

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIABETES MELITUS
TIPE II DI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA



Oleh :

Linda Laila Sari
P07220120027

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2023

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIABETES MELITUS
TIPE II DI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA**

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep)
Pada Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur



Oleh :

Linda Laila Sari
P07220120027

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2023**

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian ataupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.



Samarinda, 07 Juli 2023

Yang Menyatakan,

Linda Laila Sari
P07220120027

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN**

Tanggal, 07 Juli 2023

Oleh Pembimbing

Ns. Rivan Firdaus, SST., M.Kes
NIDN: 4007028601

Pembimbing Pendamping

Ns. Indah Nur Imamah, SST., M.Kes
NIDN: 4018078501

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Kalimantan Timur

Ns. Tini, S.Kep., M.Kep
NIP: 198107012006042004

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Melitus
Tipe II di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Pada Tanggal, 07 Juli 2023

Ketua Penguji:

Ns. Arsyawina, SST., M.Kes (.....)
NIDN: 4013018701

Penguji Anggota:

1. **Ns. Rivan Firdaus, SST., M.Kes** (.....)
NIDN: 4007028601

2. **Ns. Indah Nur Imamah, SST., M.Kes** (.....)
NIDN: 4018078501

Mengetahui:

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D-III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ns. Wiyadi, S.Kep., M.Sc
NIP: 196803151991021002

Ns. Tini, S.Kep., M.Kep
NIP: 198107012006042004

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Linda Laila Sari
Tempat/Tanggal Lahir : Suliliran Baru, 06 Maret 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Suliliran Baru, RT.02 Blok PA

B. Riwayat Pendidikan

Tahun 2007-2008 : TK Mutiara Hati
Tahun 2008-2014 : SDN 013 Paser Belengkong
Tahun 2014-2017 : SMPN 03 Paser Belengkong
Tahun 2017-2020 : SMAN 1 Paser Belengkong
Tahun 2020-Sekarang : Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT, atas berkat rahmat dan karuian-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diabete Melitus Tipe II di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”. Karya tulis ilmiah ini, dibuat untuk memenuhi rangkaian tugas akhir program Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur. Oleh karna itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Dr. H. Supriadi B., S,Kp.,M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementrian Keshatan Kalimantan Timur.
2. dr. David Hariadi Masjhoer, Sp, OT, selaku Direktur Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Kalimantan Timur Samarinda.
3. Ns. Wiyadi S. Kep., M.Sc, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Tini., S. Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur.
5. Ns. Rivan Firdaus SST., M. Kes, selaku Dosen Pembimbing 1 yang telah memberikan bimbingan, masukan dan saran dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.
6. Ns. Indah Nur Imamah SST., M. Kes, selaku Dosen Pembimbing 2 yang telah memberikan bimbingan, masukan, serta saran dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.

7. Para dosen dan staff Pendidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kalimantan Timur.
8. Untuk kedua orang tua saya, yaitu Bapak Dullah dan Ibu saya Darsiah yang selalu mendukung dan mendoakan saya.
9. Teman dekat saya selama menuntut ilmu di Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur, yaitu rossi, rusti, tutus, aina, elza, rosa, yasmin, purnamawati yang telah telah mendukung untuk kelancaran penulisan karya tulis ilmiah ini.

Penulisan menyadari bahwa dalam penulisan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun dan berharap semoga penulis ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya.

Samarinda, 07 Juli 2023

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DI RSUD. ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

Linda Laila Sari¹⁾, Rivan Firdaus²⁾, Indah Nur Imamah³⁾

¹⁾Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

^{2) 3)}Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

Pendahuluan : Diabetes adalah gangguan metabolisme yang secara genetik dan klinis heterogen serta manifestasi klinis sebagai gangguan toleransi terhadap karbohidrat. Diabetes Melitus (DM) adalah gangguan metabolisme yang ditandai dengan ketidakmampuan mekanisme normal insulin, yang menyebabkan hiperglikemia, haus, lapar, penurunan berat badan, lemas, sering kali sesak napas dan akhirnya koma.

Metode : Penulisan ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan mengambil 2 responden yang dirawat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Responden adalah pasien dengan diabetes meliitus di RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan yang meliputi Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Keperawatan selama 3 (tiga) hari.

Hasil dan Pembahasan : Pada pasien I dan pasien II ditemukan masalah keperawatan yang sama yaitu Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah, Nyeri Akut, dan Resiko Infeksi. Dan ditemukan masalah yang berbeda yaitu Resiko Berat Badan Berlebih dan Konstipasi. Kemudian dibuatkan rencana keperawatan sampai evaluasi dengan tujuan tercapai sesuai dengan kriteria waktu yang ditentukan.

Kesimpulan dan Saran : Pada pasien I (satu), terdapat 5 (lima) maslaah teratasi sebagian dan pada pasien 2 (dua) terdapat 5 (lima) masalah teratasi sebagian. Diharapkan pihak tenaga kesehatan lebih meningkatkan edukasi cara pengelolaan diabetes pada pasien dengan diabetes melitus tipe 2, dan memotivasi pasien agar mematuhi cara tersebut.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Diabetes Mellitus

ABSTRACT

NURSING CARE IN PATIENTS WITH DIABETES MELITUS TYPE II.

ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA AT HOSPITAL

Linda Laila Sari ¹⁾, Rivan Firdaus²⁾, Indah Nur Imamah³⁾

¹⁾Student of the D-III Nursing study program at the Health Polytechnic of the Ministry of Health of East Borneo

²⁾³⁾Lecture at Department of Nursing, Health Polytechnic of the Ministry of Health of East Borneo

Background: Diabetes is a metabolic disorder that is genetically and clinically heterogeneous and clinically manifests as impaired tolerance to carbohydrates. Diabetes Mellitus (DM) is a metabolic disorder characterized by the inability of the normal mechanism of insulin, which causes hyperglycemia, thirst, hunger, weight loss, weakness, often shortness of breath and eventually coma.

Method: this writing uses the case study method with the Nursing Care approach by taking 2 respondents who were treated at Abdul Wahab Sjahranie Hospital. Respondents were patients with diabetes mellitus at Abdul Wahab Sjahranie Hospital. Data collection uses the Nursing Care format, including Nursing Assessment, Diagnosis, Intervention, Implementation, and Evaluation.

Results and Discussion: In patient I and patient II, the same nursing problems were found, namely Blood Glucose Level Instability, Acute Pain, and Risk of Infection. And a different problem was found, namely the Risk of Overweight and Constipation. Then a nursing plan is made until the evaluation with the goals achieved according to the specified time criteria.

Conclusions and Suggestions: In patient I, 5 problems were partially resolved and in patient II, 5 problems were partially resolved. It is hoped that health workers will increase education on how to manage diabetes in patients with type 2 diabetes mellitus, and motivate patients to comply with this method.

Keywords: Nursing Care, Diabetes Mellitus

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH	i
SURAT PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Manfaat Penelitian	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Dasar Medis	6

2.1.1	Definisi	6
2.1.2	Etiologi	7
2.1.3	Klasifikasi.....	7
2.1.4	Manifestasi Klinis.....	9
2.1.5	Patofisiologi.....	10
2.1.6	Pathway	12
2.1.7	Komplikasi	13
2.1.8	Pemeriksaan Penunjang.....	14
2.1.9	Penatalaksanaan.....	15
2.2	Konsep Asuhan keperawatan	19
2.2.1	Pengkajian Keperawatan	19
2.2.2	Diagnosis Keperawatan	23
2.2.3	Perencanaan dan Luaran Keperawatan.....	28
2.2.4	Implementasi Keperawatan	32
2.2.5	Evaluasi Keperawatan	33
BAB 3	METODE PENELITIAN	35
3.1	Pendekatan/Desain Penelitian	35
3.2	Subjek Penelitian.....	35
3.3	Batasan Istilah	36
3.3.1	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	36
3.3.2	Prosedur Penelitian.....	36
3.4	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....	37

3.4.1	Teknik Pengumpulan Data	37
3.4.2	Instrumen Pengumpulan Data	38
3.5	Keabsahan Data.....	38
3.6	Analisa Data.....	39
BAB 4	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	40
4.1	Gambaran Lokasi Penelitian	40
4.2	Pengkajian Asuhan Keperawatan.....	41
4.3	Diagnosis Keperawatan.....	51
4.4	Rencana Keperawatan.....	54
4.5	Implementasi Keperawatan.....	58
4.6	Evaluasi Keperawatan.....	67
4.7	Pembahasan.....	77
BAB 5	KESIMPULAN DAN SARAN.....	85
5.1	Kesimpulan	85
5.2	Saran.....	87
DAFTAR PUSTAKA.....		88

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1	Diagnosis Keperawatan	24
Tabel 2. 2	Perencanaan Keperawatan	29
Tabel 4. 1	Pengkajian Data Anamnesis Pasien 1 Tn.s dan Pasien 2 Ny.D.....	41
Tabel 4. 2	Pengkajian Pemeriksaan Fisik Pasien 1 Tn.S dan Pasien 2 Ny.D.....	43
Tabel 4. 3	Hasil Pemeriksaan Penunjang Pada Pasien 1 Tn.S dan Pasien 2 Ny.D....	49
Tabel 4. 4	Penatalaksanaan Pada Pasien 1 Tn.S dan Pasien 2 Ny.D.....	50
Tabel 4. 5	Diagnosis Keperawatan Pada Pasien 1 Tn.S dan Pasien 2 Ny.D	51
Tabel 4. 6	Intervensi Keperawatan Pada Pasien 1 Tn.S	54
Tabel 4. 7	Intervensi Keperawatan Pada Pasien 2 Ny.D	56
Tabel 4. 8	Implementasi Keperawatan Pada Pasien 1 Tn.S.....	58
Tabel 4. 9	Implementasi Keperawatan Pada Pasien 2 Ny.D	63
Tabel 4. 10	Evaluasi Keperawatan Pada Pasien 1 Tn.S.....	67
Tabel 4. 11	Evaluasi Keperawatan Pada Pasien 2 Ny.D	72

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Diabetes Melitus Tipe II	12
--	----



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Format Pengkajian Asuhan Keperawatan Medikal Bedah
- Lampiran 2 Kediaan Membimbing
- Lampiran 3 Verifikasi Judul
- Lampiran 4 Surat Izin Dinas Praktik Asuhan Keperatan / Studi Kasus
- Lampiran 5 Nota Dinas
- Lampiran 6 Lembar Konsul Bimbingan Karya Tulis Ilmiah



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit tidak menular (PTM) merupakan masalah kesehatan yang sudah ada sejak lama mendapat perhatian nasional dan internasional. Mortalitas dan Morbiditas PTM semakin meningkat di Indonesia. Jenis penyakit ini merupakan masalah kesehatan utama di hampir semua Negara berkembang. Termasuk Indonesia, karena morbiditas dan mortalitas yang relative tinggi dalam waktu yang singkat (Yarmaliza, 2019). Diantaranya penyakit yang tidak menular yang masih banyak di Indonesia yaitu diabetes melitus.

Diabetes melitus atau penyakit kencing manis ialah penyakit kronis yang dapat di derita oleh seseorang selama seumur hidup (Sihotang, 2017). Penyebab diabetes melitus (DM), yaitu gangguan metabolisme yang terjadi pada organ pankreas ditandai dengan peningkatan gula darah atau sering disebut status hiperglikemia yang diinduksi penurunan jumlah insulin dari pankreas. Penyakit DM memiliki berbagai macam penyebab komplikasi seperti makrovaskular dan mikrovaskular. Penyakit DM biasanya menyebabkan penyakit kardiovaskular. Penyakit ini terbilang penyakit yang tidak bisa sembuhkan dan cukup serius jika tidak segera diberikan penanganan sehingga mampu meningkatkan hipertensi dan infak miokard. (Lestarietal.,2021)

Data dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memprediksikan peningkatan jumlahnya penderita diabetes di Indonesia pada Januari 2022 sebanyak 8.43 juta orang,

pada tahun 2021 mengalami peningkatan sebanyak 21,257 juta orang. Laporan ini menunjukkan bahwa jumlah penderita diabetes akan meningkat dua hingga tiga kali lipat pada tahun 2030. Data menunjukkan bahwa Indonesia menempati urutan ke-4 di dunia dengan jumlah penderita diabetes terbanyak di antara China, India dan Amerika Serikat setelahnya. (Lestari et al., 2021)

Bedasarkan data Internasional Diabetes Federation (IDF) memprediksi jumlah penderita diabetes di Indonesia akan meningkat dari 9,1 juta pada tahun 2014 menjadi 14,1 juta pada tahun 2035. Hal ini menunjukkan bahwa penyakit diabetes memerlukan perhatian dari pemerintah khususnya petugas kesehatan dalam hasil kajian Riskesdas 2018, prevalensi orang yang terdiagnosis diabetes melitus di Indonesia di atas usia 15 tahun meningkat dari 5,7% pada tahun 2007 menjadi 6,9% pada tahun 2013 dan 8,5% pada tahun 2018 (Kemenkes RI, 2018). Antara tahun 2013 sampai 2018 terdapat empat provinsi dengan prevalensi tertinggi yaitu DKI Jakarta 3,4% dan Kalimantan Timur 3,1% di Yogyakarta 3,1 dan Sulawesi Utara 3% (Infodatin, 2020). Di Kalimantan Timur sendiri tepatnya di kota Samarinda, penyakit diabetes melitus menempati urutan ketiga setelah infeksi saluran pernapasan dan hipertensi dengan jumlah kasus sebanyak 21.746 kasus (Dinas Kesehatan Kota Samarinda, 2018).

