsive terhadap kebutuhan unik pasien. Tujuannya adalah menyusun strategi untuk mengatasi hambatan atau masalah pasien. Perawat secara teratur meninjau kemajuan pasien dan merevisi rencana perawat yang sesuai kebutuhan pasien sehingga tercapainya luaran (*outcome*) yang diharapkan (Christina et al., 2019).

Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada kasus, perencanaan keperawatan tersebut meliputi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luar Keperawatan Indonesia (SLKI).

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah

Tujuan : kadar glukosa darah berada pada rentang normal

Kriteria hasil : kadar glukosa darah membaik

Intervensi :

- a. Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia

Rasional : agar dapat mengetahui tanda dan gejala hipoglikemia

- b. Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia

Rasional : agar meminimalisir penyebab dari hipoglikemia

- c. Berikan karbohidrat kompleks dan protein yang sesuai diet

Rasional : agar membantu mempertahankan kadar glukosa yang lebih stabil, menurunkan kadar kolestrol dan meningkatkan rasa kenyang

- d. Pertahankan kepatenan jalan napas

Rasional: kurangnya suplai glukosa ke otak menyebabkan ketidakefektifan bersihan jalan napas

- e. Pertahankan akses IV, jika perlu

Rasional: akses IV digunakan untuk pemberian obat/glukosa apabila pasien mengalami syok hipoglikemia

- f. Anjurkan monitor kadar glukosa darah

Rasional : agar mengetahui kondisi glukosa dalam darah apakah mengalami peningkatan atau penurunan

- g. Kolaborasi pemberian dekstrose

Rasional : larutan glukosa dapat ditambah setelah insulin dan cairan telah membawa glukosa darah kira-kira 180 mg/dl agar menghindari terjadinya hipoglikemia

- h. Kolaborasi pemberian glukagon

Rasional : agar membantu menaikkan kadar glukosa dalam batas normal

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien akibat defisiensi insulin, kurangnya asupan makanan akibat adanya mual muntah.

Tujuan : asupan nutrisi terpenuhi

Kriteria hasil : status nutrisi membaik

Intervensi :

a. Tentukan tujuan berat badan minimum dan kebutuhan nutrisi harian

Rasional : peningkatan status nutrisi meningkatkan kemampuan berfikir, yang memungkinkan dimulainya terapi psikologis

b. Susun kontrak dengan klien mengenai komitmen terhadap program terapi dan pemenuhan kebutuhan diet spesifik serta pencapaian tujuan

Rasional : keberhasilan individual meningkatkan ketika klien berkomitmen terhadap suatu kontrak

c. Gunakan pendekatan konsisten, duduk disamping klien ketika makan

Rasional : klien dapat mulai mempercayai respon staf

d. Berikan makanan padat nutrisi dalam porsi kecil dan sering serta kudapan tambahan yang sesuai

Rasional : dilatasi lambung dapat terjadi jika pemberian makanan Kembali dilakukan terlalu cepat setelah periode diet yang mengakibatkan kelaparan

e. Sediakan menu pilihan, dan biarkan klien memilih sendiri sebanyak mungkin

Rasional : klien yang memperoleh kepercayaan diri dan merasa dapat mengendalikan lingkungan cenderung makan makanan yang dipilihnya

f. Waspada dengan pilihan makanan dan minuman rendah kalori
 Rasional : klien akan mencoba menghindari mengonsumsi makanan yang dianggap mengandung kalori berlebihan

g. Pertahankan jadwal timbang berat badan rutin
 Rasional : memberikan catatan hasil yang akurat dan berkelanjutan tentang penurunan atau peningkatan berat badan

h. Pantau tanda-tanda *refeeding syndrome* yang menggambarkan gangguan cairan dan elektrolit, peningkatan beban kerja jantung, dan konsumsi oksigen
 Rasional : *Refeeding syndrome* dan gagal jantung kongestif dapat terjadi karena peningkatan asupan oral yang terlalu cepat

i. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan
 Rasional : agar mengetahui penyembuhan masalah yang mendasari tidak dapat terjadi tanpa peningkatan status nutrisi

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

Tujuan : kondisi volume cairan intravaskuler, interstisiel dan intraselular terpenuhi

Kriteria hasil : kadar hemoglobin membaik, membrane mukosa membaik

Intervensi :

a. Periksa tanda vital, pengisian kapiler, status membrane mukosa, dan turgor kulit

Rasional : indikator keadekuatan volume yang bersirkulasi.
Hipotensi ortostatik dapat terjadi dengan resiko jatuh dan cedera setelah perubahan posisi yang mendadak

- b. Berikan asupan cairan oral dan pantau jumlah cairan

Rasional : klien mungkin menolak semua asupan yang mengakibatkan dehidrasi atau cairan pengganti untuk asupan kalori, sehingga mengganggu keseimbangan elektrolit

- c. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena

Rasional : digunakan untuk mengoreksi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit dan mencegah disritmia jantung

4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan zat kimia, imobilitas fisik, perubahan status cairan, perubahan pigmentasi, ketidakseimbangan nutrisi, dan gangguan sirkulasi

Tujuan : gangguan integritas kulit teratasi

Kriteria hasil : kerusakan lapisan kulit menurun

Intervensi :

- a. Observasi adanya area yang mengalami kemerahan, pucat, dan ekskoriiasi

Rasional : indikator peningkatan risiko kerusakan kulit, yang memerlukan terapi yang lebih intensif

- b. Anjurkan untuk mandi setiap dua hari sekali

Rasional : mandi yang sering menyebabkan kekeringan kulit

- c. Gunakan krim kulit dua kali sehari dan setelah mandi

Rasional : melumasi kulit dan mengurangi rasa gatal

d. Masase kulit dengan lembut, khususnya pada area penonjolan tulang
Rasional : meningkatkan sirkulasi pada kulit dan meningkatkan tonus kulit

e. Tekankan pentingnya asupan nutrisi dan cairan yang adekuat
Rasional : peningkatan nutrisi dan hidrasi akan meningkatkan kondisi kulit

5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, imobilitas fisik, tirah baring, ketidakseimbangan antara suplai dengan kebutuhan oksigen

Tujuan : bertoleransi aktivitas dengan baik

Kriteria hasil : kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat

Intervensi :

a. Monitor kelelahan dan kelemahan fisik. Observasi adanya takikardia, kulit pucat, membran mukosa, dispnea, dan nyeri dada.
Rasional : memengaruhi pilihan intervensi dan kebutuhan terhadap bantuan

b. Pantau perubahan dalam keseimbangan, gangguan gaya berjalan, dan kelemahan otot

Rasional: dapat mengindikasikan perubahan neurologis terkait defisiensi Hb yang rendah, yang mempengaruhi keamanan pasien dan meningkatkan risiko cedera

c. Monitor pola dan jam tidur

Rasional : aktivitas mungkin perlu dikurangi hingga anemia berat setidaknya sudah diatasi sebagian untuk menurunkan kebutuhan oksigen tubuh dan mengurangi beban jantung dan paru

d. Anjurkan untuk mengganti posisi secara perlahan

Rasional : hipotensi postural atau hipoksia serebral dapat menyebabkan pusing, pingsan, dan peningkatan risiko cedera

e. Anjurkan bantuan dalam melakukan aktivitas dan ambulasi sesuai kebutuhan

Rasional : meskipun bantuan mungkin dibutuhkan, harga diri akan meningkat Ketika klien melakukan sesuatu untuk dirinya

f. Anjurkan untuk menghentikan aktivitas yang sedang dilakukan jika terjadi palpitasi, nyeri dada, dan sesak napas

Rasional : iskemia seluler meningkatkan resiko infark, dan peregangan kardiopulmonal secara berlebihan serta stress dapat menyebabkan dekompensasi dan gagal jantung

6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan : kecukupan informasi kognitif yang berkaitan dengan masalah meningkat

Kriteria hasil : perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat

Intervensi :

a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Rasional : memberikan informasi ketika pasien siap dan mampu dapat mengoptimalkan dalam peresapan informasi

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

Rasional : mengetahui faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

- c. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan

Rasional : untuk penunjang agar pencapaian materi lebih mudah dan menarik

- d. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan

Rasional : penjadwalan sesuai kesepakatan agar tidak mengganggu aktivitas masing-masing

- e. Berikan kesempatan untuk bertanya

Rasional : mengetahui sejauh mana pasien dapat menerima materi

- f. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatannya

Rasional : sebagai pengetahuan pasien

- g. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

Rasional : meminimalisir komplikasi yang akan timbul dan keluarga dapat menjalankan PHBS dengan optimal

- h. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

Rasional : untuk mengoptimalkan pencapaian keluarga sehat

- 7. Ansietas berhubungan dengan proses penyakit

Tujuan : ansietas berkurang dan kondisi emosi membaik

Kriteria hasil : verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun

Intervensi :

- a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah misalnya kondisi, waktu, stressor

Rasional : dapat menjadi sangat waspada, gelisah, sangat sensitif, atau menangis, atau dapat menyebabkan psikosis yang jelas.

Ansietas ringan mungkin ditunjukkan oleh iritabilitas dan insomnia

- b. Identifikasi proses berfikir, seperti ingatan, rentang perhatian dan orientasi terhadap orang

Rasional : menentukan luasnya gangguan proses sensorik

- c. Pantau respon fisik, perhatikan palpitasi, Gerakan berulang, dan insomnia

Rasional : meningkatkan jumlah sisi reseptor beta-adrenergik, disertai dengan efek dari kelebihan hormon tiroid, menghasilkan manifestasi klinik kelebihan katekolamin walaupun tingkat norepinefrin dan epinefrin normal

- d. Damping klien saat ansietas kembali

Rasional : meyakinkan klien dan orang terdekat bahwa walaupun klien merasa kehilangan kendali, lingkungan tetap aman

- e. Berikan dukungan harapan bahwa pengendalian emosi akan pulih sejalan kemajuan terapi obat

Rasional : memberikan informasi dan meyakinkan klien bahwa situasi hanya sementara dan akan membaik dengan terapi

- f. Menyediakan lingkungan yang aman

Rasional : mencegah cedera pada klien yang mungkin berhalusinasi dan mengalami disorientasi

8. Risiko infeksi berhubungan dengan Tindakan invasif, pertahanan diri primer maupun sekunder adekuat, kadar glukosa yang tinggi dan penurunan fungsi leukosit

Tujuan : tingkat infeksi menurun secara bertahap

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

Intervensi :

- a. Tekankan dan peragakan Teknik mencuci tangan yang benar.

Rasional : mencegah penyebaran bakteri dan kontaminasi silang

- b. Pertahankan Teknik aseptik dalam mengganti balutan dan prosedur insentif

Rasional : mengurangi resiko infeksi terkait perawatan kesehatan

- c. Inspeksi insisi bedah dan area jalur invasive untuk mengetahui adanya eritema dan drainase purulen

Rasional : deteksi dini terjadinya infeksi dapat mencegah komplikasi yang lebih serius

- d. Dorong klien untuk meminum jus asam, seperti *cranberry*

Rasional : mempertahankan keasaman urine dan mencegah bakteri menempel ke dinding kandung kemih untuk mengurangi pertumbuhan bakteri

e. Kolaborasi pemberian antimikroba atau antibiotik topikal, sesuai indikasi

Rasional : mengurangi kolonisasi bakteri atau jamur pada kulit; mencegah infeksi dalam luka

f. Dapatkan spesimen dari drainase purulent atau sputum untuk kultur dan sensitivitas

Rasional : mengidentifikasi agens infeksius; membantu memilih terapi yang tepat

g. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

Rasional : agar mengurangi kerentanan terhadap infeksi dan meningkatkan daya tahan tubuh.

G. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan atau yang biasa disebut dengan implementasi keperawatan adalah tindakan yang dilakukan seorang perawat untuk membantu seorang pasien terhadap masalah status kesehatan pasien yang dihadapi dengan baik, yang menggambarkan hasil yang diharapkan (Manullang, 2020).

1. *Cognitive implementations*

Yaitu merupakan pengajaran atau pendidikan, menghubungkan tingkat pengetahuan klien dengan kegiatan kehidupan sehari-hari, membuat strategi untuk klien dengan disfungsi komunikasi, memberi umpan balik, mengawasi tim keperawatan, serta menciptakan lingkungan yang sesuai dengan kebutuhan pasien dan lainnya.

2. *Interpersonal implementations*

Merupakan koordinasi kegiatan-kegiatan, meningkatkan pelayanan, menciptakan komunikasi terapeutik, menetapkan jadwal personal, mengungkapkan perasaan, membrikan dukungan spiritual, bertindak sebagai advokasi klien dan role model.

3. *Technical implementations*

Merupakan pemberian perawatan kebersihan kulit, melakukan aktivitas rutin keperawatan, menemukan perubahan dari data dasar klien, mengorganisir respon klien yang abnormal, melakukan tindakan keperawatan mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

H. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi merupakan penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dan Tindakan. Setelah dilakukan evaluasi tujuan tidak tercapai, maka akan ada beberapa kemungkinan yang perlu diperhatikan kembali yaitu: Tujuan tidak realistis, tindakan keperawatan belum tepat, faktor-faktor yang tidak bisa diatasi Menurut Manullang (2020), evaluasi dibagi menjadi 2 jenis yaitu :

1. Evaluasi proses

Berfokus bagaimana asuhan keperawatan diberikan secara langsung kepada pasien.

2. Evaluasi hasil

Dapat dilakukan diakhir proses keperawatan, bertujuan untuk menilai ketercapaian asuhan keperawatan yang diberikan selama proses keperawatan.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien Ny.S dengan Hipoglikemia dan Anemia di Ruang Penyakit Dalam 1403 Rumah Sakit Daerah (RSUD) Koja dari tanggal 23 - 25 Maret 2023. Pelaksanaan dilakukan sesuai dengan tahapan-tahap proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan dan evaluasi.

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas pasien

Pasien bernama Ny.S berusia 56 tahun, jenis kelamin perempuan, status kawin, beragama Islam, suku bangsa Jawa, pendidikan tamat SD, bahasa yang digunakan yaitu Bahasa Indonesia, pekerjaan sebagai buruh tukang cuci dan setrika, alamat Jl. Kampung muara bari, sumber biaya BPJS, sumber informasi didapatkan dari pasien, keluarga dan rekam medis pasien.

2. Resume

Pasien masuk pada hari Rabu, 22 Maret 2023 pukul 08:43 WIB ke RSUD Koja melalui IGD dengan keluhan pasien mengatakan mual, muntah 1x di rumah, merasa pusing, sering Lelah, keringat dingin sejak 5 hari yang lalu, pasien mengatakan sebelum kerumah sakit memeriksa GDS dengan hasil 40 mg/dl, pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit lambung, hipertensi dan sampai saat ini pasien masih rutin meminum obat hipertensi yaitu Almodipine 10 mg. Saat dilakukan pemeriksaan GDS hasilnya 41 mg/dl.

Keadaan umum pasien lemah, akral dingin, CRT >3 detik, hasil TTV: Tekanan darah 159/96 mmHg, Nadi 70x/menit, frekuensi nafas 20x/menit, suhu 36⁰C, SPO₂ 90%, pasien di diagnosa Hipoglikemia dan Anemia. Pasien dipindahkan keruang rawat penyakit dalam lantai 4 blok D RSUD Koja.

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 22 Maret 2023 pemeriksaan darah lengkap ditemukan Hemoglobin *8.3 g/dL (12.5–16.0), Leukosit 9.49 10³/uL (4.00-10.50), Hematokrit *24.0 % (37.0 - 47.0), Trombosit 335 10³uL (182-369), Eritrosit *2.80 juta/uL (4.20-5.40), MCV 86 fL (78 – 100), MCH 30 pg (27-31), MCHC 35g/dL (32 – 36) RDW-CV 13.3 % (11.5 – 14.0). Hasil pemeriksaan Elektrolit ditemukan Natrium *131 mEq/L (135-147), Kalium *5.44 mEq/L (3.5-5.0), Klorida 98 mEq/L (96-108), Ureum *80.7 mg/dL (16.6-48.5), Kreatinin *6.26 mg/dL (0.51—0.95), Glukosa sewaktu *262 mg/dL (70-200).

Hasil pemeriksaan EKG (Elektrokardiogram) pada 22 Maret 2023 ditemukan hasil sinus aritmia yang artinya adalah kondisi yang ditandai dengan perubahan irama jantung menjadi lebih cepat atau lebih lambat.

Masalah Keperawatan yang muncul pada pasien Ny.S yaitu perfusi perifer tidak efektif, ketidakstabilan kadar glukosa darah, mual, intoleransi aktivitas dan resiko defisit nutrisi. Tindakan keperawatan mandiri yang telah diberikan yaitu mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia, mengidentifikasi penyebab hipoglikemia, memeriksa sirkulasi perifer misalnya nadi, edema, dan memeriksa faktor resiko gangguan sirkulasi, misalnya diabetes dan hipertensi. Tindakan kolaborasi yang telah diberikan yaitu pemberian cairan Dextrose 0,9% 500/13jam, Injeksi Ranitidine 2x1

mg, Injeksi Ondansetron 2x1 mg, dan Injeksi Renxamin 1x1 mg, pemberian tranfusi darah *Packed Red Cells* (PRC) 1 kantong golongan B.

3. Riwayat keperawatan

a. Riwayat Keperawatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan masih merasa pusing, mual, keringat dingin, tidak nafsu makan, merasa lemas.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan pernah dirawat dirumah sakit selama 4 hari karena penyakit lambung. Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan DM selama 12 tahun.

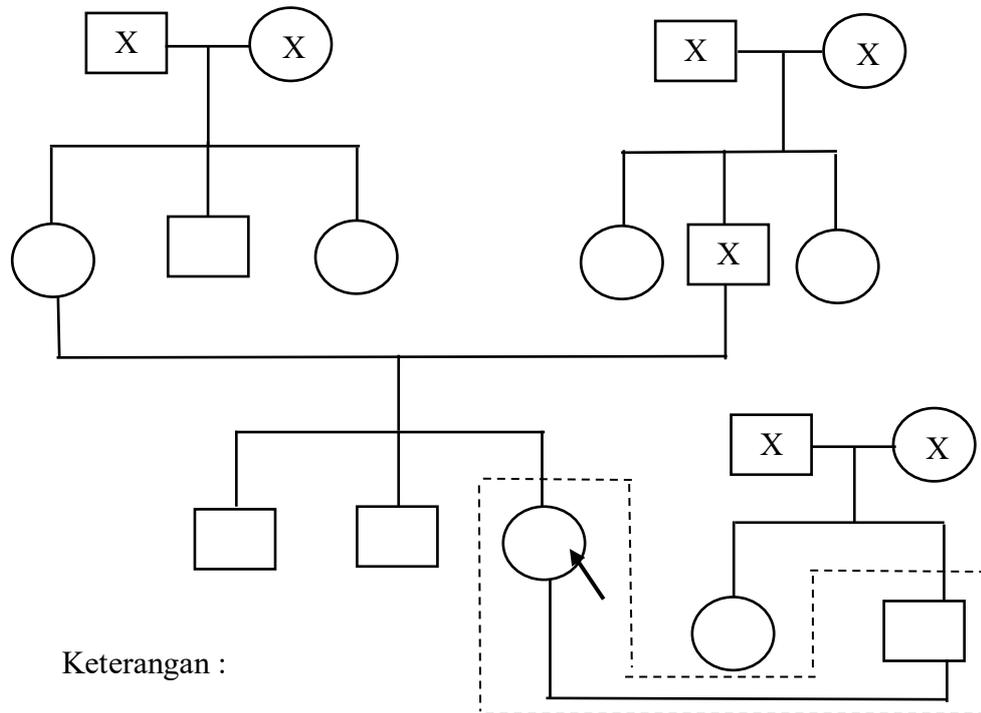
c. Riwayat alergi

Pasien mengatakan memiliki alergi terhadap makanan yaitu telur, tetapi tidak ada alergi terhadap obat obatan.

d. Riwayat pemakain Obat

Pasien mengatakan masih mengkonsumsi obat Almodipine 10 mg secara rutin, untuk obat DM pasien mengatakan tidak mengingat oba tapa saja yang diminum

e. Riwayat Kesehatan keluarga



Keterangan :

□ = Laki-laki

○ = Perempuan

— = Menikah

↗ = Pasien

X = Meninggal

| = Keturunan

----- = Tinggal Serumah

Penjelasan : Pasien merupakan anak ke 3 dari 3 bersaudara, pasien sudah menikah dan memiliki 2 anak laki-laki, 1 anak perempuan, pasien tinggal bersama suami dan ke 2 anaknya yang belum menikah, pengambil keputusan dalam keluarga dilakukan oleh suami, komunikasi pasien dalam keluarga baik dan pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki Riwayat penyakit DM.

f. Riwayat penyakit yang pernah diderita keluarga

Pasien dan keluarga mengatakan jika dalam anggota keluarga tidak ada yang menjadi faktor resiko penyakit Diabetes melitus dan anemia pada Ny.S.

g. Riwayat Psikososial dan Spritual

Pasien mengatakan orang terdekatnya adalah suaminya dan anak no dua. Pola komunikasi dua arah dan tidak ada gangguan dalam komunikasi, pasien mengatakan pengambil keputusan adalah suaminya. Dampak penyakit terhadap keluarga adalah pasien mengatakan keluarga merasa ada yang kurang dalam rumah, dan tidak ada yang menyiapkan makanan untuk keluarga kecilnya. Pasien mengatakan masalah-masalah yang mempengaruhi pasien saat ini adalah pasien ingin cepat pulang dan kembali beraktivitas untuk membantu suaminya mencari uang untuk kehidupan sehari-hari. Mekanisme koping pasien terhadap stress biasanya pasien mendengarkan musik di dalam kamar. Hal yang dipikirkan oleh pasien saat ini yaitu pasien ingin cepat pulang dan berkumpul dengan keluarganya dan ingin bertemu dengan cucunya. Harapan setelah menjalani perawatan pasien berharap setelah perawatan selama di Rumah Sakit pasien dapat melakukan kembali aktivitas sehari-hari dan tidak masuk rumah sakit lagi. Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit pasien mengatakan dirinya hanya berbaring diatas tempat tidur, tidak bisa beraktivitas seperti biasanya. Sistem nilai kepercayaan yang dianut pasien adalah Islam, pasien mengatakan tidak ada nilai nilai kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatan. Kegiatan keagamaan

yang biasa dilakukan pasien yaitu sholat. Kondisi lingkungan rumah pasien baik dan bersih, jendela dan ventilasi cukup, sumber air bersih, tidak ada faktor resiko dari lingkungan rumah yang menyebabkan penyakit pasien timbul.

h. Pola Kebiasaan Sehari-hari

1. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : pasien mengatakan frekuensi makannya 3 x/hari, nafsu makan baik, pasien menghabiskan ½ porsi karena pasien diet sehat DM dengan 3J, pasien mengatakan tidak ada makanan yang tidak disukainya, pasien memiliki alergi terhadap telur, dan ada makanan pantangan pasien yaitu jeroan. Pasien memiliki diet yaitu makanan dan minuman yang tinggi gula, kacang-kacangan, pasien mengatakan tidak ada pemakaian obat-obatan sebelum makan dan tidak ada penggunaan alat bantu makan (NGT, dan lain-lain).

Dirumah sakit : pasien makan 3x/hari, porsi yang dihabiskan hanya 3 sendok makan, nafsu makan tidak baik, pasien mengatakan tidak menyukai makanan rumah sakit karena terasa hambar dan pasien masih merasa mual jika makan. Makanan yang tidak disukai tidak ada, tidak ada makanan yang membuat pasien alergi, pasien mengatakan mendapatkan pantangan makanan manis, pasien mendapatkan diet TKTP dan DM (rendah gula). Pasien tidak ada pemakaian obat-obatan sebelum makan dan tidak ada penggunaan alat bantu makan (NGT, dan lain-lain).

2. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan BAK tidak tentu, warna kuning jernih, tidak ada keluhan saat buang air kecil. Pasien tidak menggunakan alat bantu (kateter, dan lain-lain), pasien mengatakan BAB satu hari sekali saat pagi, warna kecoklatan, konsistensi padat.

Di rumah sakit : pasien BAK ± 500 cc/hari, warna kuning jernih, tidak ada keluhan saat buang air kecil, pasien tidak menggunakan alat bantu (kateter, dan lain-lain), pasien mengatakan terkadang konstipasi, akhir-akhir ini BAB 1x/2hari selama di RS, warna kuning kecokelatan, konsistensi padat.

3. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit : pasien mandi ± 2 x/hari, saat pagi dan sore hari, gosok gigi setiap mandi, cuci rambut 3x/minggu.

Dirumah sakit : pasien mengatakan selama masuk rumah sakit belum mandi hanya cuci muka, pasien mengatakan jarang menggosok gigi selama dirawat, dan belum cuci rambut selama 3 hari.

4. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : pasien mengatakan biasa tidur siang 3 jam/hari, pasien mengatakan tidur malam 7 jam/hari, pasien tidak ada kebiasaan sebelum tidur.

Di Rumah Sakit : pasien mengatakan tidur malam 5 jam/hari, saat sudah terjaga sulit untuk tidur kembali, pasien mengatakan lebih sering tidur disiang 4jam/hari tidak ada kebiasaan sebelum tidur.

5. Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit : pasien bekerja sebagai tukang cuci dan setrika, biasanya pasien bekerja dari pagi sampai sore. Pasien tidak melakukan olahraga, tidak ada keluhan saat beraktivitas.

Dirumah sakit : aktivitas pasien seperti makan, toileting, minum obat masih dibantu perawat dan keluarga karena pasien mengatakan lemas.

6. Kebiasaan yang mempengaruhi Kesehatan

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak merokok. dan tidak pernah menggunakan obat-obatan nafza atau mengonsumsi minuman beralkohol.

Di rumah sakit : pasien mengatakan tidak memiliki kebiasaan merokok, minum alkohol dan menggunakan obat-obatan nafza selama di rumah sakit.

4. Pengkajian Fisik

a) Pemeriksaan fisik umum

Berat badan pasien sebelum sakit 60 Kg, saat sakit berat badan pasien mengalami penurunan 10 kg, berat badan setelah sakit 50 kg, tinggi badan pasien 159 Cm, tanda-tanda vital : TD : 156/96 mmHg, frekuensi pernapasan : 20x/menit, suhu tubuh : 36⁰C, keadaan umum pasien

compos mentis dengan GCS 15 (E4V6M5), sakit sedang dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b) Sistem penglihatan

Posisi mata simetris, kelopak mata tidak menutup, bola mata dapat bergerak ke segala arah, konjungtiva merah muda, sklera anikterik, pupil isokor, otot-otot dapat berkontraksi dengan baik, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda-tanda radang pada mata, tidak ada penggunaan kaca mata, tidak ada pemakaian lensa kotak, dan reaksi mata pasien terhadap cahaya positif.

c) Sistem pendengaran

Daun telinga normal pada kedua telinga, karakteristik serumen berwarna kuning konsistensi kental, bau khas, kondisi telinga normal, tidak terdapat cairan pada kedua telinga, tidak ada perasaan penuh pada telinga, tidak ada gangguan keseimbangan, tidak ada penggunaan dengan alat bantu.

d) Sistem wicara

Pasien dapat berbicara dengan lancar tidak ada dysarthria dan afasia.

e) System pernafasan

Jalan napas pasien bersih, tidak sesak napas, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, frekuensi napas 20x/mnt, irama teratur, kedalaman napas pasien dalam, pasien tidak mengalami batuk, tidak ada sputum, atau batuk darah, napas berbau keton.

f) Sistem kardiovaskuler

1. Sistem perifer : Frekuensi nadi 90x/menit, irama teratur, tekanan darah 156/96mmHg. Tidak ada distensi vena jugularis baik di kanan maupun kiri, temperature kulit hangat, warna kulit pucat, pengisian kapiler <3detik, tidak ada edema atau pembengkakan.

2. Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut apical 70x/menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung. Pasien tidak ada keluhan sakit dada.

g) Sistem hematologi

Pasien terlihat pucat dan tidak ada perdarahan, Hb 8,3g/Dl

h) System syaraf pusat

Pasien memiliki keluhan pusing, kesadaran compos mentis, GCS pada E4M6V5, tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, pasien tidak kejang, pelo, pada pemeriksaan refleks, refleks fisiologis pasien normal, refleks patologi pada pasien tidak ada, tidak ada baal pada ekstremitas.

i) System pencernaan

Keadaan gigi tidak ada caries, pasien tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah pasien kotor, saliva normal, pasien mengatakan tidak muntah selama dirawat di RS, tidak ada nyeri daerah perut, bising usus 8 x/menit, pasien tidak ada diare, pasien mengalami konstipasi selama 2 hari saat di Rumah Sakit, namun saat pengkajian dihari ke 2 pasien sudah BAB, abdomen teraba lembek.

j) Sistem endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening pada pasien, nafas pasien tidak berbau keton, pasien tidak mengalami tanda 3P (Polifagi, Polidipsi, Poliuri), tidak terdapat luka gangren pada ekstremitas.

k) Sistem Urogenetal

Balance cairan pasien Intake 2300ml, Output 500ml, tidak ada perubahan pola kemih pada pasien, BAK pasien pasien berwarna kuning jernih, tidak teraba distensi/ketegangan kandung kemih, tidak ada keluhan sakit pinggang, tidak ada gatal-gatal di area urogenital.

l) Sistem Integumen

Turgor kulit menurun, akral teraba dingin, warna kulit pucat, keadaan kulit baik tidak terdapat luka maupun lesi, tidak ada kelainan kulit, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik tidak terjadi kemerahan dan bengkak.

m) Sistem Muskuloskeletal

Pasien mengatakan ada kesulitan dalam beraktivitas karena pasien merasa mual dan pusing, pasien mengatakan tidak ada sakit pada tulang, sendi, ataupun kulit, pasien tidak memiliki kelainan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot ekstremitas kanan atas bawah 5555, ekstremitas kiri atas dan bawah 5555.

5. Data Tambahan (Pemahaman tentang penyakit) :

Pasien dan keluarga mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit yang dialami pasien sejak 12 tahun yang lalu, pasien mengatakan mengurangi makan makanan yang manis-manis, dan makan dengan porsi sedikit. Pasien

juga mengatakan menderita penyakit Hipertensi dan sudah meminum obat amlodipine 10 mg.

6. Data Penunjang

Pada tanggal **22 maret 2023** pasien melakukan pemeriksaan GDS awal 41 mg/dl

Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Pada tanggal 24 Maret 2023, dilakukan pemeriksaan darah rutin ditemukan hasil Hemoglobin *11.2 g/dL (12.5-16.0), Jumlah Leukosit $10.44 \cdot 10^3/uL$ (4.00-10.50), Hematokrit *33.0 % (37.0-47.0), Jumlah Trombosit $213 \cdot 10^3uL$ (182-369).

Hasil Pemeriksaan Radiologi

Pada tanggal 24 Maret 2023, dilakukan pemeriksaan USG Ginjal ditemukan hasil vesika urinaria tampak terisi cairan, dinding tidak menebal, regular, tidak tampak batu/massa uterus normal. Dengan kesimpulan adanya kista ginjal bilateral, proses kronis ginjal bilateral, tidak tampak batu pada kedua ginjal dan vesika urinaria.

7. Penatalaksanaan Medis

Pasien mendapatkan Infus Natrium Klorida 0,9% 500 cc/18jam, Amlodipine 1x5 mg pada pukul 11:00 WIB, Asam folat Tablet 2x1 pada pukul 11:00, 22:00 WIB, Ondansetron 2x1 mg pada pukul 11:00, 22:00 WIB, dan Bicnat Tablet 2x1 mg pukul 11:00 dan 16:00 WIB, pemberian tranfusi darah *Packed Red Cells* (PRC) 1 kantong golongan B pada tanggal 23 Maret 2023 pukul 19:30 WIB.

8. Data Fokus

Data Subjektif : Hasil pengkajian pada tanggal 23 Maret 2023, pasien mengatakan masih merasa mual, nafsu makan masih kurang baik, masih merasa pusing, lemas, keringat dingin, dan pasien mengatakan sering merasa mengantuk, mengatakan sejak masuk rumah sakit belum BAB selama 2 hari pasien mengeluh sulit mengeluarkan feses saat BAB. Suami pasien mengatakan pasien sudah menderita Diabetes Melitus sejak 12 tahun, pasien mengatakan rajin minum obat DM yang diberikan Puskesmas, pasien mengatakan saat di rumah makan dengan porsi sedikit dengan nasi putih, pasien juga mengatakan tidak mengetahui bagaimana porsi makan yang baik bagi penderita DM, suami pasien mengatakan pasien memiliki Hipertensi dan sampai saat ini masih mengkonsumsi obat Almodipine 10mg. Pasien mengatakan pernah dirawat di rumah sakit selama 4 hari karena asam lambung.

Data Objektif : Pasien tampak lemas, pucat, akral teraba dingin, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat, terjadi penurunan berat badan pasien dari 60 kg menjadi 50 kg selama 6 bulan, tinggi badan pasien 150 cm. TTV pasien Tekanan darah 159/96mmHg, Frekuensi nadi 70x/menit, frekuensi pernafasan 20x/menit, suhu 36⁰C. CRT >3detik, bising usus 8x/menit, GDS pada tanggal 22 maret 2023 41 mg/dl, GDS pada tanggal 23 maret 2023 pukul 11:00 100 mg/dl , pukul 11.00 WIB 110 mg/dl, pukul 15.00 WIB 101 mg/dl dan pukul 19.00 WIB 70 mg/dl.

9. Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1	<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan masih sering merasa pusing, lemas, dan mudah lelah</p> <p>Data Objektif :</p> <p>kesadaran compos mentis, pengisian kapiler >3 detik, pasien tampak lemas, tampak pucat, akral teraba dingin, aktivitas pasien dibantu keluarga, Hemoglobin *8.3 g/dL (12.5–16.0)</p>	<p>Perfusi perifer tidak efektif</p>	<p>b.d Penurunan konsentrasi Hemoglobin</p>
2	<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan lemas, keringat dingin, sering mengantuk, pasien mengatakan sudah 12 tahun terkena penyakit DM, suami pasien mengatakan pasien rutin minum obat DM yang diberikan puskesmas.</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>	<p>Penggunaan obat glikemik oral</p>

	<p>Data Objektif :</p> <p>tekanan darah 156/96 mmHg, frekuensi napas 20 x/menit, frekuensi nadi 90 x/menit, suhu tubuh pasien 36⁰C, GDS tanggal 22/03/2023 41 mg/dl, nilai GDS tanggal 23/03/2023 pukul 11.00 WIB 100 mg/dl, pukul 11.00 WIB 110 mg/dl, pukul 15.00 WIB 101 mg/dl dan pukul 19.00 WIB 70 mg/dl.</p>		
3	<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan masih mual, pasien mengatakan tidak selera untuk makan.</p> <p>Data Objektif :</p> <p>Pasien tampak pucat, nadi 70x/menit, nilai ureum *80.7 mg/dL (16.6-48.5), Kreatinin *6.26 mg/dL (0.51-0.95)</p>	Nausea	b.d Gangguan biokimia (uremia, nilai ureum 80.7 mg/dL
4	<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan merasa pusing saat melakukan aktivitas, pasien</p>	Intoleransi aktivitas	b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

	<p>mengatakan lelah beraktivitas, dan merasa lemah</p> <p>Data Objektif :</p> <p>Hasil TTV sebelum malakukan aktivitas tekanan darah 120/90 mmHg, Nadi 70x/menit, frekuensi nafas 20x/menit. Hasil TTV sesudah melakukan aktivitas tekanan darah 159/90 mmHg, nadi 97x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit.</p>		
5	<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan masih mual, pasien mengatakan tidak selera untuk makan.</p> <p>Data Objektif :</p> <p>Terjadi penurunan berat badan dari 60 kg menjadi 50 kg, tinggi badan 150 cm, porsi makan yang dihabiskan hanya ½ porsi, membrane mukosa pucat.</p> <p>Ureum : 80,7 mg/Dl</p>	Resiko Defisit Nutrisi	b.d Ureum yang meningkat (80,7 mg/dL

	<p>GDS :</p> <p>Tanggal 22/03/2023 41 mg/dl,</p> <p>Tanggal 23/03/2023 pukul 11.00</p> <p>WIB 100 mg/dl, pukul 11.00 WIB</p> <p>110 mg/dl, pukul 15.00 WIB 101</p> <p>mg/dl dan pukul 19.00 WIB 70</p> <p>mg/dl.</p>	
--	--	--

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa data di atas maka dapat dirumuskan diagnose keperawatan secara prioritas sebagai berikut:

1. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin.
2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah d.d Penggunaan obat glikemik oral.
3. Nausea b.d Gangguan biokimia (uremia, nilai ureum 80.7 mg/dL
4. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
5. Resiko Defisit Nutrisi b.d ketidak mampuan mencerna makanan (mual).

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi

1. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi Hemoglobin

Data Subjektif :

Pasien mengatakan masih sering merasa pusing.

Data Objektif :

kesadaran compos mentis, pengisian kapiler >3 detik, pasien tampak lemas, tampak pucat, akral teraba dingin, turgor kulit menurun, aktivitas pasien dibantu keluarga, Hemoglobin *8.3 g/d L (12.5–16.0), Hematokrit *24.0 % (37.0-47.0), Eritrosit *2.80 juta/uL (4.20-5.40).

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka perfusi perifer meningkat.

Kriteria hasil : Pengisian kapiler membaik, akral membaik, turgor kulit membaik, kelemahan otot menurun, warna kulit pucat menurun.

Rencana Tindakan

- a. Periksa sirkulasi perifer (Nadi perifer, edema, warna, suhu)
- b. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, hipertensi dan kadar kolestrol tinggi)
- c. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
- d. Anjurkan berolahraga saat di rumah
- e. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur

Pelaksanaan

Tanggal 23 Maret 2023

Pukul 09:30 WIB memeriksa sirkulasi perifer (Nadi perifer, edema, warna, suhu), hasil : Tekanan darah 156/96, tidak terdapat edema pada ekstremitas, warna kulit pucat, suhu tubuh 36⁰C. Pukul 12.00 mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, hipertensi dan kadar kolestrol tinggi), hasil : pasien mengatakan memiliki DM sejak 12 tahun yang lalu, keluarga mengatakan pasien memiliki hipertensi, dan kolestrol). Pukul 14.00, menganjurkan berolahraga saat dirumah hasil : Pasien mengatakan akan mencoba melakukan senam kaki di rumah saat ada waktu luang. Pukul 17.00 menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur (hasil : Tekanan darah pasien menurun menjadi 120/90 mmhg dari 145/100). Pukul 22:00 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 125/85 mmHg, frekuensi nadi 96 kali permenit, frekuensi nafas 23 kali permenit, suhu 36,7⁰C, memantau saturasi oksigen dengan hasil saturasi 99%. Pukul 07:00 WIB mengganti cairan infus dextrose 0,9% 500/13 jam Injeksi Ranitidine 2x1 mg, Injeksi Ondansetron 2x1 mg, dan Injeksi Renxamin 1x1 mg,

Tanggal 24 Maret 2023

Pukul 10.00 WIB memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, warna, suhu), (hasil : Tekanan darah 140/100, tidak terdapat edema pada ekstremitas). Pukul 14.00 mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, hipertensi dan kadar kolestrol tinggi), (hasil : pasien mengatakan memiliki DM sejak 12 tahun yang lalu, keluarga mengatakan

pasien memiliki hipertensi, dan kolestrol). Pukul 18.00 memberikan obat amlodipine 10 mg (hasil : sudah diberikan obat amlodipine 10 mg melalui oral dan tidak ada reaksi alergi yang ditimbulkan oleh pasien, tekanan darah pasien masih diatas normal 130/90 mmHg. Pukul 06.35 WIB mengkaji kesadaran umum pasien dengan hasil GCS E4V5M6 pasien masih tampak mengalami penurunan kesadaran. Pukul 07:00WIB mengganti cairan infus dextrose 0,9% 500/13 jam memberikan obat ranitidine 2x1 mg, renxamin 1x1 mg.

Tanggal 25 Maret 2023

Pukul 09:30 WIB memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, warna, suhu), (hasil : Tekanan darah 120/100, tidak terdapat edema pada ekstremitas). Pukul 13.00 mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, hipertensi dan kadar kolestrol tinggi), (hasil : pasien mengatakan memiliki DM sejak 12 tahun yang lalu, keluarga mengatakan pasien memiliki hipertensi, dan kolestrol). Pukul 17.00 menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur (hasil : sudah diberitahukan, pasien mengatakan rutin minum obat amlodipine 10mg).