Ada terdapat masalah keperawatan yang muncul pada pasien diabetes melitus antara lain ketidakstabilan kadar glukosa darah yang tidak terkait dengan hiperglekemia atau hipoglekemia, perfusi perifer yang tidak efektif terkait dengan hiperglikemia, defisiensi nutrisi terkait dengan ketidakmampuan menyerap nutrisi,

risiko infeksi terkait penyakit kronis Intolansi aktivitas terkait kelelahan, gangguan integritas kulit terkait dengan perifer. Pentingnya peran perawat dalam perawatan pasien diabetes melitus keperawatan profesional dicapai melalui proses keperawatan dan evaluasi hasil keperawatan.

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk mengetahui dan memahami tentang diabetes melitus melalui Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II di RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas penulis dapat merumuskan masalah sebagai berikut: Bagaimanakah penerapan asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe II di RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Secara umum untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe II di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

1.3.2 Tujuan Khusus

Mahasiswa mampu memahami gambaran asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II di RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Melakukan

pengkajian pasien dengan diabetes melitus tipe II di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.3.2.1 Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.3.2.2 Menyusun intervensi keperawatan pada pasien dengan melitus tipe II di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.3.2.3 Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.3.2.4 Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus tipe II di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Penulis

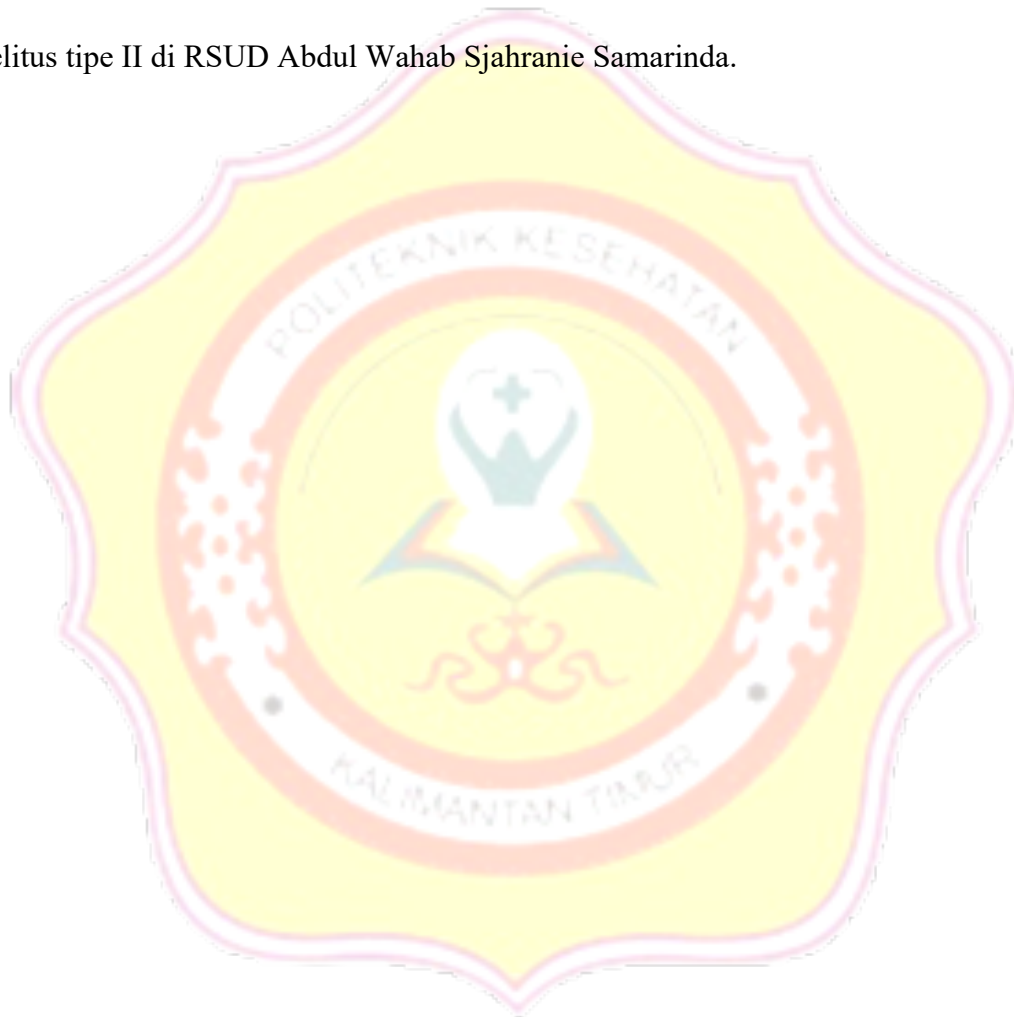
Hasil studi kasus ini diharapkan menambah pengalaman belajar dilapangan dan meningkatkan pengetahuan serta informasi bagi penulis tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.4.2 Bagi Tempat Penelitian

Hasil studi kasus ini dapat memberikan manfaat serta informasi atau referensi khususnya untuk membantu penelitian selanjutnya terkait asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil studi kasus sebagai masukan untuk menambah pengetahuan dan wawasan bagi perkembangan keperawatan dan juga sebagai acuan untuk meningkatkan pemahaman khususnya tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Medis

2.1.1 Definisi

Diabetes adalah gangguan metabolisme yang secara genetik dan klinis heterogen serta manifestasi klinis sebagai gangguan toleransi terhadap karbohidrat. Diabetes Melitus (DM) adalah gangguan metabolisme yang ditandai dengan ketidakmampuan mekanisme normal insulin, yang menyebabkan hiperglikemia, haus, lapar, penurunan berat badan, lemas, sering kali sesak napas dan akhirnya koma.

Hiperglikemia adalah suatu keadaan dimana gula darah meningkat dari kadar normal darah puasa 80-90 mg/dl atau kisaran tidak puasa sekitar 0-160 mg/100 ml darah. Yang sering terjadi pada lansia yang mengalami berbagai gangguan fisik, psikis, sosial, spiritual dan budaya yang dapat menimbulkan resiko komplikasi. Sehingga memerlukan perhatian yang lebih tinggi. (Sya'diyah et al., 2020)

DM tipe 2 merupakan 90% dari kasus DM yang dahulu di kenal dengan Non Insulin Dependen Diabetes Melitus (NIDDM). Bentuk DM ini bervariasi mulai dari yang dominan resistensi insulin, defisiensi insulin relative hingga efek sekresi insulin. Pada diabetes tipe ini, terjadi penurunan kemampuan kerja insulin pada jaringan perifer (resistensi insulin) dan disfungsi sel. Akibatnya pancreas tidak dapat memproduksi urin yang cukup untuk membagi insulin perlawanan. Kedua hal ini menyebabkan defisiensi insulin relative. Obesitas sering dikaitkan dengan kondisi ini. DM tipe 2 umumnya

terjadi pada usia >40 tahun. Pada dm tipe ini terjadi gangguan peningkatan glukosa oleh reseptornya namun produksi insulin ini masih dalam batas normal sehingga pasien tidak tergantung pada pemberian insulin. Namun, pada kelompok diabetes mellitus tipe 2 sering ditemukan komplikasi mikrovaskuler dan makrovaskuler. (Moshinsky, 1959)

2.1.2 Etiologi

DM tipe II adalah penurunan respon terhadap insulin atau dikenal dengan resistensi insulin. Dalam keadaan ini, insulin tidak efektif dalam menyerap glukosa dan menurunkan gula darah. Awalnya, kondisi ini dikompensasi dengan peningkatan produksi insulin untuk mempertahankan homeostasis glukosa, namun seiring berjalannya waktu produksi insulin menurun mengakibatkan DM tipe II. (Lestari et al., 2021)

2.1.3 Klasifikasi

Sistem klasifikasi diabetes patologi dan epidemiologi saat ini tidak memungkinkan karena keterbatasan pengetahuan dan sumber daya yang tersedia di sebagian besar negara di dunia. Beberapa ahli telah menyarankan pengelompokan menurut manajemen klinis dan perlu atau tidaknya pemberian insulin, terutama ketika di diagnosis. (Hardianto, 2021). Secara total Diabetes melitus dibagi menjadi beberapa kelompok, diantaranya adalah:

1. Diabetes Melitus Tipe 1, pasien tipe 1 ini ditemukan pada anak-anak dan remaja.

Data pasien tipe 1 diseluruh dunia belum tersedia, namun jumlah tipe 1 pada anak-

anak baik laki- laki maupun perempuan ini, meningkat dengan laju tahunan sebesar 3%. Tipe 1 ini dapat mengurangi harapan hidup sekitar 13 tahun di negara dan menambah perkembangan dimana penggunaan insulin terbatas. Diagnosis tipe 1 dan tipe 2 pada orang dewasa sulit disembuhkan, dan kesalahan diagnosis tipe ini dapat memengaruhi perkiraan pravelensi. Dari karakteristik klinis yang diamati adalah indeks masa tubuh, penggunaan insulin dalam 12 bulan diagnosis dan peningkatan resiko ketoasidosis diabetikum.

2. Diabetes Miletus Tipe 2, pasien tipe 2 biasanya terjadi pada orang dewasa tetapi sekarang jumlah anak-anak dan remaja yang mederita tipe 2 semakin meningkat. Diabetes tipe 2 ini adalah masalah kesehatan global dan serius yang bekembang sebagai akibat dari perubahan budaya, ekonomi, social, penuaan populasi, peningkatan urbanisasi, perubahan pola makan (peningkatan konsumsi makanan olahan gula), obesitas, penurunan fisik, aktivitas, gaya hidup, gaya hidup tidak sehat dan mal nutrisi janin.
3. Diabetes Gestasional (Kehamilan), diabetes ini yang terjadinya pada masa kehamilan, biasanya terjadi pada trimester ke-2 dan ke- 3 saat kehamilan karena hormon yang disekresi plasenta menghambat kerja insulin. Sekitar 30-40% penderita diabetes gestasional berkembang menjadi tipe 2. Diabetes gestasional terjadi pada 7% kehamilan dan meningkatkan resiko kematian pada ibu dan janin.
4. Diabetes spesifik lainnya adalah diabetes berhubungan dengan genetik penyakit pada pankreas, gangguan hormonal, penyakit lain atau pengaruh penggunaan obat (seperti pengobatan HIV/Aids).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Diabetes Melitus mempunyai jenis diantaranya yaitu. (Achmad Ali Fikri, Syamsul Arifin, 2022)

1. Poliuria

Peningkatan produksi urine menyebabkan kenaikan hipoglikemia karena gula darah telat mencapai tingkat “ambang ginjal” 180 mg/dl pada ginjal normal. Ketika sadar glukosa darah 180 mg/dl, ginjal tidak lagi dapat menyerap kembali glukosa dari filtrat glomerulus, sehingga terjadi hiperglikemia di dalam urine. Saat glukosa menarik air, terjadi diuresis osmotik yang menyebabkan polyuria.

2. Polidipsia

Peningkatan pengeluaran urin yang sangat besar dapat menyebabkan dehidrasi ekstraseluler. Dehidrasi intraseluler mengikuti hidrasi ekstraseluler ketika air intraseluler berdifusi dari sel sepanjang gradient konsentrasi kedalam plasma hipertonic (sangat padat). Dehidrasi intaseluler merangsang pelepasan ADH (hormone antidiuretik) dan menyebabkan rasa haus.

3. Polifagia

Sel tubuh kekurangan bahan bakar sehingga pasien sering merasa lapar dan lemas. Hal ini dikarenakan tubuh kekurangan glukosa sedangkan kadar glukosa darah cukup tinggi.

4. Kelelahan dan Kelemahan Otot

Kelelahan dan kelemahan otot disebabkan oleh kata metabolisme protein otot dan ketidak mampuan organ tubuh untuk menggunakan glukosa sebagai energi, sehingga penderita sering merasa lelah.