Evaluasi

Subjektif : Pasien mengatakan masih merasa pusing, lemas dan aktivitas masih dibantu oleh keluarga.

Objektif : Pengisian kapiler >3 detik, pasien tampak lemas, tampak pucat, akral teraba dingin, turgor kulit menurun, aktivitas pasien dibantu keluarga, Hemoglobin *11.2 g/d L (12.5–16.0), Leukosit $10.44 \times 10^3/uL$ (4.00-10.50),

Hematokrit *33.0 % (37.0-47.0), Trombosit $213 \times 10^3/\mu\text{L}$ (182-369), Eritrosit *2.80 juta/ μL (4.20-5.40).

Analisa : Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

Perencanaan : Intervensi dihentikan

2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Hipoglikemi

Ditandai dengan:

Data Subjektif:

Pasien mengatakan lemas, keringat dingin, sering mengantuk, pasien mengatakan sudah 12 tahun terkena penyakit DM, suami pasien mengatakan pasien rutin minum obat DM yang diberikan puskesmas.

Data Subjektif:

GDS tanggal 22/03/2023 pukul 08:48 WIB: 41mg/dl, tanggal 23/03/2023 pukul 11.00 WIB 100 mg/dl, pukul 11.00 WIB 110 mg/dl, pukul 15.00 WIB 101 mg/dl dan pukul 19.00 WIB 70 mg/dl.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka masalah kestabilan kadar gula darah berada dalam rentang normal.

Kriteria Hasil: Pusing menurun, lelah/lesuh menurun, kadar glukosa dalam darah dalam batas normal (70-130 mg/dl), TTV dalam batas normal (TD: 120/80 mmHg, frekuensi napas 18-22x/menit, frekuensi nadi 80-100x/menit, suhu $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$).

Rencana Tindakan :

- a. Kaji keadaan umum pasien
- b. Monitor tanda-tanda vital

- c. Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia, identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia
- d. Anjurkan monitor kadar glukosa darah/ 4 jam
- e. Ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia (mengurangi insulin/agen oral dan/atau meningkatkan asupan makanan untuk berolahraga)

Pelaksanaan

Tanggal 23 Maret 2023

Pada pukul 08.00 WIB mengkaji keadaan umum pasien, pasien tampak lemah, keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis: pukul 08.30 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tekanan darah 156/96 mmHg, nadi 90 x/menit, pernafasan 10 x/menit, suhu 36°C; monitor kadar glukosa darah/ 4 jam, pada pukul 09.00 WIB gula darah pasien 150 mg/dl: pukul 10.00 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia pasien tampak lemah dan pasien mengatakan pusing; pukul 11.00 WIB monitor kadar glukosa darah/ 4 jam, gula darah pasien 110 mg/dl; pada pukul 12.30 WIB mengidentifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia, penyebab hipoglikemia adalah nafsu makan pasien menurun dibuktikan keluarga pasien mengatakan pasien terakhir makan pukul 18.00 WIB sebanyak 3 sendok bubur dan sebelumnya kemarin siang pukul 14.00 WIB makan tetapi sedikit, pasien mengatakan sebelum sakit nafsu makannya menurun karena cepat kenyang dan jika terlalu banyak makan maka pasien merasa mual; pukul 13.00 WIB mengajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia, pasien makan sedikit tetapi sering untuk meningkatkan asupan makanan dan

mencegah mual; pukul 15.00 WIB monitor kadar glukosa darah, glukosa darah pasien 101 mg/dl. Pukul 21.00 WIB memonitor kadar glukosa darah pasien 70 mg/dl. Pukul 06:00 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 125/85 mmHg, frekuensi nadi 96 kali permenit, frekuensi nafas 23 kali permenit, suhu 36,7°C, memantau saturasi oksigen dengan hasil saturasi 99%. Pukul 07:00 WIB mengganti cairan infus dextrose 0,9% 500/13 jam memberikan obat ranitidine 2x1 mg, renxamin 1x1 mg.

Tanggal 24 Maret 2023

Pada pukul 08.00 WIB mengkaji keadaan umum pasien, pasien tampak lemah dan merasa pusing, keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis; pukul 09.00 WIB memantau tanda-tanda vital pasien, tekanan darah 150/80 mmHg, frekuensi nadi 88 x/menit, frekuensi napas 22 x/menit, suhu 35°C; monitor kadar glukosa darah/ 6 jam, pada pukul 11.00 WIB gula darah pasien 228 mg/dl; pukul 17.00 WIB monitor kadar glukosa darah/ 6 jam, gula darah pasien 109 mg/dl; pukul 23.00 WIB monitor kadar glukosa darah, glukosa darah pasien 84 mg/dl. Pukul 06.20 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 106/60 mmHg, frekuensi nadi 90 kali permenit teraba lemah, frekuensi nafas 24 kali permenit, suhu 36.5°C, spO2 99%. Pukul 07:00 WIB mengganti cairan infus dextrose 0,9% 500/13 jam memberikan obat ranitidine 2x1 mg, renxamin 1x1 mg.

Tanggal 25 Maret 2023

Pada pukul 08.00 WIB mengkaji keadaan umum pasien, pasien tampak lemah dan merasa pusing, keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis; pukul 09.00 WIB memantau tanda-tanda vital pasien,

tekanan darah 140/100 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi napas 18 x/menit, suhu 36°C; monitor kadar glukosa darah/ 6 jam, pada pukul 12.00 WIB gula darah pasien 145 mg/dl; pukul 18.00 WIB monitor kadar glukosa darah/ 6 jam, gula darah pasien 130 mg/dl. Pukul 20.00 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 109/72 mmHg, frekuensi nadi 106 kali permenit, frekuensi nafas 23 kali permenit, suhu 36,4°C, spO2 94%. Pukul 07:00WIB mengganti cairan infus dextrose 0,9% 500/13 jam memberikan obat ranitidine 2x1 mg, renxamin 1x1 mg.

Evaluasi

Subjektif: pasien mengatakan masih merasa sakit kepala/pusing, dan lemas.

Objektif: Pasien masih tampak lemas, Tekanan Darah 140/100 mmHg frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi napas 18 x/menit, suhu 36°C, hasil GDS 145 mg/dl (siang), 130 mg/dl (sore)

Analisa: Tujuan belum tercapai

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan poin a, c, d, e

3. Nausea b.d Uremia

Data subjektif : Pasien mengatakan masih mual, pasien mengatakan tidak selera untuk makan.

Data objektif : Pasien tampak pucat, mukosa bibir kering, nilai ureum *80.7 mg/dL (16.6-48.5), Kreatinin *6.26 mg/dL (0.51—0.95)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka masalah tingkat nausea menurun.

Kriteria Hasil : nafsu makan meningkat, keluhan mual menurun, frekuensi makan meningkat, pucat membaik, takikardia membaik, Ureum menurun (*16.6-48.5 mg/dL), kreatinin menurun (0.51-0.95 mg/dL).

Rencana Tindakan :

- a. Identifikasi pengalaman mual
- b. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis.nafsu makan)
- c. Identifikasi factor penyebab mual
- d. Monitor mual
- e. Monitor asupan nutrisi dan kalori
- f. Berikan makanan dalam jumlah kecil. Rendah protein, dan rendah lemak
- g. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup
- h. Anjurkan sering membersihkan mulut
- i. Anjurkan penggunaan Teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual
- j. Kolaborasi pemberian antiemetic

Pelaksanaan

Tanggal 23 Maret 2023

Pukul 09.30 WIB mengidentifikasi pengalaman mual (hasil : pasien mengatakan sering merasa mual), mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (hasil : pasien mengatakan nafsu makannya berkurang karena merasa mual), memberikan obat ondansentron 4 mg untuk mengatasi mual, mengevaluasi pemberian obat ondansentron sudah diberikan melalui oral, tidak ada reaksi alergi tetapi pasien mengatakan masih merasakan mual. Pukul 13.00 WIB memonitor mual (hasil : pasien mengatakan mualnya tidak menentu). Pukul 16.00 WIB menganjurkan pasien untuk sering

membersihkan mulut (hasil: pasien mengatakan hanya membersihkan mulutnya setiap 1x sehari yaitu di pagi hari), memonitor asupan nutrisi dan memberikan makanan dalam jumlah kecil (hasil : sudah diberikan makanan dalam jumlah kecil namun sering dan makanan dihabiskan. Pukul 19.00 WIB memberikan obat ondansetron 4mg untuk mengatasi mual, (hasil: sudah diberikan ondansetron 4mg, dan tidak ada efek alergi obat pada pasien). Pukul 20.00 WIB menganjurkan pasien jika merasa mual akan selalu mencium minyak aromaterapi. Pukul 07:00 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 125/85 mmHg, frekuensi nadi 96 kali permenit, frekuensi nafas 23 kali permenit, suhu 36,7°C, memantau saturasi oksigen dengan hasil saturasi 99%. Pukul 07:00WIB mengganti cairan infus dextrose 0,9% 500/13 jam memberikan obat ranitidine 2x1 mg, renxamin 1x1 mg.

Tanggal 24 Maret 2023

Pukul 09.00 mengidentifikasi pengalaman mual (hasil : pasien mengatakan sering merasa mual), mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (hasil : pasien mengatakan nafsu makannya berkurang karena merasa mual). Pukul 13.00 WIB memonitor mual (hasil : pasien mengatakan mualnya tidak menentu). Pukul 18.00 WIB memonitor asupan nutrisi dan memberikan makanan dalam jumlah kecil (hasil : sudah diberikan makanan dalam jumlah yang kecil namun sering. Menganjurkan pasien untuk istirahat dan tidur yang cukup (hasil : pasien sudah tidur siang dan istirahat yang cukup), menganjurkan sering membersihkan mulut (hasil : sudah dianjurkan kepada pasien dan keluarga untuk sering membersihkan mulut). Pukul 18.00 WIB memberikan obat ondansetron 4mg (hasil: sudah diberikan obat

ondansetron melalui oral dan tidak ada reaksi alergi yang ditimbulkan oleh pasien, pasien mengatakan masih merasakan sedikit mual. Pukul 06.35 WIB mengkaji kesadaran umum pasien dengan hasil GCS E4M6V5, pasien masih tampak mengalami penurunan kesadaran. Pukul 07:00WIB mengganti cairan infus dextrose 0,9% 500/13 jam memberikan obat ranitidine 2x1 mg.

Tanggal 25 Maret 2023

Pukul 09.30 mengidentifikasi pengalaman mual (hasil: pasien mengatakan sering merasa mual), mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (hasil: pasien mengatakan nafsu makannya berkurang karena merasa mual). Pukul 12.00 memonitor mual (hasil: pasien mengatakan mualnya tidak menentu). Pukul 14.00 memonitor asupan nutrisi dan memberikan makanan dalam jumlah kecil (hasil: sudah diberikan makanan dalam jumlah yang kecil namun sering. Menganjurkan pasien untuk istirahat dan tidur yang cukup (hasil: pasien sudah tidur siang dan istirahat yang cukup), menganjurkan sering membersihkan mulut (hasil: sudah dianjurkan kepada pasien dan keluarga untuk sering membersihkan mulut). Pukul 18.00 menganjurkan untuk melakukan Teknik non farmakologi untuk mengatasi mual (hasil: sudah dilakukan pasien, dengan cara menggunakan minyak telon), mengkolaborasikan pemberian antiemetik (hasil: sudah diberikan ondansetron 4mg, dan tidak ada efek alergi obat pada pasien). Pukul 07:00WIB mengganti cairan infus dextrose 0,9% 500/13 jam memberikan obat ranitidine 2x1 mg.

Evaluasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan masih merasa mual

Data Objektif: Pasien masih tampak pucat, mukosa bibir kering, nilai ureum pada tanggal 22 maret 2023 *80.7 mg/dL (16.6-48.5), Kreatinin *6.26 mg/dL (0.51—0.95)

Analisa: Tujuan belum tercapai

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan

4. Intoleransi Aktivitas b.d Imobilitas

Data Subjektif : Pasien mengatakan merasa pusing jika melakukan aktivitas, pasien mengatakan lelah saat melakukan aktivitas dengan sendiri.

Data Objektif : Hasil TTV pasien Tekanan darah 159/96 mmHg, Nadi 70x/menit, frekuensi nafas 20x/menit, suhu 36.0C, SPO2 90%, kesadaran kompos mentis, Hemoglobin *8.3 g/d L (12.5–16.0).

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka masalah toleransi aktivitas meningkat.

Rencana Tindakan :

- a. Monitor pola tidur dan jam tidur
- b. Identifikasi factor pengganggu tidur
- c. Anjurkan tirah baring
- d. Periksa tanda-tanda vital
- e. Bantu ADL pasien

Pelaksanaan**Tanggal 23 Maret 2023**

Pukul 09.00 WIB memonitor tanda tanda vital tekanan darah 156/96 mmHg: Frekuensi nadi 70x/menit, frekuensi nafas 20x/mnt, memonitor pola jam tidur, menganjurkan pasien tirah baring, membantu ADL pasien. Pukul 15.00 WIB memonitor tanda tanda vital tekanan darah 130/116 mmHg: Frekuensi nadi 84x/menit, frekuensi nafas 20x/mnt, memonitor pola jam tidur, menganjurkan pasien tirah baring, membantu ADL pasien. Pukul 22:00 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 125/85 mmHg, frekuensi nadi 96 kali permenit, frekuensi nafas 23 kali permenit, suhu 36,7°C, memantau saturasi oksigen dengan hasil saturasi 99%. Pukul 07:00WIB mengganti cairan infus dextrose 0,9% 500/13 jam memberikan obat ranitidine 2x1 mg, renxamin 1x1 mg.