2.1.5 Patofisiologi

Diabetes mellitus tipe 2 disebabkan oleh faktor usia, genetic, obesitas yang menjadi sel beta pancreas sehingga terjadi gangguan sekresi insulin yang harusnya diperoleh oleh tubuh. Gangguan sekresi insulin dapat mempengaruhi tingkat produksi insulin, sekresi insulin menjadi menurun dan mengakibatkan ketidakseimbangan produksi insulin. Penurunan sekresi intra sel menjadikan insulin tidak terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel sehingga gula dalam darah tidak dibawa masuk oleh sel. Gula yang tidak dapat masuk ke dalam sel mengakibatkan kadar glukosa dalam darah meningkat dan menyebabkan hiperglikemia. Pengobatan yang tidak teratur serta ketidakpatuhan pola hidup akan mengakibatkan glukosa dalam darah tidak dapat menjadi energy sehingga menyebabkan ketidakstabilan kadar glukosa.

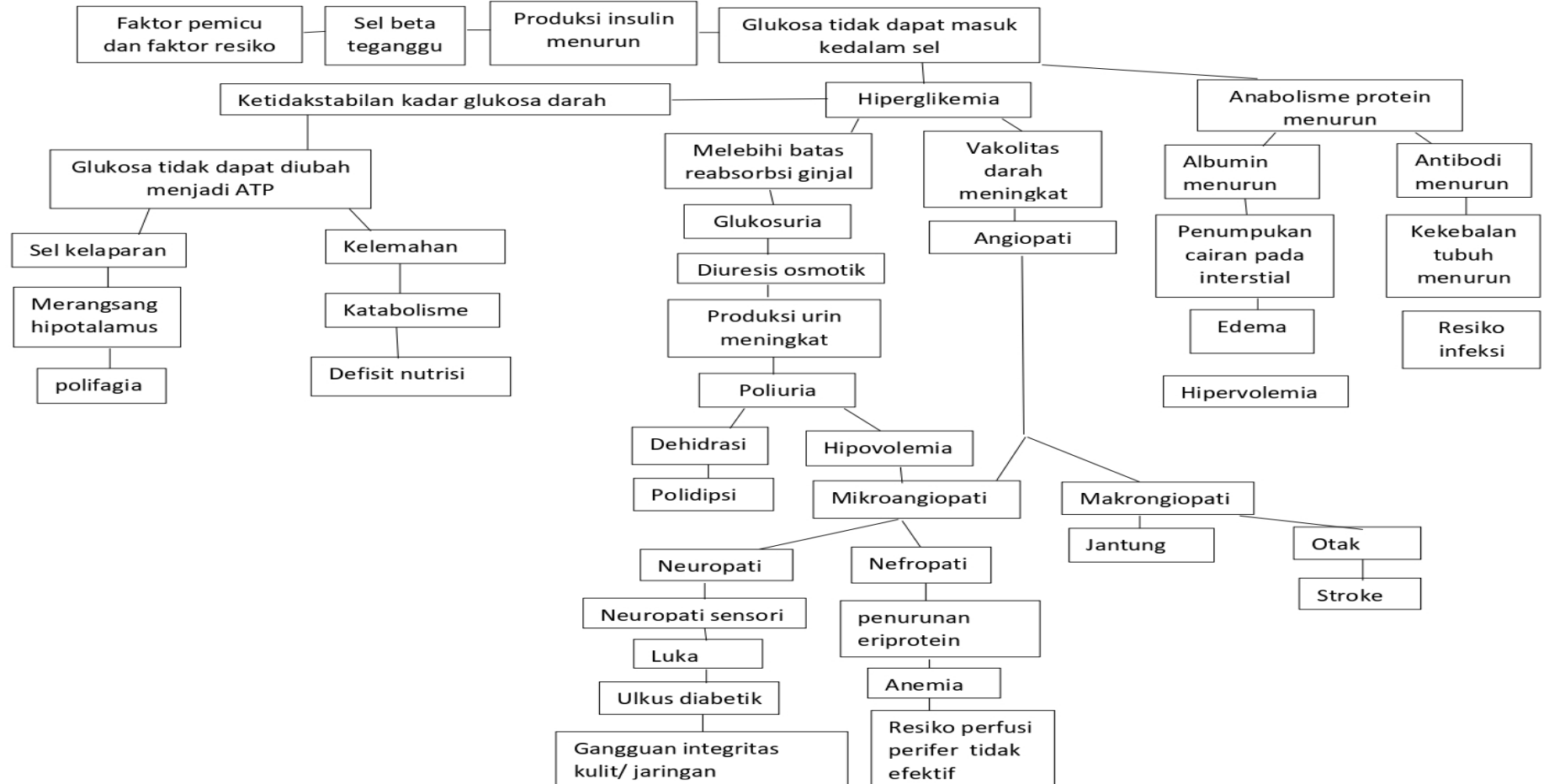
Patofisiologi dari diabetes mellitus dapat dilakukan dengan salah satu akibat kekurangan insulin yaitu berkurangnya penggunaan glukosa oleh sel-sel tubuh yang mengakibatkan peningkatan konsentrasi glukosa darah 300-1200 mg/dl. Peningkatan mobilisasi lemak menyebabkan metabolisme lemak yang abnormal disertai dengan endapan kolestrol pada dinding pembuluh darah yang berakibat berkurangnya protein pada jaringan tubuh.

Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas DM tipe 2, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Karena itu, ketoasidosis diabetes jarang terjadi pada DM tipe 2. Jika DM tipe 2 tidak terkontrol dapat menimbulkan masalah akut lainnya yang dinamakan sindrom hiperglikemik hiperosmolar nonketorik (HHNK). (Achmad Ali Fikri, Syamsul Arifin, 2022)



2.1.6 Pathway

Bagan 2.1 Pathway Diabetes Melitus Tipe II



2.1.7 Komplikasi

1. Komplikasi Akut

Berdasarkan hasil penelitian, frekuensi komplikasi akut terdistribusi berdasarkan jenis kelamin : Dari 31 laki-laki, 2 orang mengalami KAD, 5 orang (16,1%) mengalami hipoglikemia, dan tidak ada yang mengalami hiperosmolaritas. Sedangkan dari 41 wanita, 4 (9,8%) mengalami KAD, 3 (7,3%) mengalami hipoglikemia, dan tidak ada yang hiperosmolaritas. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Himawan (2009) yang menunjukkan bahwa wanita (43,6%) memiliki kejadian DKA lebih tinggi dibandingkan 13 pria (33,3%). Meskipun distribusi frekuensi berdasarkan usia kedua pasien berusia \leq selama 40 tahun tidak ada yang mengalami komplikasi akut. 1 orang penderita hipoglikemia pada usia 40-49 tahun, 4 pasien menderita KAD berusia 60-69 tahun.

2. Komplikasi Mikrovaskuler

Berdasarkan hasil penelitian yang menunjukkan distribusi frekuensi komplikasi mikrovaskuler menurut jenis kelamin, 31 laki-laki (9,7%) mengalami komplikasi yaitu retinopati, 3 (9,7%) mengalami neuropati. Sedangkan dari 41 wanita, 5 (12,2%) mengalami retinopati, 8 (19,5%) mengalami neuropati, dan 2 (4,9%) mengalami neuropati.

3. Komplikasi Makrovaskuler

Berdasarkan hasil penelitian yang menunjukkan distribusi frekuensi komplikasi makrovaskuler menurut jenis kelamin, dari 31 laki-laki, 2 orang (6,5%) menderita penyakit serebrovaskuler, 4 orang (12,9 %) menderita penyakit coroner, dan 13 orang (31,7%) menderita ulkus kaki. Sementara itu dari 41 wanita, 1 orang (2,4%) menderita penyakit serbrovaskular, 4 orang (9,8%) menderita penyakit coroner, dan 13 orang (31,7%) menderita ulkus kaki. (Saputri, 2020)

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis diabetes tipe 2 memerlukan tes glukosa darah dan mengidentifikasi tanda dan gejala. Ada beberapa cara untuk mengontrol gula darah untuk menegakan diagnosis diabetes mellitus berdasarkan konsekuensi yang berlaku untuk pengobatan dan pencegahan DM tipe 2 di Indonesia sebagai berikut:

1. Tes glukosa darah puasa untuk mengukur glukosa darah saat klien tidak makan atau minum. Pelanggan disarankan untuk tidak makan atau minum apapun selama 8-10 jam. Kadar gula darah puasa di bawah 100 mg/dl adalah normal. Gula darah diatas 100-125 mg/dl dianggap pradiabetes. Jika 2 tes terpisah membaca 126 mg/dl atau lebih, pasien menderita diabetes.
2. Tes glukosa darah acak atau terjadwal, sampel darah diambil secara acak, terlepas dari kapan seseorang terakhir kali makan, nilai gula darah > 200 mg/dl sudah bisa dijadikan indikasi diabetes, apalagi jika disertai gejala khas dan atipikal diabetes.

3. Tes toleransi glukosa oral, untuk tes ini, pasien harus puasa semalaman selama 8-10 jam, minum air bebas gula masih diperbolehkan. Setelah dilakukan pemeriksaan glukosa puasa, pasien diberikan glukosa sebanyak 75 gram yang dilarutkan 250 ml air, setelah itu pasien minum dalam waktu 5 menit dan berpuasa kembali, gula darah diukur setelah 2 jam. Gula darah dibawah 140 mg/dl adalah normal. Nilai antara 140-199 mg/dl mengindikasikan pradiabetes. Pembacaan 200 mg/dl atau lebih setelah 2 beban glukosa perjam dapat mengidentifikasi diabetes.
4. Uji hemoglobin glikosilasi atau glikohemoglobin (HbA1C). Tes darah ini menunjukkan kadar gula darah rata-rata anda selama 2-3 bulan terakhir dan mengukur persentase gula darah yang terikat pada hemoglobin, protein pembawa oksigen dalam sel darah merah. Semakin tinggi gula darah, semakin banyak glukosa yang menempel pada hemoglobin. Tes HbA1 lebih cocok untuk memantau tingkat control diabetes dan tidak digunakan untuk membuat diagnosis. (Lia, 2022)

2.1.9 Penatalaksanaan

Penanganan yang tepat terhadap penyakit diabetes mellitus sangat diperlukan. Penanganan diabetes mellitus dapat di kelompokkan 5 pilar, yaitu edukasi, perencanaan makan, latihan jasmani, intervensi farmakologis dan pemeriksaan gula darah (Haida, Putri & Isfandiari, 2013) didalam (Suciana & Arifianto, 2019)

1. Edukasi

Penelitian (Rahayu, Kamaluddin & Sumarwati, 2014) memberikan pendidikan dan pelatihan kepada penderita diabetes mellitus tentang penyakit diabetes mellitus dan

perawatannya, memberikan motivasi kepada keluarga dan penderita bahwa perawatannya secara rutin pada penderita bahwa perawatannya secara rutin pada penderita diabetes melitus penting dilakukan untuk menghindari komplikasi, serta mengadakan pengecekan ulang secara berkala setiap bulan yaitu 2x kunjungan rumah. Setelah program DSME selesai diselenggarakan, kemudian dilakukan pengukuran tahap kedua untuk menilai kualitas hidup penderita diabetes melitus setelah intervensi. Edukasi dengan prinsip Diabetes Self Management Education (DSME) pada pasien diabetes melitus dan keluarga dapat meningkatkan kualitas hidup pada penderita DM tipe 2.

2. Perencanaan Makanan

Merupakan salah satu pilar pengelolaan diabetes. Factor yang berpengaruh pada respon glikemik makanan adalah cara memasak, proses penyiapan makanan dan bentuk makanan serta komposisi makanan (karbohidrat, lemak, dan protein), yang dimaksud dengan karbohidrat adalah gula, tepung, dan serat. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan (Prabowo & Hastuti, 2015) menyebutkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan semakin patuh dalam diet, sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan kepatuhan diet pada penderita diabetes melitus serta ada kecenderungan semakin baik dukungan keluarga semakin patuh dalam diet yang dibuktikan dengan ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet pada penderita diabetes melitus.

3. Kegiatan Jasmani

Kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan jasmani teratur (3-4x seminggu selama kurang lebih 30 menit) merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan diabetes melitus tipe 2. Latihan jasmani dapat menurunkan berat badan (jalan, bersepeda lantai, jogging, berenang). Latihan jasmani sebaiknya disesuaikan dengan umur dan status kebugaran jasmani. Perlu dibatasi atau jangan terlalu lama melakukan kegiatan yang kurang gerak. Hasil penelitian menurut (Wahyu & Anna, 2017) menunjukkan pemberian perlakuan jalan kaki ringan selama 30 menit sangat penting bagi penderita diabetes melitus tipe 2 ini terbukti bias menurunkan kadar gula darah pada penderita diabetes melitus. Sebagian besar mempunyai kadar gula darah acak dalam kategori diabetes melitus.

4. Terapi Farmakologi

Diberikan bersamaan pengaturan makan dan latihan jasmani. Terapi farmakologis terdiri dari obat oral dan bentuk suntikan. Hasil penelitian (Hartanto, 2017) menunjukkan bahwa responden yang patuh terhadap terapi sebanyak 43,60%, sedangkan yang lain 56,40% dianggap tidak patuh terhadap terapi. Terapi kombinasi premixed insulin dengan biguanid merupakan terapi yang banyak menunjukkan keberhasilan terapi. Kesimpulannya ada hubungan positif dan signifikan antara kepatuhan dengan keberhasilan terapi berbasis kombinasi insulin dan obat antidiabetic oral pada pasien diabetes melitus tipe 2.

5. Pemeriksaan Laboratorium

Bagi penderita diabetes melitus untuk menegakan diagnosis serta memonitor terapi dan timbulnya komplikasi. Perkembangan penyakit bisa dimonitor dan dapat dicegah komplikasi. (Suciana & Arifianto, 2019). Berdasarkan pemeriksaan laboratorium tersebut, pasien dapat digolongkan ke dalam kelompok normal, prediabetes, dan diabetes mellitus. Diagnosis prediabetes umumnya masih bersifat reversible atau dapat dikembalikan ke metabolisme normal (Soelistijo et al., 2019). Adapun titik potong dan kriteria diagnostik DM tipe II berdasarkan pemeriksaan penunjang adalah sebagai berikut :

1. Gula darah puasa (GDP)

Pemeriksaan dilakukan dengan sampel darah vena setelah puasa selama sekurang-kurangnya 8 jam. Pasien terdiagnosis DM tipe II apabila hasil gula darah puasa lebih dari, atau sama dengan, 126 mg/dL.

2. Oral glucose tolerance test (OGTT)

Pemeriksaan dilakukan dengan sampel darah vena 2 jam setelah pemberian beban glukosa oral 75 gr. Pasien terdiagnosis DM tipe II apabila hasil gula darah 2 jam pasca beban lebih dari atau sama dengan 200 mg/dL.

3. Gula darah sewaktu (GDS)

Pemeriksaan dilakukan dengan sampel darah vena dan dapat dilakukan sewaktu-waktu, tanpa persiapan. Pasien terdiagnosis DM tipe II apabila hasil gula darah sewaktu lebih dari atau sama dengan 200 mg/dL.

4. Hemoglobin terglikasi (HbA1c)

Pemeriksaan dilakukan dengan sampel darah vena dengan metode yang terstandarisasi oleh National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP). Pasien terdiagnosis DM tipe II apabila kadar HbA1c lebih dari atau sama dengan 6,5%.

Berikut adalah kriteria dalam menentuka diagnosis Neuropati Diabetik, biasanya dipergunakan kriteria yang diterapkan oleh San Antonio. Pada konsensus tersebut direkomendasikan bahwa diabetik neuropati dikatakan paling sedikit memenuhi 1 dari 5 kriteria di bawah ini:

1. Adanya Symptom scoring
2. Adanya physical ecamination scoring
3. Quantitative Sensory testing
4. Cardiovascular Autonomic Function Testing
5. Electro-diagnostic Studies

2.2 Konsep Asuhan keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakann sebagian dari fase pertama dari proses pemberian asuhan keperawatan, data yang di dapatkan untuk mengumpulkan dengan cara sistematis guna memastikan status kesehatan pasien saat ini. Pemeriksaan perlu di lakukan dengan cara efektif mengenai suatu aspek biologis, psikologis, social, maupun spiritual pasien. Beberapa pengkajian yang dapat di lakukan pada pasien dengan

diabetes militus menurut Doenges (2012) yaitu aktivitas atau istirahat, sirkulasi, integritas ego, eliminasi, makanan, atau caoran, neuronsensory, nyeri atau keamanan, pernapasan, seksualitas, penyuluhan kesehatan, pemeriksaan diagnostik. (Achmad Ali Fikri, Syamsul Arifin, 2022b)

1. Identitas Pasien Meliputi nama pasien, nomor rekam medis, usia, gender, tingkat sekolah, alamat, kesibukan, kepercayaan, suku bangsa, tanggal dan dokter.
2. Keluhan Utama Keluhan yang paling dirasakan dan penting untuk mengenai tanda dan gejala secara umum yaitu mudah lapar, dehidrasi, kesemutan, kebas, kram, mudah mengantuk, ulkus diabetes dan terdapat luka yang tak kunjung sembuh.
3. Riwayat Kesehatan
 - 1) Riwayat Kesehatan Sekarang
Pengkajian dalam riwayat kesehatan sekarang yaitu perawat menanyakan kepada pasien riwayat penyakit sejak timbul dari kapan rasa sakit yang dikeluhkan. Semisalnya mulai dari kapan diabetes terjadi, dan sudah berapa lama di deritanya. Dari semua rasa sakit yang dirasakan pasien wajib ditanyakan se jelas jelasnya dan di dokumentasikan.
 - 2) Riwayat Kesehatan Dahulu
Pada riwayat kesehatan di waktu lampu perawat mendata dan memepertanyakan kepada pasien tentang penyakit yang sudah di alami pasien pada waktu sebelum dapat kondusif dari kasus diabetes yang berhubungan dengan system perfusi.

Misalnya apakah pasien pernah dirawat sebelumnya, dengan sakit apa dan di diagnose apa, pengobatan yang sudah di jalani, dan riwayat elergi.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga perawat menanyakan apakah dari bapak, ibu dan turunan di atasnya memiliki riwayat penyakit turunan seperti yang di derita pasien.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Meliputi keadaan penderita tampak lemah atau pucat. Tingkat kesadaran apakah sadar, koma, disorientasi.

b. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah tinggi jika disertai hipertensi. Pernapasan reguler ataukah ireguler, adanya bunyi napas tambahan, respiration rate (RR) normal 16- 20 kali/menit, pernapasan dalam atau dangkal. Denyut nadi reguler atau ireguler, adanya takikardia, denyutan kuat atau lemah. Suhu tubuh meningkat apabila terjadi infeksi.

c. Pemeriksaan Kepala dan leher

- 1) Kepala : normal, kepala tegak lurus, tulang kepala umumnya bulat dengan tonjolan frontal di bagian anterior dan oksipital di bagian posterior
- 2) Rambut : biasanya tersebar merata, tidak terlalu kering, tidak terlalu berminyak.
- 3) Mata : simetris mata, refleks pupil terhadap cahaya, terdapat gangguan penglihatan apabila sudah mengalami retinopati diabetik.

- 4) Telinga : fungsi pendengaran mungkin menurun.
- 5) Hidung : adanya sekret, pernapasan cuping hidung, ketajaman saraf hidung menurun.
- 6) Mulut : mukosa bibir kering.
- 7) Leher : tidak terjadi pembesaran kelenjar getah bening.

d. Pemeriksaan Dada

- 1) Pernafasan : sesak nafas, batuk dengan tanpa sputum purulent dan tergantung ada/tidaknya infeksi, panastesia/paralise otot pernafasan (jika kadar kalium menurun tajam), RR > 24 x/menit, nafas berbau aseton.
- 2) Kardiovaskuler : takikardia/nadi menurun, perubahan TD postural, hipertensi disritmia dan krekel.

e. Pemeriksaan Abdomen

Adanya nyeri tekan pada bagian pankreas, distensi abdomen, suara bising usus yang meningkat.

f. Pemeriksaan Reproduksi

Rabbas vagina (jika terjadi infeksi), keputihan, impotensi pada pria, dan sulit orgasme pada wanita.

g. Pemeriksaan Integumen

Biasanya terdapat lesi atau luka pada kulit yang lama sembuh. Kulit kering, adanya ulkus di kulit, luka yang tidak kunjung sembuh. Adanya akral dingin, capillary refill kurang dari 3 detik, adanya pitting edema.

h. Pemeriksaan Ekstremitas

Kekuatan otot dan tonus otot melemah. Adanya luka pada kaki atau kaki diabetik.

i. Pemeriksaan Status Mental

Biasanya penderita akan mengalami stres, menolak kenyataan, dan keputus asaan.

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan actual dan potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan mengubah status kesehatan pasien. Diagnosa keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan pasien yang nyata (aktual) dan kemungkinan akan terjadi, dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batasan wewenang perawat.

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia (D.0027)
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemik (D.0009)
3. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi (sel kekurangan glukosa) (D.0019)
4. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D.0022)
5. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)
6. Resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan kadar glukosa darah (D.0142)

7. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)

Tabel 2. 1 Diagnosis Keperawatan

No	Masalah Keperawatan	Definisi	Penyebab/Faktor Risiko	Tanda dan Gejala
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia (D.0027)	Variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disfungsi pancreas 2. Resistensi insulin 3. Gangguan toleransi glukosa darah 4. Gangguan glukosa darah puasa 	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lelah atau lesu <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kadar gula dalam darah/ urin tinggi <p>Gejala dan tanda minor :</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mulut kering 2. Haus meningkat <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah urin Meningkat
2.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemik (D.0009)	Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hiperglikemia 2. Penurunan konsentrasi hemoglobin 3. Peningkatan tekanan darah 4. Kekeurangan volume cairan 5. Penurunan aliran arteri dan/atau vena 6. Kurang terpapar informasi tentang factor pemberat (mis, meroko, gaya hidup monoton, truma, obesitas, asupan garam, imobilitas) 7. Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis. 	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <p>Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian kapiler >3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun <p>Gejala dan tanda minor :</p> <p>Subjektif</p>

No	Masalah Keperawatan	Definisi	Penyebab/Faktor Risiko	Tanda dan Gejala
			Diabetes mellitus, hiperlipidemia) 8. Kurang aktivitas fisik	1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas Objektif 1. Edema 2. Penyembuhan luka lambat 3. Indeks anklebra 4. Bruit femoral
3.	Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi (sel kekurangan glukosa) (D.0019)	Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolis me	1. Ketidakmampuan menelan makanan 2. Ketidakmampuan mencerna makanan 3. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient 4. Peningkatan kebutuhan metabolis me 5. Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi) 6. Faktor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan)	Gejala dan tanda mayor : Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. berat badan menurun menurun 10% dibawah rentang ideal Gejala tanda minor : Subjektif 1. Cepat kenyang setelah makan 2. kram/nyeri abdomen 3. nafsu makan menurun Objektif 1. Bising usus hiperaktif 2. Otot penguyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok berlebihan

No	Masalah Keperawatan	Definisi	Penyebab/Faktor Risiko	Tanda dan Gejala
				8. Diare
4.	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D.0022)	Peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraelular.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan mekanisme regulasi 2. Kelebihan asupan cairan 3. Kelebihan asupan natrium 4. Gangguan aliran balik vena 5. Efek agen farmakologis (mis. Kortikosteroid, chlorpropamide, tolbutamide, vincristine, tryptilinescarbamide) 	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ortopnea 2. Dispnea 3. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema anasarka dan/atau edema perifer 2. Berat badan meningkat dalam waktu singkat 3. Jugular Venous Pressure (JVP) dan/atau Central Venous Pressure (CVP) meningkat 4. Refleks hepatojugular Positif
5.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)	Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, mukorinea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) 3. Kekurangan/kelebihan volume cairan 4. Penurunan mobilitas 5. Bahan kimia iritatif 6. Suhu lingkungan yang ekstrem 7. Faktor mekanisme (mis. Penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, 	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <p>Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan

No	Masalah Keperawatan	Definisi	Penyebab/Faktor Risiko	Tanda dan Gejala
		dann/atau ligament.	energy listrik bertegangan tinggi) 8. Efek samping terapi radiasi 9. Kelembapan 10. Proses penuaan 11. Neuropati perifer 12. Perubahan pigmentasi 13. Perubahan hormonal 14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan	
6.	Resiko infeksi berhungan dengan peningkatan kadar glukosa darah (D.0142)	Berisiko mengalami peningkatan terserang organisasi patogenik.	1. Penyakit krinis (mis. Diabetes mellitus) 2. Efek prosedur invasive 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : 1. Gangguan peristaltic 2. Kerusakan integritas kulit 3. Perubahan sekresi Ph 4. Penurunan kerja siliaris 5. Ketuban pecah sewaktu 6. Meroko 7. Statis cairan tubuh 6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder 1. Penurunan hemoglobin 2. Imununosupresi	Kategori : Lingkungan Subkategori : 1. Keamanan dan Proteksi Faktor risiko 2. Penyakit kronis 3. Efek prosedur invasive 4. Malnutrisi 5. Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan 6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer 7. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

No	Masalah Keperawatan	Definisi	Penyebab/Faktor Risiko	Tanda dan Gejala
			3. Leukopenia 4. Supresi respon inflamasi 5. Vaksinasi tidak adekuat	
7.	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)	Penurunan volume cairan intravascular, interstisial, dan/atau intraselular.	1. Kehilangan cairan aktif 2. Kegagalan mekanisme regulasi 3. Peningkatan permeabilitas kapiler 4. Kekurangan intake cairan 5. Evaporasi	Kategori Fisiologis: Subkategori: Nutrisi dan Cairan Faktor risiko: 1. Kehilangan cairan secara aktif 2. Gangguan absorbs cairan 3. Usia lanjut 4. Kelebihan berat badan 5. Status hipermetabolik 6. Kegagalan Mekanisme regulasi 7. Kekurangan intake cairan 8. Efek agen Farmakologis

2.2.3 Perencanaan dan Luaran Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu proses didalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan. (Dermawan, 2012).