Tanggal 24 Maret 2023

Pukul 09.30 WIB memonitor tanda tanda vital tekanan darah 156/96 mmHg: Frekuensi nadi 70x/menit, frekuensi nafas 20x/mnt, memonitor pola jam tidur, menganjurkan pasien tirah baring, membantu ADL pasien. Pukul 14.00 WIB memonitor tanda tanda vital tekanan darah 130/116 mmHg: Frekuensi nadi 84x/menit, frekuensi nafas 20x/mnt, memonitor pola jam tidur, menganjurkan pasien tirah baring, membantu ADL pasien. Pukul 06.35 WIB mengkaji kesadaran umum pasien dengan hasil GCS E4M5V6, pasien masih tampak mengalami penurunan kesadaran.

Tanggal 25 Maret 20223

Pukul 08.00 WIB memonitor tanda tanda vital tekanan darah 156/96 mmHg: Frekuensi nadi 70x/menit, frekuensi nafas 20x/mnt, memonitor pola jam tidur, menganjurkan pasien tirah baring, membantu ADL pasien. Pukul 113.00 WIB memonitor tanda tanda vital tekanan darah 130/116 mmHg: Frekuensi nadi 84x/menit, frekuensi nafas 20x/mnt, memonitor pola jam tidur, menganjurkan pasien tirah baring.

Evaluasi

Data Subjektif : Pasien mengatakan sudah dapat melakukan ADL dengan sendiri, pasien juga mengatakan jika kepalanya masih dakit tetapi tidak seperti beberapa hari yang lalu

Data objektif : Tekanan darah 130/100 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi nafas 20x/menit, menganjurkan pasien untuk tidak melakukan aktivitas yang berat.

Analisa : Intoleransi teratasi

Perencanaan : Intervensi dihentikan

5. Resiko Defisit nutrisi b.d Ketidakmampuan mencerna makanan (Mual)

Data Subjektif : Pasien mengatakan masih mual, pasien mengatakan tidak selera untuk makan.

Data Objektif : Terjadi penurunan berat badan dari 60 kg menjadi 50 kg (selama 6 bulan), tinggi badan 150 cm, IMT 22, membran mukosa pucat.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka status nutrisi membaik.

Kriteria Hasil :

Porsi makan yang dihabiskan meningkat, pengetahuan tentang makanan yang sehat meningkat, berat badan membaik, nafsu makan membaik, membrane mukosa membaik.

Rencana Tindakan:

- a. Kaji keadaan umum pasien, pantau tanda-tanda vital
- b. Identifikasi makanan yang disukai
- c. Monitor berat badan
- d. Lakukan oral hygiene sebelum makan
- e. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- f. Ajarkan diet yang diprogramkan
- g. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- h. Berikan makanan tinggi kalori dan protein
- i. Kolaborasi pemberian obat antiemetic Ondansetron 2x1 mg

Pelaksanaan**Tanggal 23 Maret 2023**

Pada pukul 09:00 WIB mengidentifikasi status nutrisi (hasil : pasien mengatakan nafsu makan kurang, makanan yang dihabiskan $\frac{1}{2}$ porsi. Mengidentifikasi alergi makanan dan makanan yang disukai pasien (pasien mengatakan alergi makan telur dan suka makanan apa saja yang disediakan keluarga). Pukul 11.00 mengidentifikasi kebutuhan kalori dan protein dan memberikan makanan tinggi kalori dan protein (hasil : pasien memerlukan protein 45 gram, dan kalori 25 gram dan sudah diberikan makan protein dan kalori sesuai kebutuhan pasien). Pukul 13.00 memonitor asupan makanan,

adanya mual dan muntah (hasil : pasien mengatakan tidak menghabiskan $\frac{1}{2}$ makan yang diberikan dari rumah sakit, karena pasien masih merasa mual, lemas dan tidak selera untuk makan, pasien juga mengatakan tidak ada muntah). Pukul 17.00 memberikan makanan sehat untuk mencegah konstipasi (hasil : pasien sudah diberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi) dan pemberian obat ondansetron 4mg (hasil : tidak ada reaksi alergi, dan mual berkurang). Pukul 22:00 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 125/85 mmHg, frekuensi nadi 96 kali permenit, frekuensi nafas 23 kali permenit, suhu 36,7°C, memantau saturasi oksigen dengan hasil saturasi 99%. Pukul 07:00 WIB mengganti cairan infus dextrose 0,9% 500/13 jam memberikan obat ranitidine 2x1 mg, renxamin 1x1 mg.

Tanggal 24 Maret 2023

Pada pukul 09.00 WIB mengidentifikasi status nutrisi (hasil : pasien mengatakan nafsu makan kurang, makanan yang sama dengan hari kemarin hanya $\frac{1}{2}$ porsi. Pukul 11.00 memonitor asupan makanan, adanya mual dan muntah (hasil : pasien mengatakan hanya menghabiskan 3 sendok makan yang diberikan dari rumah sakit, karena pasien masih merasa mual, tidak selera makan karena terasa pahit, dan tidak ada muntah untuk hari ini). Pukul 14.00 memberikan makanan sehat untuk mencegah konstipasi (hasil : pasien sudah diberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi), mengkolaborasikan pemberian obat ondansetron 4mg (hasil : sudah diberikan obat ondansetron 4mg melalui IV, dan tidak ada reaksi alergi yang ditimbulkan terhadap pasien). Pukul 06.35 WIB mengkaji kesadaran umum

pasien dengan hasil GCS E2M4V2, pasien masih tampak mengalami penurunan kesadaran.

Tanggal 25 Maret 2023

Pada pukul 09.00 WIB mengidentifikasi status nutrisi (hasil : pasien mengatakan nafsu makan hari cukup baik dari 2 hari kemarin, makanan yang dihabiskan 1 porsi dipagi hari, Pukul 11.00 memonitor asupan makanan, adanya mual dan muntah (hasil : pasien mengatakan hanya menghabiskan 3 sendok makan untuk siang hari ini, karena pasien masih merasa mual, tidak selera untuk makan karena mulut pasien terasa pahit, dan tidak ada muntah untuk hari ini). Pukul 14.00 mengkolaborasi pemberian obat ondansetron 4mg (hasil : sudah diberikan obat ondansetron 4mg melalui IV, dan tidak ada reaksi alergi yang ditimbulkan terhadap pasien).

Evaluasi

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak nafsu untuk makan, keluarga pasien mengatakan hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan, pasien juga mengatakan masih merasa mual.

Data Objektif : Pasien menghabiskan 1 porsi makanan, mukosa bibir pasien kering dan berat badan pasien masih 50 kg.

Analisa : Resiko deficit nutrisi tercapai

Perencanaan : Intervensi keperawatan dilanjutkan poin a, c, d, e, h, i

BAB IV PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara teori dan kasus yang ada pada saat penulis memberikan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan kasus DM tipe II dengan Anemia di ruang penyakit dalam kamar 1403 RSUD Koja Jakarta Utara yang telah dilaksanakan dari tanggal 23 Maret sampai dengan 25 Maret 2023. Selain itu penulis juga akan membahas mengenai faktor pendukung serta faktor penghambat yang ditemukan penulis pada saat memberikan asuhan keperawatan pada Ny. S serta alternatif pemecahan masalah yang penulis berikan selama melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

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 didapatkan dari catatan rekam medis dan dari tim kesehatan medis lainnya.

Menurut teori (Black, 2014) manifestasi klinis yang sering terjadi pada penderita DM adalah peningkatan frekuensi buang air kecil (poliuria), peningkatan rasa haus dan minum (polidipsi), dan karena penyakit berkembang, penurunan berat badan meskipun lapar dan peningkatan makan (polifagi),

penurunan berat badan, pandangan kabur, lemah, letih, pusing, ketonuria, sensasi kesemutan atau kebas ditangan atau kaki, kulit kering, lesi kulit atau luka yang lambat sembuh.

Tetapi penulis tidak menemukan semua manifestasi klinis yang ada diteori pada pasien, salah satunya adalah polidipsi. Menurut Maria (2021) polidipsi adalah sering merasa haus dan ingin minum air putih sebanyak mungkin dengan adanya ekskresi urine, tubuh akan mengalami dehidrasi, untuk mengatasi masalah tersebut maka tubuh akan menghasilkan rasa haus sehingga penderita selalu ingin minum air terutama air dingin, manis, segar dan air dalam jumlah banyak. Namun rasa haus yang berlebih (polidipsi) tidak ditemukan pada pasien hal ini disebabkan karena pasien nausea yang disebabkan tingginya ureum (80,7 mg/dL) dan kreatinin (6,26 mg/dL), karena DM yang ditemukan pada pasien sudah terjadi komplikasi ke ginjal (CKD).

Penulis tidak menemukan polipagi pada pasien, menurut Dilla (2020) nafsu makan yang meningkat dari biasanya disebut juga dengan polipagi. Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan mual, dan muntah, ureum 80,7 mg/dL dan kreatinin 6,26 mg/dL yang meningkat, pasien sudah menderita DM 12 tahun, saat ini DM sudah terjadi komplikasi mikrovaskuler nefropati (GGK) yang ditandai ureum yang tinggi yang berada disumsum tulang, salah satunya masuk ke mulut yang menyebabkan rasa mual sehingga pasien tidak selera makan.

Pada pasien tidak ditemukan perubahan pandangan secara mendadak karena pasien belum mengalami gangguan lensa mata dan belum terjadi proses katarak, hal ini dibuktikan pada saat pemeriksaan Nervus II (Optikus) fungsi

penglihatan baik. Gejala kesemutan pada pasien tidak ditemukan karena kemungkinan pasien belum mengalami gangguan neuropati di ekstremitas ditandai dengan pasien masih bisa merasakan sensasi yang diberikan pada tungkai.

Menurut teori (Fatimah, 2017), kelebihan kadar glukosa dalam darah dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah secara perlahan atau kerusakan kapiler, yang dapat merusak kemampuan tekanan darah sehingga dapat mengakibatkan tekanan darah meningkat. Pada pasien ditemukan komplikasi hipertensi yang diakibatkan oleh tingginya kadar glukosa dalam darah yaitu hipertensi, hal ini dibuktikan dengan pasien memiliki tekanan darah diatas normal yaitu 159/96 mmHg dan mendapatkan terapi obat oral yaitu Amlodipine 1x5 mg.

Menurut Soegondo (2018), penatalaksanaan DM dalam menggunakan obat terbagi menjadi 2 yaitu, penggunaan obat Hiperglikemia Oral (OHO) ataupun suntik. Pemberian obat OHO ini diberikan pada pasien yang tidak memberikan respon setidaknya 3 bulan diet rendah karbohidrat dan energi disertai aktivitas fisik yang dianjurkan dimana setelah upaya perubahan gaya hidup, kadar glukosa dalam darah tetap diatas 200 mg/dL. Pada kasus yang penulis ambil tidak terjadi hiperglikemia saat dilakukan pengkajian, tetapi pasien mengalami hipoglikemia yang diakibatkan karena penggunaan obat glikemik oral dan pasien mengatakan membatasi makan setiap hari dengan porsi kecil, sehingga tidak dibutuhkan obat baik oral maupun suntik, untuk mengatasi hipoglikemia pasien hanya diberikan cairan dextrose 40% untuk meningkatkan kadar glukosa darah.

Menurut Maria (2021), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien DM yaitu pemeriksaan GDS, pemeriksaan HbA1c. Pemeriksaan HbA1c merupakan indeks control glikemik jangka panjang (2-3 bulan), biasanya dilakukan untuk mengetahui kadar glukosa yang terikat pada oksigen. Sedangkan pada pasien pemeriksaan HbA1c tidak dilakukan karena pasien sudah 12 tahun dinyatakan DM.

Faktor pendukung saat pengkajian yaitu pasien kooperatif saat menjawab pertanyaan saat dikaji, penulis dapat memantau langsung fisik dan keadaan pasien. Penulis dapat melihat langsung data untuk pengkajian melalui rekam medis atau perawat ruangan dengan mudah. Hambatan yang penulis temukan pada saat membaca rekam medis pasien yaitu pendokumentasian catatan perkembangan pasien yang tertulis di rekam medis kurang jelas sehingga penulis mengalami kesulitan untuk memahaminya. Solusinya penulis mengidentifikasi kembali dengan perawat ruangan tentang kejelasan data pasien.

B. Diagnosa Keperawatan

Pada tahap kedua ini setelah melakukan proses pengkajian dan data yang telah terkumpul semua, maka penulis merumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan data-data yang ada. Menurut (PPNI, 2017), (Maria, 2021) dan (Doenges, 2014) terdapat delapan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien DM yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah, defisit nutrisi, hipovolemia, gangguan integritas kulit, intoleransi aktivitas, defisit pengetahuan, ansietas, resiko infeksi. Sedangkan pada pasien hanya ditemukan dua diagnosa yang sama dengan teori yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah, dan intoleransi aktivitas.

Selanjutnya diagnosa yang terdapat pada teori namun tidak ditemukan pada kasus yaitu gangguan integritas kulit, defisit nutrisi, ansietas, dan resiko infeksi. Ansietas, diagnosa ini tidak penulis angkat disebabkan karena saat dilakukan pengkajian pasien tampak rileks terhadap penyakitnya, tidak merasa bingung serta khawatir terhadap penyakit yang dialaminya dan mengatakan sudah pernah masuk rumah sakit karena penyakitnya. Defisit pengetahuan, diagnosa ini tidak diangkat oleh penulis dikarenakan saat dilakukan pengkajian pada pasien dan keluarga sudah mengetahui tentang pengertian, tanda dan gejala dari penyakit DM.