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam

usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan kebutuhan pasien (Setiadi, 2012).

Luaran keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan (PPNI, 2019)

Tabel 2. 2 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia (D.0027)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil : 1. Lelah/lesu menurun 2. Kadar glukosa dalam darah membaik	Manajemen Hiperglikemia Observasi 1.1 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 1.2 Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat 1.3 Monitor kadar glukosa darah (Jika perlu) 1.4 Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 1.5 Monitor intake dan output cairan Teraupetik 1.6 Berikan asuhan cairan oral Edukasi 1.7 Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL 1.8 Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri Kolaborasi

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			1.9 Kolaborasi pemberian insulin
2	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia (D.0009)	Setelah tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Penyembuhan luka meningkat 3. Warna kulit pucat menurun 4. Pengisian kapiler membaik	Perawatan Sirkulasi Observasi 2.1 Periksa sirkulasi perifer 2.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi 2.3 Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik 2.4 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi Edukasi 2.5 Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat 2.6 Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi
3	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient (sel kekurangan glukosa) (D.0019)	Setelah tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 1. Berat badan membaik 2. Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik	Manajemen Nutrisi Observasi 3.1 Identifikasi status nutrisi 3.2 Identifikasi alergi dan intoleransi makan 3.3 Identifikasi makanan yang disukai 3.4 Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 3.5 Monitor asupan makanan 3.6 Monitor berat badan 3.7 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 3.8 Lakukan oral hygiene sebelum makan 3.9 Fasilitasi menentukan pedoman diet Edukasi 3.10 Anjurkan posisi Duduk, jika mampu 3.11 Anjurkan diet yang di programkan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			Kolaborasi 3.12 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan
4	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D.0022)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Haluaran urin meningkat 2. Edema menurun 3. Tekanan	Manajemen Hipervolemia Observasi 4.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia 4.2 Identifikasi penyebab hipervolemia 4.3 Monitor status hemodinamik 4.4 Monitor intake dan output cairan 4.5 Monitor kecepatan infus secara ketat 4.6 Monitor efek samping diuretic Terapeutik 4.7 Batasi asupan cairan dan garam Edukasi 4.8 Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi 4.9 Kolaborasi pemberian diuretic
5	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun	Perawatan Luka Observasi 5.1 Monitor karakteristik luka 5.2 Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 5.3 lepaskan balutan dan Plester secara perlahan 5.4 Bersihkan dengan NaCl atau pembersih nontoksik 5.5 Bersihkan jaringan nekrotik 5.6 Berikan salep yang Sesuai 5.7 Pasang balutan sesuai Jenis luka

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			5.8 Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien Edukasi 5.9 Jelaskan tanda dan Gejala infeksi Kolaborasi 5.10 Kolaborasi Pemberian antibiotic, jika perlu
6	Risiko infeksi (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemerahan menurun 2. Nyeri menurun	Manajemen Energi Observasi 6.1 Monitor tanda dan gejala Infeksi Terapeutik 6.2 Batasi jumlah pengunjung 6.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 6.4 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6.5 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 6.6
7	Risiko hipovolemia dibuktikan dengan status hipermetabolik (D.0034)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan haus menurun 2. Intake cairan Membaik	Manajemen Hipovolemia Observasi 7.1 Periksa tanda dan gejala hipovolemia 7.2 Monitor intake dan output cairan Teraeutik 7.3 Hitung kebutuhan cairan 7.4 Berikan asupan cairan Oral Edukasi 7.5 Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral Kolaborasi 7.6 Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis

2.2.4 Implementasi Kepeawatan

Implementasi keperawtan adalah tahap ke empat dimana ini berasal dari proses keperawatan yang dikwmbangkan selama fase perencanaan untuk mencapai tujuan

yang telah di tetapkan. 3 tahap implementasi keperawatan : (Achmad Ali Fikri, Syamsul Arifin, 2022)

1. Tahap 1: tahap awal tindakan keperawatan dimana mempersiapkan segala sesuatu yang diperlukan dalam tindakan. Seperti review tindakan pada tahap perencanaan, menganalisa pengetahuan dan keterampilan perawat yang diperlukan.
2. Tahap 2: Intervensi adalah tahap yang berfokus pada pelaksanaan tindakan perawatan adalah kegiatan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan ini meliputi indenpenden, interdependen, dependen.
3. Tahap 3: Dokumentasi merupakan pelaksanaan tindakan keperawatan berupa pencatatan.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan pasien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Evaluasi dalam keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan pasien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. (Sitanggang, 2018). Evaluasi keperawatan dibagi menjadi 2 yaitu:

- a. Evaluasi Berjalan (sumatif)

Dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami keluarga.

b. Evaluasi Akhir (formatif)

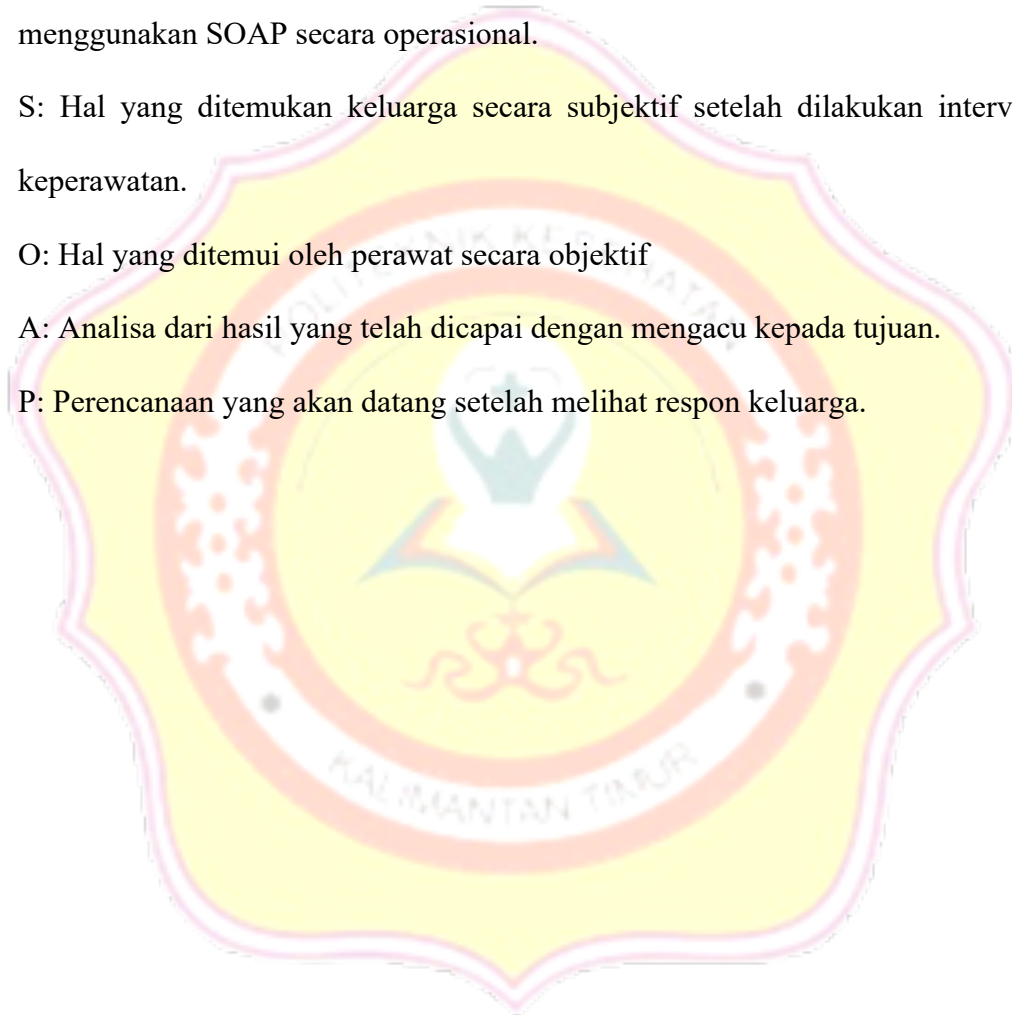
Cara membandingkan anantara tujuan yang akan dicapai. Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional.

S: Hal yang ditemukan keluarga secara subjektif setelah dilakukan intervensi keperawatan.

O: Hal yang ditemui oleh perawat secara objektif

A: Analisa dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu kepada tujuan.

P: Perencanaan yang akan datang setelah melihat respon keluarga.



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Pendekatan/Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah menggunakan deskriptif dalam bentuk studi kasus. Tujuan ini merupakan bentuk untuk mengkaji serta mengidentifikasi secara menyeluruh dengan masalah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes melitus di RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Pendekatan ini digunakan untuk pembuatan proposal yaitu pendekatan keperawatan yang termasuk ke dalam pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

3.2 Subjek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kasusnya harus diusut tuntas. Objek yang akan diselidiki adalah dua orang pasien Diagnosis Diabtes Melitus Ttipe II di RSUD. Abdul Wahab Sjhranie Samarinda dengan kriteria sebagai berikut :

- 3.2.1 Pasien dengan Diabetes mellitus
- 3.2.2 Pasien berjenis kelamin sama
- 3.2.3 Pasien berusia diantara 40-60 tahun
- 3.2.4 Pasien memiliki riwayat diabetes melitus > 1 tahun

3.3 Batasan Istilah

Definisi operasional dibuat untuk membatasi ruang lingkup variable yang di pelajari dan juga dapat memberikan pengukuran atau dapat memberikan pengukuran maupun pengamatan terhadap variable yang diperiksa. Diabetes Militus (DM) adalah penyakit kronis yang ditandai dengan tingginya kadar gula (glukosa) darah. Glukosa adalah sumber enrgi utama bagi sel-sel dalam tubuh manusia.

3.3.1 Lokasi dan Waktu Penelitian

Studi kasus ini di lakukan di RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dengan masalah Asuhan Keperawatan Pada Pasesin Diabetes Melitus dengan waktu penelitian selama 3 hari perawatan.

3.3.2 Prosedur Penelitian

Dalam studi kasus ini, dengan menggunakan metode ini pengumpulan data seabagai berikut :

1. Penyusunan proposal studi kasus.
2. Proposal telah disetujui oleh pembimbing.
3. Meminta surat izin kepada pihak kampus Politeknik Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur untuk melakukan studi kasus di rumah sakit wilayah kerja RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
4. Meminta izin untuk pengumpulan data dengan metode studi kasus melalui surat izin pelaksanaan studi kasus kepada pihak RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

5. Mencari dua pasien dengan Diabetes Melitus di wilayah RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dengan kasus yang sama dan memberikan informasi singkat tentang tujuan dan manfaat studi kasus kepada pasien yang ikut berpartisipasi dalam studi kasus ini diberikan lembar persetujuan untuk ditandatangani.
6. Meminta keluarga untuk renpoden yang telah setuju ikut berpartisipasi dalam pelaksanaan studi kasus tersebut.
7. Melakukan pemeriksaan fisik penderita Diabetes Melitus, menetapkan diagnosa, menentukan intervensi, melakukan implementasi dan perdokumentasian pada pasien dengan Diabetes Melitus.

3.4 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.4.1 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara merupakan metode pengumpulan data yang di sepakati oleh pasien dan prawat. Tujuan dari metode wawancara untuk mengetahui informasi mengenai masalah pasien dan mengevaluasinya.

Mengobservasi merupakan tindakan yang dilakukan untuk mengobservasi kondisi dari pasien, seperti keadaan umum pasien, selain itu juga mengoervasi tindakan apa saja yang telah dilakukan, pemantauan tanda- tanda vital dan pemantauan lanoratorium serta gula darah.
2. Dokumentasi keperawatan adalah suatu cattan yang memuat seluruh dta yang di butuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan,

tindakan keperawatan dan penilaian keperawatan yang di susun secara sismetris, valid dan dapat di pertanggung jawabkan secara moral dan hokum. (Ali, 2009)

3.4.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan adata yang digunakan adalah format asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, intervensi, implementasi.

3.5 Keabsahan Data

Dalam menghasilkan kualitas data yang diperoleh, penulis perlu memvalidasi data yang ada untuk menghasilkan data yang akurat.

Beberapa sumber data atau sumber infomasi antara lain :

1. Data Primer

Data primer adalah sumber data yang di peroleh dari pasien secara langsung yang dapat memberikan informasi yang lengkap mengenai masalah kesehatan yang telah di rasakan.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang di peroleh dari orang terdekat pasien seperti orang tua, saudara atau pihak lain yang mengerti kondisi dan keadaan pasien saat ini.

3. Data Tersier

Data tersier adalah sumber data yang di peroleh berasal dari catatan medis atau rekam medic, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan diagnostik, dari perawat lain

serta bias keputusan atau literature yang berhubungan dengan masalah yang ada pada pasien.

3.6 Analisa Data

Analisa data dilakukan sejak penelitian pengumpulan dengan semua data terkumpul. Analisa data yang di lakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya di tuangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisa yang di gunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang di peroleh dari hasil interprestasi wawancara yang di lakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis di gunakan dengan cara observasi oleh penelitian pada studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya di interprestasikan dan di dibandingkan dengan teori yang sudah ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah sebagai berikut :

1. Reduksi data, data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk transkrip dan di kelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian di dibandingkan dengan nilai normal.
2. Penyajian data, penyajian data di sesuaikan dengan desain studi kasus deskriptif yang di pilih untuk studi kasus, data di sajikan secara tekstular atau narasi dan dapat di sertai dengan cuplikan ungkapan verbal dari subyek studi kasus yang merupakan data pengukurannya. Penyajian data juga dapat dilakukan dengan table, gambar, grafik, flip chart dan lain sebagainya. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari pasien.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Lokasi Penelitian

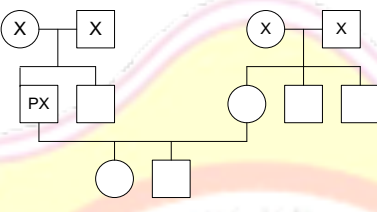
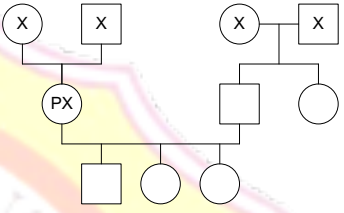
Penelitian dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang terletak di Jalan Palang Merah Indonesia No.1 Kelurahan Sidodadi, Kecamatan Samarinda ulu, Kota Samarinda, Provinsi Kalimantan Timur. RSUD Abdul Wahab Sjahranie adalah rumah sakit tipe A sebagai rumah sakit rujukan. Fasilitas yang tersedia di RSUD Abdul Wahab Sjahranie antara lain instalasi gawat darurat 24 jam, instalasi rawat jalan, instalasi bedah sentral, instalasi gizi, laboratorium, radiologi, radioterapi, farmasi, hemodialisa, histologi/kamar mayat, ruang kemoterapi, CSSD, ruang intensif terpadu, ruang bersalin/VK, gedung paviliun, instalasi rawat inap (kelas I,II,III, dan VIP). Untuk instalasi rawat inap terdapat beberapa rangan di antara lain yaitu ruang sakura, seroja, flamboyan, Dahlia, Seruni, Tulip, Melati, Mawar, Cempaka, Aster, Edelweis, Anggrek, Bougenvil, teratai, *Intensive Care Unit (ICU)*, dan *Intensive Cardiology Care Unit (ICCU)*. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan ruang aster dimulai dari tanggal 1 Mei 2023 dengan metode penelitian case kasus, lama waktu pengambilan data pasien dimulai pada tanggal 1 Mei 2023 sampai 6 Mei 2023 untuk 2 pasien. Pasien merupakan pasien kelolaan pasien sendiri ketika penulis dinas di ruang Aster pada semester 6. Ruang Aster adalah ruangan yang digunakan untuk rawat inap kelas 2 bagi laki laki maupun perempuan dewasa yang diterima langsung dari IGD maupun poli

klinik. Ruang Aster terbagi menjadi 2 tim, dimana tim 1 mengelola pasien dari kamar 1-9 dan tim 2 mengelola pasien dari kamar2-10.

4.2 Pengkajian Asuhan Keperawatan

Tabel 4. 1 Pengkajian Data Anamnesis Pasien 1 Tn.s dan Pasien 2 Ny.D

No.	Data Anamnesis	Pasien 1 (Tn.S)	Pasien 2 (Ny.D)
1.	Identitas Pasien	Pasien bernama Tn.S berjenis kelamin laki laki, dengan tanggal lahir 31 Desember 1973 berusia 50 tahun. Pasien terdoagnosa Hiperglikemia dan AKI. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 2 mei 2023. Dengan nomor rekam medis 01.90.34.05. Tanggal pengkajian dilakukan pada 2 Mei 2023. Pasien bersuku Jawa/ Indonesia, pasien beragama islam , pendidikan terakhir SLTA. Pasein bekerja sebagai karwayan swasta. Pasien beralamat di Jl. Jakarta.	Pasien bernama Ny.D berjenis kelamin perempuan, dengan tanggal lahir 08 Juni 1977 berusia tahun 46 tahun.. Pasien terdiagnosa Post CTR dan DM tipe II. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 30april 2023. Dengan rekam medis 01.31.73.34. Tanggal pengkajian dilakukan pada 2 Mei 2023. Pasien bersuku bugis/Indonesia, pasien beragama islam. Pendidikan terakhir SLTA. Pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga.Pasien beralamat di Jl. Muara badak.
2.	Keluhan Utama	Pusing	Badan Lemes
3.	Riwayat Penyakit Dahulu, Keluarga, dan Genogram	Pasien datang ke IGD pada tanggal 2 MEI 2023 pukul 02.30 dengan keluhan kepala pusing, dirumah sudah di impus selama 2 hari. Saat berjalan ke kamar mandi jatuh (kepala bocor). Pasien mengalami penurunan kesadaran pasien sehingga dibawa ke ugd rsud aws. Pada tanggal 2 Mei 2023 pasien dipindahkan dari ugd ke ruang aster, pasien pada saat di ruang aster dilakukan pengkajian kondisi pasien terpasang infus di tangan sebelah kanan, pasien	Pasien datang dari rujukan RS Dirgahayu ke IGD RSUD AWS pada tanggal 30 april 2023 pukul 07.46 dengan keluhan badan lemas, luka bekas oprasi mengeluarkan nanah setelah dilakukan operasi di RS dirgahayu dan dirawat selama 5 hari. Pasien terpasang inpus dan perban di kepala saat di IGD. Pasien dipindahkan ke ruang aster pada tanggal 30 April 2023, pada saat diruang aster dilakukan pengkajian kondisi

No.	Data Anamnesis	Pasien 1 (Tn.S)	Pasien 2 (Ny.D)
		<p>terbaring di tempat tidur pasien tampak lemas, dan didapatkan keluhan pusing. Pasien tidak memiliki penyakit dahulu dan pasien tidak memiliki riwayat penyakit keluarga.</p>  <div data-bbox="592 861 803 1081" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>□ : laki - laki ○ : perempuan X : meninggal ↗ : pasien : serumah</p> </div>	<p>pasien terpasang infus ditangan sebelah kanan, pasien terbaring di tempat tidur, pasien tampak lemas, dan didapatkan keluhan badan terasa lemas. Pasien tidak memiliki penyakit dahulu dan pasien tidak memiliki riwayat penyakit keluarga.</p>  <div data-bbox="1015 913 1226 1123" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>□ : laki - laki ○ : perempuan X : meninggal ↗ : pasien : serumah</p> </div>
4.	Keamanan dan Lingkungan	Hasil pemeriksaan di dapatkan Total skor penilaian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah: 25 Pasien masuk dalam kategori : risiko rendah	Hasil pemeriksaan di dapatkan Total skor penilaian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah: 25 Pasien masuk dalam kategori : risiko rendah
5.	Pengkajian Psikososial dan Spritual	Hasil pemeriksaan di dapatkan Persepsiklien terhadap penyakitnya adalah cobaan tuhan. Ekspresi klien terhadap penyakitnya adalah murung. Reaksi saat interaksi adalah kooperatif. Tidak mengalami gangguan konsep diri. Sebelum sakit pasien sering beribadah. Setelah sakit pasien beribadah hanya kadang-kadang dan pasien hanya berdzikir	Hasil pemeriksaan di dapatkan Persepsi klien terhadap penyakitnya adalah cobaan tuhan. Ekspresi klien terhadap penyakitnya adalah murung. Reaksi saat interaksi adalah kooperatif. Tidak mengalami gangguan konsep diri. Sebelum sakit pasien sering beribadah. Setelah sakit pasien beribadah hanya kadang-kadang dan pasien hanya berdzikir
6.	Personal Hygiene	Mandi 1x sehari (seka). Keramas 3 hari sekali.	Mandi 1x sehari (seka). Keramas 3hari sekali.

No.	Data Anamnesis	Pasien 1 (Tn.S)	Pasien 2 (Ny.D)
		Memotong kuku setiap 2 minggu sekali. Ganti pakaian sekali sehari	Memotong kuku setiap 2 minggu sekali. Ganti pakaian sekali sehari

Tabel 4. 2 Pengkajian Pemeriksaan Fisik Pasien 1 Tn.S dan Pasien 2 Ny.D

No.	Data Anamnesis	Pasien 1 (Tn.M)	Pasien 2 (Ny.D)
1.	Keadaan Umum	Keadaan umum pasien terbaring dengan posisi semi fowler, kesadaran Compos Mentis GCS E4V5M6 Berat badan pasien 80 kg, Tinggi badan 162 cm. Pasien terpasang infus ditangan sebelah kanan. Pemeriksaan tanda tanda vital pasien didapatkan: pada tanggal 02 Mei 2023 yaitu, TD: 140/90 mmHg HR: 86 x/menit T: 36,6°C Spo2: 97%	Keadaan umum pasien terbaring dengan posisi semi fowler, kesadaran Compos Mentis GCS E4V5M6 Berat badan pasien 55 kg, Tinggi badan 150 cm. Pasien terpasang infus ditangan sebelah kanan Pemeriksaan tanda tanda vital pasien didapatkan: pada tanggal 02 Mei 2023 yaitu, TD: 110/70 mmHg HR: 92 x/menit T: 36,5 °C RR: 24 x/menit SPO2: 99%
2.	Kenyamanan atau Nyeri	Pasien mengeluh nyeri kepala sebelah kanan skala 3 dan ditusuk tusuk hilang timbul	Pasien mengeluh nyeri kepala sebelah kanan skala 3 dan ditusuk tusuk hilang timbul
3.	Status Fungsional Barthel Indeks	Hasil pemeriksaan di dapatkan total skor 25 Dengan kategori ketergantungan pasien sedang	Hasil pemeriksaan di dapatkan total skor 1025 Dengan kategori ketergantungan pasien sedang
4.	Pemeriksaan Kepala	Hasil pemeriksaan di dapatkan Kepala: Kulit kepala luka jahitan, penyebaran merata, warna rambut hitam, rambut rontok, tidak bercabang, warna rambut sedikit kusam dan tidak ada kelainan Mata: mata lengkap dan simetris, sklera tidak ikterik, kongjuntiva anemis, palpebra	Hasil pemeriksaan di dapatkan Kepala: Kulit kepala terdapat bekas jaditan post CTR, penyebaran merata, warna rambut hitam, rambut rontok, tidak bercabang, warna rambut sedikit kusam dan tidak ada kelainan Mata: mata lengkap dan simetris, sklera tidak ikterik,