Gangguan integritas kulit, diagnosa ini tidak diangkat oleh penulis karena pada saat dilakukan pengkajian *head to toe* pasien tidak terdapat luka gangrene pada anggota tubuhnya. Resiko infeksi, diagnosa ini tidak diangkat oleh penulis karena pada pasien tidak ditemukan ulkus/gangrene pada pasien. Defisit Nutrisi, diagnosa ini tidak penulis angkat karena tidak ditemukan tanda dari ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, hal ini didukung oleh pernyataan (PPNI, 2017) pasien dapat mengalami masalah ketidakseimbangan nutrisi jika ditemukan tanda-tanda kurang nutrisi, seperti berat badan menurun 10% dibawah rentang ideal, nafsu makan menurun, dan cepat kenyang setelah makan. Melainkan penulis mengangkat diagnosa resiko defisit nutrisi karena pada saat dilakukan pengkajian pasien dalam keadaan nafsu makan yang tidak baik, pasien mengatakan merasa mual dan tidak selera makan. Hal ini didukung dengan hasil pemeriksaan ureum 80.7 mg/dL, kreatinin 6.26 mg/dL.

Selanjutnya diagnosa yang tidak terdapat pada teori namun ditemukan pada kasus yaitu diagnosa nausea dan perfusi perifer tidak efektif. Sedangkan

dalam teori menurut (PPNI, 2017), (Maria, 2021) dan (Doenges, 2014) tidak ditemukan diagnosa yang penulis temukan pada kasus Ny.S. Pada diagnosa nausea berhubungan dengan uremia ditemukan pada pasien dengan tanda dan gejala seperti, pasien mengatakan mual, pasien tampak pucat, dan didukung oleh hasil lab pasien nilai ureum *80.7 mg/dL (16.6-48.5), dan kreatinin *6.26 mg/dL (0.51 - 0.95).

Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, penulis mengangkat diagnosa ini karena pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan masih sering merasa pusing, lemas, dan mudah lelah pengisian kapiler >3 detik, pasien tampak lemas, tampak pucat, akral teraba dingin, dan didukung oleh hasil lab pasien Hemoglobin *8.3 g/dL (12.5 - 16.0). Karena menurut penulis dengan tanda dan gejala yang ditemukan pada pasien sudah mengarah pada komplikasi mikrovaskuler yaitu nefropati atau kerusakan pada ginjal. Hal ini didukung oleh pernyataan (Maria, 2021) ginjal yang rusak atau gagal tidak menghasilkan hormon yang disebut *erythropoietin* (EPO), yang berfungsi untuk membantu pembentukan sel darah merah di sumsum tulang. Kekurangan sel darah merah atau hemoglobin dalam tubuh dapat menyebabkan anemia.

Faktor pendukung dalam melakukan perumusan diagnosa keperawatan yaitu tersedianya banyak referensi seperti jurnal online dan *text book* yang cukup banyak tentang gangguan endokrin khususnya tentang DM tipe II dan data pasien yang lengkap. Penulis juga menemukan faktor penghambat dalam menyusun diagnosa yaitu adanya masalah keperawatan yang diperoleh kurang dari 80% untuk memenuhi kriteria hasil untuk mengangkat diagnosa

keperawatan. Alternatif yang dilakukan oleh penulis adalah dengan mengkaji lebih lanjut untuk melengkapi data-data yang masih kurang agar dapat mengangkat diagnosa tersebut.

C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan disusun berdasarkan prioritas masalah yang (PPNI, 2018), sesuai dengan data yang ditemukan pada kebutuhan pasien. Adapun tujuan dalam perencanaan keperawatan disesuaikan dengan waktu praktik yaitu 3x24 jam, meliputi penetapan prioritas masalah, penentuan tujuan, kriteria hasil, dan rencana tindakan.

Pada diagnosa keperawatan resiko defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan, terdapat perencanaan yang dimodifikasi yaitu kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan melainkan penulis ganti dengan bantu pasien dalam pemberian nutrisi diit Nasi Biasa Diabetes Mellitus (NBDM) 1900 kalori sesuai dengan program dan anjurkan makan sedikit tapi sering untuk memaksimalkan pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien yang mengalami penurunan napsu makan. Dan untuk intervensi yang dilakukan yaitu identifikasi perlunya penggunaan nasogastrik dikarenakan saat diobservasi tidak ada toleransi makan dan tidak mengalami kesulitan dalam menelan maupun gangguan pada sistem pencernaan.

Dalam melakukan penyusunan perencanaan keperawatan penulis menemukan hambatan dalam menyusun karena dalam rencana tindakan keperawatan disusun sesuai dengan teori serta buku (PPNI, 2018), terdapat beberapa rencana asuhan yang berbeda sehingga penulis harus menganalisa

ulang dan memodifikasi beberapa rencana asuhan keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pada saat pelaksanaan penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan dan semua tindakan keperawatan didokumentasikan dalam catatan keperawatan. Secara umum semua rencana keperawatan dapat dilaksanakan karena pasien kooperatif dan adanya kerja sama yang baik dengan perawat ruangan. Dalam pelaksanaan keperawatan penulis tidak menemukan hambatan karena saat dilakukan pengkajian baik pasien maupun keluarga sangat kooperatif.

Faktor pendukung selama penulis melaksanakan tindakan keperawatan adalah pasien dan keluarga yang kooperatif, perawat ruangan banyak membantu dan memberikan informasi saat penulis menanyakan berbagai hal yang masih kurang jelas, sarana yang digunakan dalam melaksanakan tindakan tersedia dengan lengkap, sehingga mempermudah dalam melakukan asuhan keperawatan.

Hambatan yang dialami penulis adalah pada saat pemberian obat yaitu Amlodipine 1x5 mg (pukul 11:00 WIB), Asam folat Tablet 2x1 (Pukul 11:00 dan 22:00 WIB), Ondansetron 2x1 mg (Pukul 11:00 dan 22:00 WIB) dan Bicnat Tablet 2x1 mg (Pukul 11:00 dan 16:00 WIB), serta pelayanan dari pihak farmasi yang terkadang terlalu lama dalam mengantarkan obat. Solusinya adalah meminta bantuan perawat ruangan untuk mengonfirmasikan pada pihak farmasi agar tidak terlalu lama dalam mengantarkan obat, jika tidak memungkinkan

maka penulis akan mengambil mandiri dan segera mengoplos obat agar dalam memberikan obat sesuai dengan jadwal.

Hambatan lainnya yang dialami penulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan yaitu dalam menghitung balance cairan pasien disebabkan tidak semua perawat ruangan mendokumentasikan berapa banyak cairan infus yang sudah masuk dan banyaknya air yang pasien minum, solusinya penulis menanyakan banyaknya cairan infus yang masuk kepada perawat ruangan serta melihat dari rekam medis pasien dan menanyakan banyaknya air yang diminum kepada pasien atau keluarga.

E. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis melakukan dua macam evaluasi yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan pada saat tindakan, sedangkan evaluasi hasil dilakukan mengacu pada tujuan yang disusun dari lima diagnosa yang diangkat. Dari lima diagnosa yang diangkat ada dua diagnosa yang tidak tercapai yaitu nausea berhubungan dengan uremia dan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Sedangkan tiga diagnosa yang tercapai sebagian yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah, berhubungan dengan penggunaan obat glikemik oral, intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas dan resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ureum yang meningkat (80,7 mg/dL).

Faktor pendukung dalam evaluasi adalah pendokumentasian yang dilakukan perawat ruangan dan penulis yang cukup lengkap sehingga dapat mengevaluasi tindakan yang berpedoman pada implementasi yang sudah dilakukan dan penulis tidak menemukan hambatan.

BAB V PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien Ny.S dengan kasua DM Tipe II dengan Anemia di ruang penyakit dalam kamar 1403 RSUD Koja Jakarta Utara. Maka penulis dapat menarik kesimpulan dan saran untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada pasien dengan DM tipe II.

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian yang penulis lakukan pada Ny.S yaitu dapat disimpulkan bahwa pasien menderita anemia disebabkan karena pasien sudah menderita penyakit DM tipe II sejak 12 tahun yang lalu, saat ini DM sudah terjadi komplikasi mikrovaskuler yaitu nefropati atau ginjal (CKD) yang ditandai adanya anemia Hb 8,3 g/dL (12,5 - 16.0), ureu 80,7 mg/dL (16,6 - 48,5), dan kreatinin 6,26 mg/dL (0,51 - 0,95) ditandai adanya keluhan mual (nausea) dan lemas. Dalam pengkajian tidak ada tanda DM yaitu 3P (poliuri, polidipsi, polifagia) karena sudah terjadi nausea. Saat ini pasien sudah mendapatkan kolaborasi pemberian cairan dextrose 0,9% 500 cc.

Berdasarkan teori ditemukan tujuh diagnosa keperawatan yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia dan hipoglikemia, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient akibat defisiensi insulin, hypovolemia berhubungan dengan defisit cairan yang aktif, gangguan integritas kulit berhubungan dengan

ketidakseimbangan nutrisi, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, ansietas berhubungan dengan proses penyakit.

Tetapi pada kasus ditemukan lima diagnosa keperawatan. Dari ke lima diagnosa tersebut, dua diagnosa yang sesuai dengan teori yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan penggunaan obat glikemik oral, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen akibat Hb 8,3 g/dL. Sedangkan tiga diagnosa yang tidak sesuai dengan teori yaitu nausea berhubungan dengan uremia, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, resiko defisit nutrisi berhubungan dengan mual akibat ureum 80,7 mg/dL (16,6 - 48,5) yang meningkat.

Dari lima diagnosa tersebut telah disusun rencana keperawatan yang sesuai dengan teori. Penyusunan rencana keperawatan dilakukan berdasarkan prioritas masalah pada pasien. Pada penyusunan rencana keperawatan penulis menemukan hambatan yaitu dalam melakukan rencana keperawatan tidak ada batas waktu capaian, sehingga penulis menyesuaikan waktu 3 x 24 jam. Secara umum semua rencana dapat penulis lakukan dalam memberikan asuhan keperawatan, hal tersebut disebabkan karena pasien dan keluarga sangat kooperatif dan adanya kerjasama dengan perawat ruangan, serta adanya dukungan perawat dan kepala ruangan sehingga setiap penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan penulis butuhkan, hal tersebut mempermudah proses dalam memberikan asuhan keperawatan.

Dari lima diagnosa keperawatan yang penulis temukan, dan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama tiga hari. Ada dua diagnosa yang tujuannya tercapai yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Sedangkan untuk diagnosa dengan tujuan tercapai sebagian yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan penggunaan obat glikemik oral. Dan ada dua diagnosa keperawatan yang belum tercapai yaitu nausea berhubungan dengan ureum dan resiko defisit nutrisi berhubungan dengan mual dan ureum 80,7 mg/dL (16,6 - 48,5) yang meningkat. Kedua diagnosa tersebut dilanjutkan oleh perawat ruangan yang bertanggung jawab.

B. Saran

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada Ny. S kasus DM Tipe II dengan Anemia selama 3 hari. Dengan ini penulis ingin menyampaikan beberapa saran baik untuk perawat, pendidik maupun untuk penulis sendiri, sebagai berikut :

a. Bagi penulis

Agar lebih belajar lagi bagaimana cara membaca catatan medis dan memahami bahasa medis, dengan mempelajari tulisan dokter atau perawat supaya tidak terjadi kesalahan dalam melaksanakan tindakan atau safety pada pasien.

b. Bagi perawat ruangan

Untuk perawat ruangan sebaiknya menyediakan atau melengkapi sarana prasarana pada standar prosedur untuk tindakan pemberian obat maupun tindakan lainnya.

c. Bagi institusi Pendidikan

Penulis berharap untuk perpustakaan institusi untuk buka dari hari senin sampai sabtu, karena penulis kesulitan mencari sumber-sumber Ketika perpustakaan tutup.