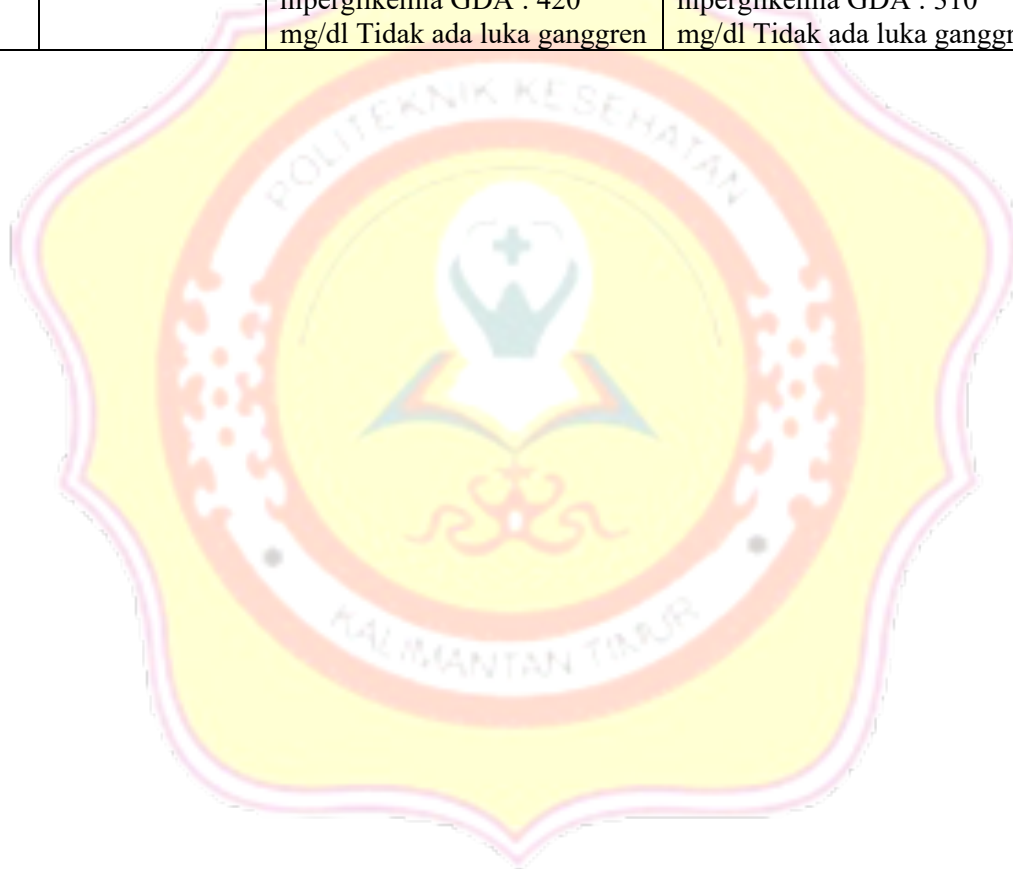
No.	Data Anamnesis	Pasien 1 (Tn.M)	Pasien 2 (Ny.D)
		<p>tidak edema, kornea keruh, reflek cahaya positif, pupil isokor, tidak ada kelainan</p> <p>Hidung: tidak ada pernapasan cuping hidung, posisi septum nasal ditengah atau simetris, lubang hidung bersih tidak ada sekret, ketajaman penciuman baik dan tidak ada kelainan.</p> <p>Rongga mulut dan lidah: warna bibir pasien merah muda, gusi tidak ada lesi, keadaan lidah bersih berwarna pink pucat, dan tidak ada peradangan.</p> <p>Telinga: bentuk telinga simetris kanan dan kiri, ukuran berukuran sedang, lubang telinga bersih, tidak ada serumen, pendengaran baik</p> <p>Leher: kelenjar getah bening tidak teraba, tiroid tidak teraba, posisi trakea ditengah, teraba denyutan nadi karotis</p>	<p>kongjuntiva anemis, palpebra tidak edema, kornea keruh, reflek cahaya positif, pupil isokor, tidak ada kelainan</p> <p>Hidung: tidak ada pernapasan cuping hidung, posisi septum nasal ditengah atau simetris, lubang hidung bersih tidak ada sekret, ketajaman penciuman baik dan tidak ada kelainan.</p> <p>Rongga mulut dan lidah: warna bibir pasien merah muda, gusi tidak ada lesi, keadaan lidah bersih berwarna pink pucat, dan tidak ada peradangan.</p> <p>Telinga: bentuk telinga simetris kanan dan kiri, ukuran berukuran sedang, lubang telinga bersih, tidak ada serumen, pendengaran baik</p> <p>Leher: kelenjar getah bening tidak teraba, tiroid tidak teraba, posisi trakea ditengah, teraba denyutan nadi karotis</p>
5.	Pemeriksaan Thorax	<p>Hasil pemeriksaan di dapatkan tidak terdapat sesak atau nyeri sesak atau nyeri pada saat bernapas, batuk tidak produktif pada saat bernapas, batuk tidak produktif</p> <p>Inspeksi: bentuk dada simetris, frekuensi 18 x/menit, irama nafas teratur, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak menggunakan alat bantu pernafasan dan tidak ada penggunaan WSD</p> <p>Palpasi: vocal premitus, getaran paru kanan dan kiri sama Perkusi: terdengar suara sonor</p>	<p>Hasil pemeriksaan di dapatkan tidak terdapat Hasil pemeriksaan di dapatkan tidak terdapat sesak atau nyeri sesak atau nyeri pada saat bernapas, batuk tidak produktif pada saat bernapas, batuk tidak produktif</p> <p>Inspeksi: bentuk dada simetris, frekuensi 18 x/menit, irama nafas teratur, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak menggunakan alat bantu pernafasan dan tidak ada penggunaan WSD</p> <p>Palpasi: vocal premitus, getaran paru kanan dan kiri</p>

No.	Data Anamnesis	Pasien 1 (Tn.M)	Pasien 2 (Ny.D)
		<p>Auskultasi: pada saat melakukan auskultasi terdengar suara nafas vesikuler, suara ucapan terdengar jelas saat</p>	<p>sama Perkusi: terdengar suara sonor Auskultasi: pada saat melakukan auskultasi terdengar suara nafas vesikuler, suara ucapan terdengar jelas saat</p>
6.	Pemeriksaan Jantung	<p>Hasil pemeriksaan di dapatkan inspeksi : Tidak tampak ictus cordis palpasi : didapatkan ictus cordis teraba pada ICS 5 midline clavicula sinistra tapi lemah, perkusi : didapatkan batas atas berada di ICS II line sternal dextra, batas bawah berada di ICS V line midclavicula sinistra, batas kanan berada di ICS III line sternal dekstra, batas kiri berada di ICS III line sternal sinistra. auskultasi : didapatkan bunyi jantung S1 S2 irama regular,intensitas kuat, terdengar tunggal tidak ada bunyi jantung tambahan</p>	<p>Hasil pemeriksaan di dapatkan inspeksi : Tidak tampak ictus cordis palpasi : didapatkan ictus cordis teraba pada ICS 5 midline clavicula sinistra tapi lemah, perkusi : didapatkan batas atas berada di ICS II line sternal dextra, batas bawah berada di ICS V line midclavicula sinistra, batas kanan berada di ICS III line sternal dekstra, batas kiri berada di ICS III line sternal sinistra. auskultasi : didapatkan bunyi jantung S1 S2 irama regular,intensitas kuat, terdengar tunggal tidak ada bunyi jantung tambahan</p>
7.	Pemeriksaan Status Gizi	<p>Hasil pemeriksaan di dapatkan BB: 80kg TB: 162 cm IMT: 24,2 (obesitas). BAB 1x sehari, konsistensi lunak. Diet pada pasien diet lunak DM 1700 kalori jenis bubur, nafsu makan baik 3x sehari, porsi makan habis.</p>	<p>Hasil pemeriksaan di dapatkan BB:50kg TB:150cm IMT:22,4(Normal).BAB belum ada dari tanggal 30 April 2023 Diet pada pasien diet lunak DM 1700 kalori jenis bubur, nafsu makan baik 3x sehari</p>
8.	Pemeriksaan Abdomen	<p>Hasil pemeriksaan didapatkan Inspeksi: Bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan/masa pada abdomen, tidak tampak bayangan pembuluh darah</p>	<p>Hasil pemeriksaan didapatkan Inspeksi: Bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan/masa pada abdomen, tidak tampak bayangan pembuluh darah</p>

No.	Data Anamnesis	Pasien 1 (Tn.M)	Pasien 2 (Ny.D)
		<p>pada abdomen, dan tidak ada luka operasi</p> <p>Auskultasi: pada saat melakukan auskultasi terdengar bising/peristaltik usus 15 x/menit</p> <p>Palpasi : pada saat melakukan palpasi tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada benjolan/masa, tidak ada pembesaran hepar dan ginjal</p> <p>Perkusi: nyeri ketuk ginjal tidak ada</p>	<p>pada abdomen, dan tidak ada luka operasi</p> <p>Auskultasi: pada saat melakukan auskultasi terdengar bising/peristaltik usus 3 x/menit</p> <p>Palpasi : pada saat melakukan palpasi tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada benjolan/masa, tidak ada pembesaran hepar dan ginjal</p> <p>Perkusi: nyeri ketuk ginjal tidak ada</p>
9.	Pemeriksaan Sistem Saraf	<p>Hasil pemeriksaan di dapatkan pasien dapat berkomunikasi dengan baik, Memori panjang, perhatian dapat mengulang, bahasa baik, kognis baik, orientasi (orang, tempat, waktu) baik, saraf sensori (nyeri tusuk, suhu, sentuhan) baik, saraf kondisi baik.</p> <p>Refleks fisiologi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reflek patella (2) - reflak achilles (2) - reflek bisep (2) - reflek trisep (2) - reflek brankioradialis (2) <p>Pemeriksaan saraf kranial</p> <p>N1 : Pasien dapat mencium bau minyak kayu putih</p> <p>N2 : Pasien dapat membaca dan dapat melihat orang yang berjarak 30 cm</p> <p>N3 : Pasien mampu menggerakkan bola mata</p> <p>N4 : Pasien dapat melihat ke bawah dan ke atas</p> <p>N5: Pasien mampu mengunyah</p> <p>N6 : pasien dapat menggerakkan mata ke samping kanan dan kiri</p> <p>N7 : Pasien dapat merasakan makanan asin manis dan pahit</p>	<p>Hasil pemeriksaan di dapatkan pasien dapat berkomunikasi dengan baik, Memori panjang, perhatian dapat mengulang, bahasa baik, kognis baik, orientasi (orang, tempat, waktu) baik, saraf sensori (nyeri tusuk, suhu, sentuhan) baik, saraf kondisi baik.</p> <p>Refleks fisiologi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reflek patella (2) - reflak achilles (2) - reflek bisep (2) - reflek trisep (2) - reflek brankioradialis (2) <p>Pemeriksaan saraf kranial</p> <p>N1 : Pasien dapat mencium bau minyak kayu putih</p> <p>N2 : Pasien dapat membaca dan dapat melihat orang yang berjarak 30 cm</p> <p>N3 : Pasien mampu menggerakkan bola mata</p> <p>N4 : Pasien dapat melihat ke bawah dan ke atas</p> <p>N5: Pasien mampu mengunyah</p> <p>N6 : pasien dapat menggerakkan mata ke samping kanan dan kiri</p> <p>N7 : Pasien dapat merasakan makanan asin manis dan pahit</p>

No.	Data Anamnesis	Pasien 1 (Tn.M)	Pasien 2 (Ny.D)								
		<p>N8 : Pasien dapat mendengar suara N9 : Pasien dapat menelan dengan baik N10 : Pasien dapat berbicara dengan baik N11 : Pasien dapat menggerakkan kepala N12 : Pasien dapat menjulurkan lidahnya kekanan dan kiri</p>	<p>N8 : Pasien dapat mendengar suara N9 : Pasien dapat menelan dengan baik N10 : Pasien dapat berbicara dengan baik N11 : Pasien dapat menggerakkan kepala N12 : Pasien dapat menjulurkan lidahnya kekanan dan kiri</p>								
10.	Pemeriksaan Sistem Kemih	<p>Hasil pemeriksaan di dapatkan area genitalia bersih, pasien tidak menggunakan alat bantu berkemih, pasien pergi ke toilet jika ingin berkemih. Produksi urine 1500 ml/hari. tidak ada pembesaran dan nyeri tekan pada kandung kemih</p>	<p>Hasil pemeriksaan di dapatkan area genitalia bersih, pasien tidak menggunakan alat bantu berkemih, pasien pergi ke toilet jika ingin berkemih. Produksi urine 1600 ml/hari. tidak ada pembesaran dan nyeri tekan pada kandung kemih</p>								
11.	Pemeriksaan Sistem Muskuloskeltas dan Integumen	<p>Hasil pemeriksaan di dapatkan Pergerakan sendi bebas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada fraktur, tidak terpasang spalk/traksi/gips, tidak ada kompartemen syndrome, tidak ada luka - Turgor kulit baik <p>Hasil pemeriksaan di dapatkan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, hiperglikemia GDA : 420 mg/dl Tidak ada luka ganggren</p>	5	5	5	5	<p>Hasil pemeriksaan di dapatkan Pergerakan sendi bebas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada fraktur, tidak terpasang spalk/traksi/gips, tidak ada kompartemen syndrome, tidak ada luka - Turgor kulit baik <p>Hasil pemeriksaan di dapatkan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, hiperglikemia GDA : 310 mg/dl Tidak ada luka ganggren</p>	5	5	5	5
5	5										
5	5										
5	5										
5	5										
12.	Pemeriksaan Genitalia	Inspeksi:	Inspeksi:								

No.	Data Anamnesis	Pasien 1 (Tn.M)	Pasien 2 (Ny.D)
		Pasien tampak tidak pembesaran skrotum, terdapat rambut kubis disekita penis pasien	Pasien tampak tidak pembengkakan disekitar vagina, tampak rambut kubis disekitar vagina, keadaan labian dan miora tampak bersih
13.	Pemeriksaan Sistem Endokrin	Hasil pemeriksaan di dapatkan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, hiperglikemia GDA : 420 mg/dl Tidak ada luka ganggren	Hasil pemeriksaan di dapatkan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, hiperglikemia GDA : 310 mg/dl Tidak ada luka ganggren