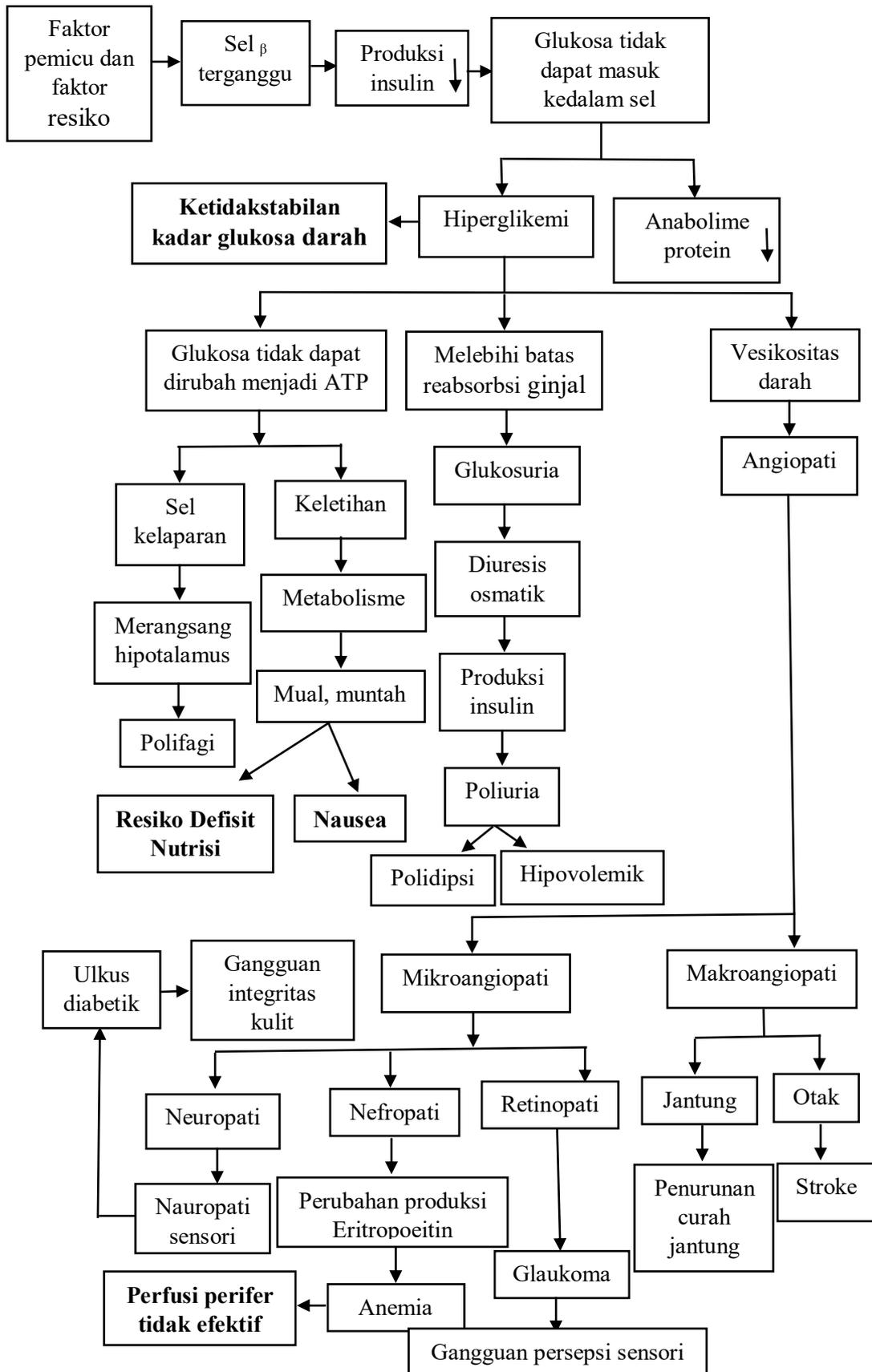
DAFTAR PUSTAKA

- Black, J. M., Hawks, J.H. (2014). Keperawatan medikal bedah manajemen klinis untuk hasil yang diharapkan Edisi 8. Jakarta; Salemba Medik Brunner dan Suddart. (2015). Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta : EGC
- Christina, P., Indracahyani, A., & Yatnikasaria, A. (2019). Analisis Ketidaksinambungan Dokumentasi Perencanaan Asuhan Keperawatan : Metode Ishikawa. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 12(2). <https://doi.org/10.48144/jiks.v12i2.166>
- Dilla Rachmatul Khoir, & Hertuida Clara. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Melitus Tipe 2. *Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan*, 3(2), 133–147. <https://doi.org/10.36971/keperawatan.v3i2.49>
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2018). Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman Asuhan Klien Anak-Dewasa (9 ed., Vol. 2). Jakarta: EGC
- Eliana, F. (2015). Penatalaksanaan DM Sesuai Konsensus Perkeni 2015. SATELIT SIMPOSIUM 6.1 DM UPDATE DAN Hb1C, 1–7. <http://www.pduipusat.com/wp-content/uploads/2015/12/SATELIT-SIMPOSIUM-6.1-DM-UPDATE-DAN-Hb1C-OLEH-DR.-Dr.-Fatimah-Eliana-SpPD-KEMD.pdf>
- Fatimah, R. N. (2017). Diabetes Melitus Tipe II. *Medical Journal Of Lampung University*, 92–102.
- Kartikasari, F., Yani, A., & Azidin, Y. (2020). Pengaruh Pelatihan Pengkajian Komprehensif Terhadap Pengetahuan Dan Keterampilan Perawat Mengkaji Kebutuhan Klien Di Puskesmas. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (Jksi)*, 5(1), 79–89. <https://doi.org/10.51143/jksi.v5i1.204>
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Infodatin tetap produktif, cegah, dan atasi Diabetes Melitus 2020. In Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI (pp. 1–10).
- Kurniati, I. (2020). Anemia Defisiensi Zat Besi (Fe). *Jurnal Kedokteran Universitas Lampung*, 4(1), 18–33.
- Lestari, Zulkarnain, & Sijid, S. A. (2021). Diabetes Melitus: Review Etiologi, Patofisiologi, Gejala, Penyebab, Cara Pemeriksaan, Cara Pengobatan dan Cara Pencegahan. *UIN Alauddin Makassar*, November, 237–241. <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/psb>

- Manullang, P. S. (2020). Implementasi Asuhan Keperawatan. *Osf.Io*, 2001, 1–7. <https://osf.io/md3qj/download>
- Mardiani, R. (2019). Analisis Data Dalam Pengkajian Proses Keperawatan. *Journal Article*, 1(4), 1–8.
- Maria, I. (2021). Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus dan Asuhan Keperawatan Stroke. Yogyakarta : deepublish.
- Maulana, M. (2019). Mengenal Diabetes Mellitus: Panduan Praktis Menangani Penyakit Kencing Manis. Jakarta : Katahati.
- Nuari, N. A. (2018). Strategi Manajemen Edukasi Pasien Diabetes Mellitus. deepublish.
- PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Defenisi dan Indikator Diagnostik (Edisi 1). DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Defenisi dan tindakan Keperawatan (Edisi 1). DPP PPNI.
- PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan (Edisi 1). DPP PPNI.
- Pranata, S. K. D. U. (2018). Merawat Penderita Diabetes Melitus. Pustaka Panasea.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). Laporan Nasional Riskesdas 2018. Retrieved 04 26, 2023, from Riskesdas: https://labmandat.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf
- Rohmawardani. (2018). Hubungan Self Care dengan Status Glikemik pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II. Published Tesis for 1st degree in health sciences
- Rusdi, M. S. (2020). Hipoglikemia Pada Pasien Diabetes Melitus. *Journal Syifa Sciences and Clinical Research*, 2(September), 83–90.
- Shahab, A. (2017). Dasar-Dasar Endokrin . Jakarta : Rayyana Komunikasiindo.
- Soegondo, S. (2018). Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu. Badan Penerbit FKUI.
- Soelistijo, S. (2021). Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia 2021. Global Initiative for Asthma, 46. www.ginasthma.org.

- Tandra, H. (2018). Segala Sesuatu yang Anda ketahui tentang Diabetes Panduan Lengkap Mengenal dan Mengatasi Diabetes dengan Cepat dan Mudah. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.
- Tjahjadi, V. (2017). Mengenal, Mencegah, Mengatasi Silent Killer Diabetes. Yogyakarta: Romawi Press.
- WHO. (2022). Integrated care for tuberculosis (TB) and diabetes mellitus (DM) comorbidity in Asian countries: health system challenges and opportunities. In World Health Organization. Regional Office for South-East Asia (Vol. 9, Issue 1). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/360073>
- Widodo, W. (2017). Monitoring of Patient With Diabetes Mellitus. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Wijaya Kusuma*, 3(2), 55. <https://doi.org/10.30742/jikw.v3i2.23>
- Yahya, N. (2018). Hidup Sehat Dengan Diabetes. Tiga Serangkai.

Sumber : (Brunner & Suddart, 2015) dan (Rohmawardani, 2018)



Analisa Obat

A. Dextrose 40%

1. Indikasi : cairan infus yang berisi larutan dextrose yang dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan glukosa dalam tubuh ketika pasien tidak dapat meminum cairan yang cukup atau dibutuhkan tambahan dari luar demi menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit.
2. Kontraindikasi : hipersensitivitas terhadap dextrose, dehidrasi berat, trauma kepala.
3. Efek samping : Sering buang air kecil, nyeri di area bekas suntikan, bengkak, dan kemerahan, reaksi alergi obat, sakit kepala, demam, cemas, berkeringat, sulit berkonsentrasi, kejang, halusinasi.
4. Dosis : 10-20 gram satu dosis secara oral, ulangi dalam 10 menit apabila dibutuhkan, 10-25 gram melalui suntikan (40-100 ml dari 25 persen solusi atau 20-50 ml dari 50 persen solusi) dosis dapat diulang pada kasus yang parah.
5. Sediaan : OTSU D40 infus 25 ml

B. Amlodipine

1. Indikasi : menurunkan tekanan darah pada kondisi hipertensi. Selain itu, obat ini juga bisa digunakan dalam pengobatan nyeri dada akibat penyakit jantung koroner (angina pektoris).
2. Kontraindikasi : hipersensitif terhadap dextrose, dehidrasi berat, trauma kepala.

Lampiran 2 : Analisa Obat

3. Efek samping : sakit kepala, pusing, kemerahan, detak jantung berdebardebar, pembengkakan pada kaki, kelelahan atau kantuk ekstrem, aritmia, gangguan otot, mual, dan sakit perut
4. Dosis : Dosis awal 1 x sehari 5 mg, dapat ditingkatkan hingga dosis max. 10 mg. Anak, usia 6-17 tahun: Dosis awal 1 x sehari 2,5 mg , dapat ditingkatkan menjadi 5 mg sekali sehari setelah interval 4 minggu sesuai dengan respons klinis
5. Sediaan : 5 mg, 10 mg

C. Ondansetron

Ondansetron merupakan obat golongan antiemetic yang bekerja dengan cara memblokir zat serotonin di dalam tubuh untuk mencegah rasa mual dan muntah.

1. Indikasi : Indikasi ondansetron adalah untuk mengatasi mual muntah
2. Kontraindikasi : Kontraindikasi obat ondansetron yaitu tidak boleh diminum atau dikonsumsi oleh seseorang yang memiliki hipersensivitas terhadap obat ini karena dapat menimbulkan hipotensi dan penurunan kesadaran
3. Efek samping : Efek samping mengkonsumsi obat ondansetron ini adalah sakit kepala, pusing, konstipasi, tubuh terasa lemas dan menggigil, kantuk
4. Dosis : ondansetron tablet pencegahan mual dan muntah pasca operasi : dosis awal 1 tablet 8 mg, 1 jam sebelum pembiusan dan 2 dosis selanjutnya 1 tablet 8 mg tiap 8 jam. Ondansetron injeksi mual dan muntah pasca operasi dewasa : dosis 4 mg diberikan melalui injeksi

Lampiran 2 : Analisa Obat

intravena lambat atau injeksi intramuskuler diberikan sebagai dosis tunggal saat induksi anestesi.

D. Ranitidin

Ranitidin adalah obat yang digunakan untuk mengobati gejala atau penyakit yang berkaitan dengan produksi asam lambung berlebih.

1. Indikasi : Indikasi ranitidin adalah untuk penanganan GERD atau *gastroesophageal reflux disease*, ulkus peptikum, esofagitis erosif, dan kondisi hipersektori seperti sindrom Zollinger-Ellison. Dosis oral yang biasanya digunakan pada pasien dewasa adalah 150 mg.
2. Kontraindikasi : Ranitidin dikontraindikasikan pada pasien dengan riwayat hipersensitivitas terhadap ranitidin atau kandungan lain dalam sediaan.
3. Efek samping : Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing-masing individu. Efek yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat ranitidine adalah sakit kepala, sembelit, diare, mual, muntah, rasa tidak nyaman/nyeri perut.
4. Dosis : oral, untuk tukak peptic ringan dan tukak duodenum 150 mg 2 kali sehari atau 300 mg pada malam hari selama 4-8 minggu, sampai 6 minggu pada dyspepsia episodic kronis, dan sampai 8 minggu pada tukak akibat AINS (pada tukak duodenum 300 mg dapat diberikan dua kali sehari selama 4 minggu untuk mencapai laju penyembuhan yang lebih tinggi).

E. Renxamin

1. Indikasi : Pasien dengan gagal ginjal akut dan kronik, termasuk untuk IDPN.
2. Kontraindikasi : Hipersensitif, gangguan hati berat, gangguan metabolisme protein, dan koma hepatikum.
3. Efek samping : Reaksi hipersensitivitas, demam, mual, muntah, peningkatan SGOT SGPT, kenaikan kadar urea.
4. Dosis : Gagal ginjal tanpa dialisis : 0,4-0,6 g/kgBB/hari Gagal ginjal dengan dialisis : 0,8-1,2 g/kgBB/hari Diberikan dengan cara infus dengan kecepatan infus 30-40 tetes per menit.

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN (SAP)

Pokok Bahasan	: Hipoglikemi
Sub Pokok Bahasan	: Pencegahan Hipoglikemi
Sasaran	: Ny. S dan keluarga
Hari/Tanggal	: Jumat, 24 Maret 2023
Tempat	: RSUD Koja lantai 14 kamar 1403
Waktu	: 20 menit
Penyuluhan	: Ririn Sovia Simare-mare

I. Tujuan Instruksional (TIU)

Setelah mendapatkan penyuluhan selama 1 x 20 menit diharapkan keluarga dan Ny.S dapat menjelaskan tentang pentingnya pencegahan hipoglikemi, serta keluarga dan Ny.S dapat menyatakan keinginan/kemauan untuk melakukan pencegahan hipoglikemi, dengan demikian keluarga dan Ny.S mampu mendemostrasikan kembali tentang pentingnya pencegahan hipoglikemi.

II. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mendapatkan penyuluhan, peserta diharapkan dapat :

1. Menjelaskan tentang pengertian hipoglikemi
2. Menyebutkan penyebab hipoglikemi
3. Menyebutkan 3 dari 5 tanda dan gejala hipoglikemi
4. Menyebutkan 3 dari 5 pencegahan hipoglikemi
5. Menyebutkan 3 dari 5 penanganan hipoglikemi

III. Materi Penyuluhan

1. Pengeryian hipoglikemi

Lampiran 3 : Lembar SAP

2. Penyebab hipoglikemi
3. Tanda dan gejala hipoglikemi
4. Cara penanganan hipoglikemi
5. Pencegahan hipoglikemi

IV. Metode Penyuluhan

1. Ceramah
2. Tanya jawab/diskusi

V. Media Penyuluhan

1. Lembar balik
2. Leaflet
3. Kursi

VI. Rencana Kegiatan Penyuluhan

No	Tahapan dan waktu	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan sasaran
1	Pembukaan 5 menit	<ol style="list-style-type: none"> a. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri b. Menyampaikan maksud dan tujuan penyuluhan c. Menyampaikan kontrak waktu d. Menggali pengetahuan peserta mengenai informasi gambaran yang akan disampaikan 	<ol style="list-style-type: none"> a. Menjawab salam b. Memperhatikan dan mendengar c. Menyetujui kontrak waktu d. Memperhatikan dan mendengarkan e. Memperhatikan dan menjawab pertanyaan

Lampiran 3 : Lembar SAP

2	Penyampaian Materi 5 menit	Menjelaskan tentang materi penyuluhan secara teratur : <ol style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan tentang pengertian hipoglikemi b. Menjelaskan penyebab dari hipoglikemi c. Menyebutkan tanda dan gejala hipoglikemi d. Menyebutkan cara penanganan hipoglikemi e. Menyebutkan Langkah-langkah pencegahan hipoglikemi 	<ol style="list-style-type: none"> a. Menyimak materi dan berdiskusi b. Menyimak dan memperhatikan materi c. Menyimak materi dan berdiskusi d. Menyimak dan memperhatikan materi e. Menyimak materi dan berdiskusi f. Menyimak dan memperhatikan materi
3	Penutup 5 menit	<ol style="list-style-type: none"> a. Melakukan evaluasi b. Kesimpulan dari penyuluhan c. Menutup acara penyuluhan d. Membagikan leaflet 	<ol style="list-style-type: none"> a. Menjawab pertanyaan b. Menyimak kesimpulan c. Menjawab salam

VII. Evaluasi

1. Evaluasi struktural
 - a. SAP dan media telah dikonsultasikan kepada pembimbing sebelum pelaksanaan
 - b. Pemberian materi telah menguasai seluruh materi
 - c. Tempat dipersiapkan H-1 sebelum pelaksanaan
 - d. Mahasiswa, beserta keluarga dan Ny. S berada ditempat sesuai kontak waktu yang telah disepakati
2. Evaluasi proses
 - a. Proses pelaksanaan sesuai rencana
 - b. Ny. S dan keluarga aktif dalam diskusi dan tanya jawab yang dilakukan
 - c. Ny. S dan keluarga mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir
3. Evaluasi hasil
 - a. Ny. S dapat menyebutkan pengertian, penyebab, tanda dan gejala hipoglikemi
 - b. Adanya keinginan untuk memahami langkah-langkah pencegahan hipoglikemi
 - c. Peserta dapat menyebutkan cara penanganan hipoglikemi
4. Pertanyaan evaluasi
 - a. Apa pengertian dari hipoglikemi ?
 - b. Tanda dan gejala apa saja yang terjadi pada hipoglikemi ?
 - c. Apa saja langkah-langkah penanganan hipoglikemi ?

VIII. Daftar Pustaka

Lestari, Zulkarnain, & Sijid, S. A. (2021). Diabetes Melitus: Review Etiologi, Patofisiologi, Gejala, Penyebab, Cara Pemeriksaan, Cara Pengobatan dan Cara Pencegahan. *UIN Alauddin Makassar, November*, 237–241.

<http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/psb>

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

Lampiran Materi,

1. Pengertian Hipoglikemi

Hipoglikemi adalah keadaan konsentrasi glukosa plasma yang rendah, atau tanpa adanya gejala sistem autonom dan neuroglikopenia. Seseorang mulai merasakan satu atau lebih dari satu dari tanda-tanda hipoglikemi ditandai dengan menurunnya kadar glukosa darah <70 mg/dl dengan atau adanya *whipple's triad*. Kondisi ini paling sering ditemukan pada penderita diabetes melitus (DM). Pasien DM tipe 1, diikuti oleh pasien DM tipe 2 yang diterapi dengan insulin dan sulfonilurea yang sedang menjalani pengobatan farmakologis (Rusdi, 2020).

2. Penyebab Hipoglikemi

Ada banyak penyebab hipoglikemi terjadi yaitu penyebab tersebut adalah aktivitas fisik berlebihan yang dilakukan penderita seperti olahraga yang terlalu berat, takut mengkonsumsi makanan setelah didiagnosa DM atau mengkonsumsi obat penurun gula darah/ insulin berlebihan tanpa dilakukan pemantauan. Adapun tanda-tanda dari hipoglikemi adalah lelah, pusing, pucat, gemetar, merasa lapar, jantung berdebar, konsentrasi menurun, dan penurunan tingkat kesadaran (Lestari et al., 2021)

3. Tanda dan gejala hipoglikemi

Gejala dan tanda hipoglikemia tidaklah spesifik antar individu. Hipoglikemia dapat ditegakkan dengan adanya Whipple's Triad. Gejala hipoglikemia dikategorikan menjadi neuroglikopenia, yaitu gejala yang berhubungan langsung terhadap otak apabila terjadi kekurangan glukosa darah. Otak sangat bergantung terhadap suplai yang berkelanjutan dari

Lampiran 3 : Lembar SAP

glukosa darah sebagai bahan bakar metabolisme dan support kognitif. Jika level glukosa darah menurun maka disfungsi kognitif tidak bisa terelakkan. Gejala hipoglikemia kedua, adalah autonom, yaitu gejala yang terjadi sebagai akibat dari aktivasi sistem simpato-adrenal sehingga terjadi perubahan persepsi fisiologi (Rusdi, 2020).

	Tanda	Gejala
Autonom	Gemetar, palpitasi, berkeringat, gelisah, lapar, mual, paresthesia, palpitasi, Tremulousness	Pucat, takikardia, <i>widened pulse pressure</i>
neuroglukopenia	Kesulitan konsentrasi, bingung, lesu, <i>dizziness</i> , Pandangan kabur, perubahan sikap, pandangan kabur, diplopia	Lemah, <i>Cortical-blindness</i> , pusing, hipotermia, kejang, koma, gangguan kognitif,

4. Cara penanganan hipoglikemi

Adapun cara penanganan pada Hipoglikemi sebagai berikut :

1. Cek Gula darah (jika memungkinkan) untuk memastikan nilai gula darah <70 mg/D=dL
2. Minum atau makanlah makanan yang mengandung karbohidrat atau gula murni, misalnya : 2 sendok teh gula pasir atau madu maupun sirup dan 3-4 butir permen (bukan sugar free)
3. Tunggu 15 menit
4. Periksa kembali gula darah. Bila kadar gula darah sudah naik diatas 70mg/dl, segera lakukan hal berikut:
 - a. Segeralah makan bila jam makan Anda berikutnya tinggal 30 menit.
 - b. Makan cemilan yang mengandung karbohidrat dan protein (misal: biskuit+keju) bila waktu makan Anda berikutnya lebih dari satu jam

5. Bila gula darah belum naik, ulangi kembali langkah 2, 3, dan 4.

5. Pencegahan hipoglikemi

Hipoglikemia pada pasien DM dapat dicegah, apabila pasien sadar terhadap kemungkinan terjadinya hipoglikemia. Pencegahan Hipoglikemia membutuhkan pendekatan yang terintegrasi. Menurut PERKENI (2021), langkah – langkah yang bisa dilakukan agar terhindar dari kejadian hipoglikemia adalah, sebagai berikut

1. Lakukan edukasi mengenai tanda dan gejala hipoglikemia
2. Hindari farmakoterapi yang bisa meningkatkan risiko kambuh atau hipoglikemia berat
3. Tingkatkan Pemantauan Glukosa Darah Mandiri (PGDM), khususnya bagi pengguna insulin atau obat oral golongan sekretagog; termasuk pada jam tidur
4. Lakukan edukasi tentang obat – obat atau insulin yang dikonsumsi, tentang dosis, waktu mengkonsumsi, dan efek samping



Apa itu
Hipoglikemia

By : Ririn Sovia



Hipoglikemia

Hipoglikemia (gula darah rendah) merupakan suatu kondisi yang ditandai dengan turunnya kadar gula darah dibawah normal, biasanya nilai gula darah <70 mg/dl.



Lanjutan....

Tunggu 15 menit
Periksa kembali gula darah. Bila kadar gula darah sudah naik diatas 70 mg/dl, segera lakukan hal berikut:
Segeralah makan bila jam makan Anda berikutnya tinggal 30 menit.
Makan cemilan yang mengandung karbohidrat dan protein (misal: biskuit+keju) bila waktu makan Anda berikutnya lebih dari satu jam

Bila gula darah belum naik, ulangi kembali langkah 2,3,4.

Apa yang harus saya lakukan bila saya mengalami hipoglikemia?



Pencegahan Hipoglikemia



Pastikan dosis dan waktu minum obat atau penyuntikan insulin Anda tepat.



Bila Anda memutuskan berolahraga, periksalah gula darah Anda sebelum dan sesudah berolahraga. Bila perlu, makanlah cemilan ringan sebelum Anda berolahraga.



Pola makan teratur (jam makan, jumlah, dan jenis makanan) bermanfaat untuk mencegah terjadinya hipoglikemi. Tidak dianjurkan untuk tidak makan atau melewati jam makan Anda.



Selalu membawa permen (bukan sugar free atau cokelat) atau makanan yang mengandung gula murni lainnya setiap saat.



Periksalah gula darah Anda secara teratur sesuai dengan yang telah disarankan oleh dokter Anda. Hal ini bermanfaat untuk mencegah kejadian hipoglikemi yang tidak disadari.



Setelah suntikan insulin tidak diperkenankan mandi dengan air hangat. Air hangat membuat pembuluh darah melebar sehingga dapat membuat penyerapan insulin terlalu cepat.

Mengapa bisa terjadi Hipoglikemia ??

-  Tidak makan/porsi makan sedikit
-  Olahraga Berlebihan
-  Sakit berat
Misal: Gangguan ginjal, liver
-  Minum alkohol
-  Dosis Obat/ Insulin Berlebih

TAHUKAH ANDA APA ITU HIPOGLIKEMIA ??

Hipoglikemi berasal dari kata hipo (Rendah) dan glikemi (Gula Darah) yang artinya suatu keadaan dimana kadar glukosa darah dibawah normal yaitu <math>< 60 \text{ mg/dl}</math>

APA PENYEBAB HIPOGLIKEMIA ?

Pada Penderita Diabetes Overdosis Insulin, Asupan makanan yang tertunda terlalu sedikit, diit yang berlebihan, Aktivitas berlebihan, gagal ginjal, dan hipotiroid



HIPOGLIKEMIA

(Gula Darah Rendah)



Oleh :

Ririn Sovia Simare-mare
NIM 2011070

DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
STIKES RS HUSADA
JAKARTA fi0fifi/fi0fi3

Mengapa kita harus tahu tentang Hipoglikemia ?

Hipoglikemia dapat terjadi **TIBA-TIBA** dan **TIDAK DISADARI**. Jika tidak diobati, hipoglikemia bisa menyebabkan kebingungan, kecanggungan atau pingsan . hipoglikemia berat bisa mengakibatkan kejang, kecelakaan bahkan kematian

Apa yang harus saya lakukan bila saya mengalami hipoglikemia?

1. Cek gula darah
2. Minum/makanlah makanan yang mengandung karbohidrat/gula murni (3 sendok teh gula)
3. Tunggu 15 menit
4. Periksa kembali Gula Darah
5. Jika Gula darah belum kembali normal, lakukan kembali point 1-4

Gejala Hipoglikemia



Keringat Dingin



Gemetaran



Sakit kepala berlebihan



Lemas



Hipoglikemia berat : Pingsan

Lampiran 5 : Leaflet

110

Lampiran 6 : Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Ni Made Suarti, S.Pd., M.Kep

Nama Mahasiswa : Ririn Sovia Simare-mare

NIM : 2011070

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. S dengan DM Tipe II
dengan Anemia di Ruang Kamar 1403 Lantai 14, RSUD
Koja Jakarta Utara

No	Tanggal	Konsultasi (Saran/perbaikan)	Tanda Tangan
1	27 Maret 2013	Konsul BAB I - Perbaikan penulisan dan typo - Perbaikan data prevelensi	
2	30 Maret 2023	BAB I - Perbaikan data Rumah Sakit tahun terbaru	
3	3 April 2023	BAB I - Acc perbaikan	
4	14 April 2023	Konsul BAB II - Perbaikan typo pada penulisan - Perbaiki rasional	
5	17 April 2023	BAB II - Perbaikan perencanaan - Perbaikan penulisan sitasi	

Diploma D3 Keperawatan STIKes RS Husada

Lampiran 5 : Leaflet

111

Lampiran 6 : Lembar Konsultasi

6	26 April 2023	BAB II - Acc perbaikan citasi	
7	5 Mei 2023	Konsul BAB III - Perbaikan resume - Perbaikan diagnosa	
8	9 Mei 2023	BAB III - Perbaikan etiologi - Perbaikan pelaksanaan	
9	17 Mei 2023	BAB III - Acc perbaikan	
10	22 Mei 2023	Konsul BAB IV dan V - Perbaikan bagian diagnosa - Perbaikan penulisan	
11	31 Mei 2023	BAB BAB IV - Perbaikan isi pengkajian - Perbaikan evaluasi	
12	2 Juni 2023	BAB IV - Perbaikan kesenjangan - Perbaikan penatalaksanaan	
13	7 Juni 2023	BAB IV - Acc BAB IV Perbaikan	
14	12 Juni 2023	BAB V - Acc perbaikan kesimpulan - Perbaikan typo BAB I - V	