Tabel 4. 3 Hasil Pemeriksaan Penunjang Pada Pasien 1 Tn.S dan Pasien 2 Ny.D

No.	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan			
		Pasien 1 (Tn.S)	Pasien 2 (Ny.D)	Nilai Normal	Unit
		Tanggal 02/05/2023	Tanggal 30/04/2023		
1.	Leukosit	10,33	10,98	4.80 – 10.80	10 ³ /μL
2.	Eritrosit	4,68	4,40	4.70 – 6.10	10 ⁶ /μL
3.	Hemoglobin	14,9	12,2	14.0 – 18.0	g/dL
4.	Hematokrit	35,2	37,7	37.0 – 54.0	%
5.	MCV	75,2	84,2	81.0 – 99.0	fL
6.	MCH	25,4	27,0	27.0 – 31.0	Pg
7.	MCHC	33,6	33,0	33.0 – 37.0	g/dL
8.	PLT	212	402	150 – 450	10 ³ /μL
9.	RDW-SD	38,6	45,5	35.0 – 47.0	fL
10.	RDW-CV	13	15,3	11.5 – 14.5	%
11.	PDW	16,5	16,0	9.0 – 13.0	fL
12.	MPV	10	9,5	7.2 – 11.1	fL
13.	P-LCR	29	23	15 - 25	%
14.	PCT	0,23	0,38	0.15 – 0.40	%
15.	Neutrofil#	7,3	6,5	1,5 – 7,0	10 ³ /μL
16.	Neutrofil%	71	73	40 - 74	%
17.	Limfosit#	1,65	2,20	1.00 – 3.70	10 ³ /μL
18.	Limfosit%	28	20	19 - 48	%
19.	Monosit#	0,93	0,53	0.16 – 1.00	10 ³ /μL
20.	Monosit%	3	5	3 - 9	%
21.	Eosinofil#	0,1	0,19	0,00 – 0,80	10 ³ /μL
22.	Eosinofil%	1	1	0 – 7	%
23.	Basofil#	0,1	0,0	0,0 – 0,2	10 ³ /μL
24.	Basofil%	1	0	0 – 1	%
25.	Glukosa	563	243	70 – 200	Mg/dL
26.	Sewaktu	20,1	19,3	19,3 – 49,2	Mg/dL
27.	Ureum	1,2	0,9	0,7 - 1,3	Mg/dL
28.	Creatinin	134	136	135 – 155	mmol/L
29.	Natrium	4,7	3,8	3,6 – 5,5	mmol/L
30.	Kalium Chloride	98	99	98 - 108	Mmol/L

Tabel 4.4 Hasil GDS Pasien 1 Tn.S dan Pasien 2 Ny.D

Tanggal	Pasien 1 (Tn.S)			Pasien 2 (Ny.D)		
	Pagi 06.00	Siang 12.00	Malam 21.00	Pagi 07.00	Siang 12.00	Malam 21.00
02/05/23	400 mg/dL	350 mg/dL	470 mg/dL	250 mg/dL	230 mg/dL	230 mg/dL
03/05/23	380 mg/dL	350 mg/dL	350 mg/dL	230 mg/dL	200 mg/dL	230 mg/dL
04/05/23	350 mg/dL	330 mg/dL	330 mg/dL	220 mg/dL	190 mg/dL	230 mg/dL

Tabel 4.5 Penatalaksanaan Pada Pasien 1 Tn.S dan Pasien 2 Ny.D

Terapi Farmakologis	
Pasien 1 (Tn.S) Tanggal, 2 -4 Mei 2023	Pasien 2 (Ny.D) Tanggal, 2 - 4 Mei 2023
1. Nacl 0,9% 20 tpm 2. Betahistin 3x 1 mg 3. Nevorapid 3x 16 unit 4. ceftriaxone 2x1 gr	1. vitamin C 1x1mg 2. Futrolit 20 tpm 3. Paracetamol 3x500mg 4. Metformin 2x500 mg 5. Dulcolax 1x1 6. ceftriaxone 2x1 gr

4.6 Diagnosis Keperawatan

Tabel 4. 6 Diagnosis Keperawatan Pada Pasien 1 Tn.S dan Pasien 2 Ny.D

No.	Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan Pasien 1 (Tn.S)	Analisa Data Tn.S	Diagnosis Keperawatan Pasien 2 (Ny.S)	Analisa Data Ny.D
1.	Selasa, 02/05/2023	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan toleransi glukosa darah tinggi.d kadar glukosa dalam darah tinggi, pasien mengeluh lemas (D.0027)	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badan terasa lemas 2. pasien mengatakan sering mengkonsumsi makanan yang manis 3. pasien mengatakan sering buang air kecil 4. pasien mengatakan sering merasa haus dimalam hari <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak Gds jam 06, pasien 480mg/dl 2. Tampak Gds jam 12, pasien 470mg/dl 3. Tampak Gds jam 	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan toleransi glukosa darah tinggi d.d kadar glukosa dalam darah tinggi, pasien mengeluh lemas (D.0027)	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badan terasa lemas 2. pasien mengatakan sering buang air kecil 3. pasien mengatakan sering merasa haus dimalam hari <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak Gds jam 06, pasien 300 mg/dl 2. Tampak Gds jam 12, pasien 280 mg/dl 3. Tampak Gds jam 18, pasien 290 mg/dl

No.	Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan Pasien 1 (Tn.S)	Analisa Data Tn.S	Diagnosis Keperawatan Pasien 2 (Ny.S)	Analisa Data Ny.D
			18, pasien 450mg/dl		
2.	Selasa, 02/05/20 23	Nyeri akut b.d agen pencendera fisik d.d pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah skala nyeri 3 (D077)	Ds: P: luka robek Q: seperti ditusuk tusuk R: Kepala sebelah kanan S: skala 3 T: hilang timbul DO: 1. Pasien tampak meringis bila nyeri timbul 2. Pasien tampak gelisah bila nyeri menyusul 3. Pasien tampak memegang kepalanya bila nyeri timbul 4. tekanan darah 140/90 mmHg 5. frekuensi nadi 80x/menit 6. suhu tubuh 36,6°C 7. fruekensi nafas 20x/menit	Nyeri akut b.d agen pencendera fisik d.d pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah skala nyeri 3 (D.0077)	Ds: P: luka habis op Q: seperti ditusuk tusuk R: Kepala sebelah kanan S: skala 3 T: hilang timbul DO: 1. Pasien tampak meringis bila nyeri timbul 2. Pasien tampak gelisah bila nyeri menyusul 3. Pasien tampak memegang kepalanya bila nyeri timbul 4. tekanan darah 130/80 mmHg 5. frekuensi nadi 70x/menit 6. suhu tubuh 36,5°C 7. fruekensi nafas 20x/menit
3.	Selasa, 02/05/20 23	Gangguan integritas jaringan b.d faktor mekanis (akibat benturan) d.d	Ds: 1. pasien mengataka n ada luka dikepa	Kontsipasi b.d ketidakcukupa n asupan serat dan asupan cairan d.d	Ds: 1. Pasien mengatakan tidak suka makan sayur dan buah

No.	Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan Pasien 1 (Tn.S)	Analisa Data Tn.S	Diagnosis Keperawatan Pasien 2 (Ny.S)	Analisa Data Ny.D
		terdapat luka di kepala (D0129)	<p>sebelah kanan akibat jatuh di kamar mandi</p> <p>2. terasa nyeri pada luka</p> <p>Do:</p> <p>1. luka tampak tertutup perban</p> <p>2. luka tampak tidak ada gejala infeksi</p> <p>3. tampak luka terdapat jahitan</p>	pengeluaran feses keras, peristaltic usus menurun 3x/i (D.0049)	<p>2. pasien mengatakan tidak jarang minum air putih</p> <p>3. pasien mengatakan selama dirumah sakit hanya melakukan kegiatan baring</p> <p>4. Pasien mengatakan bab terasa keras</p> <p>Do:</p> <p>1. pasien tampak belum bab selama 4 hari</p> <p>2. ketika diauskutasi peristaltic usus 3x/i</p>
4.	Selasa, 02/05/2023			Gangguan integritas jaringan b.d faktor mekanis (akibat benturan) d.d terdapat luka di kepala (D0129)	<p>Ds:</p> <p>1. pasien mengatakan ada luka dikepa sebelah kanan akibat operasi tumor</p> <p>2. terasa nyeri pada luka</p> <p>Do:</p> <p>1. luka tampak tertutup perban</p> <p>2. luka tampak tidak ada gejala infeksi</p> <p>3. tampak luka terdapat jahitan</p>

4.7 Rencana Keperawatan

Tabel 4. 7 Intervensi Keperawatan Pada Pasien 1 Tn.S

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan toleransi glukosa darah tinggid.d kadar glukosa dalam darah tinggi, pasien mengeluh lemas (D.0027)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil : 1. Lelah atau lesu menurun 2. Rasa haus menurun 3. Kadar glukosa dalam darah menurun	<p>Manajemen Hiperglikemia</p> <p>Observasi</p> 1.1 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 1.2 Monitor kadar glukosa darah 1.3 Monitor tanda dan gejala hiperglikemia <p>Terapeutik</p> 1.4 Berikan asupan cairan oral Edukasi 1.5 Anjurkan monitor kadar glukosa secara mandiri 1.6 Ajarkan pengelolaan diabetes <p>Kolaborasi</p> 1.7 Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu <p>Edukasi Diet L.12369</p> <p>Observasi</p> 1.8 identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi 1.9 identifikasi tingkat pengetahuan saat ini 1.10 identiikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu 1.11 identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan <p>Teraupetik</p> 1.12 persiapkan materi, media. 1.13 berikan pasien kesempatan dan keluarga bertanya <p>Edukasi</p>

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			1.14 jelaskan tujuan kepatuhan dan terhadap kesehatan 1.15 informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang 1.16 anjurkan melakukan olahraga sesuai kebutuhan Kolaborasi 1.17 rujuk ke ahli gizi dan sertakan keluarga, jika perlu
2.	Nyeri akut b.d agen pencendera fisik d.d pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah skala nyeri 3 (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x8 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri Menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	(I.08238) Manajemen Nyeri Observasi 2.1 Mengidentifikasi lokasi, 2.2 karakteristik, durasi, frekuensi, 2.3 kualitas, intensitas nyeri 2.4 Identifikasi skala nyeri Terapeutik 2.5 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 2.6 Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 2.7 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 2.8 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3.	Gangguan integritas jaringan b.d faktor mekanis (akibat benturan) d.d terdapat luka di kepala (D0129)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 8 jam, harapkan integritas kulit dan jaringan meningkat. Dengan kriteria hasil: 1. kerusakan jaringan menurun 2. kerusakan lapisan kulit menurun 3. nyeri menurun	Perawatan Luka L.14564 Observasi 3.1 Monitor karakteristik luka 3.2 monitor tanda infeksi Terapeutik 3.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 3.4 Bersihkan dengan cairan Nacl 3.5 berikan salep sesuai dengan kulit 3.6 pasang balutan sesuai luka

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		4. kemerehan menurun 5. suhu kulit membaik	3.7 jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam sesuai kondisi pasien Edukasi 3.8 jelaskan tanda gejala infeksi 3.9 anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Kolaborasi 3.10 Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu

Tabel 4. 8 Intervensi Keperawatan Pada Pasien 2 Ny.D

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan toleransi glukosa darah tinggi.d kadar glukosa dalam darah tinggi, pasien mengeluh lemas (D.0027)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil : 1. Lelah atau lesu menurun 2. Rasa haus menurun 3. Kadar glukosa dalam darah menurun	(I.03115) Manajemen Hiperglikemia Observasi 1.1 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 1.2 Monitor kadar glukosa darah 1.3 Monitor tanda dan gejala hiperglikemia Terapeutik 1.4 Berikan asupan cairan oral Edukasi 1.5 Anjurkan monitor kadar glukosa secara mandiri 1.6 Ajarkan pengelolaan diabetes Kolaborasi 1.7 Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu
2.	Nyeri akut b.d agen pencendera fisik d.d pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah skala nyeri 3 (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x8 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria	(I.08238) Manajemen Nyeri Observasi 2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.2 Identifikasi skala nyeri

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		hasil: 1. Keluhan nyeri Menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	Terapeutik 2.3 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 2.4 Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 2.5 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 2.6 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3.	Kontsipasi b.d ketidakcukupan asupan serat dan asupan cairan d.d pengeluaran feses keras, peristaltic usus menurun 3x/i	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam. Eliminasi fekal membaik Kriteria hasil: 1. keluhan defekasi lama dan sulit menurun 2. konsistensi feses membaik 3. frkuensi defekasi membaik	Manajemen kontsipasi Observasi 3.1 Periksa tanda dan gejala kontsipasi 3.2 pergerakan karakteristik feses 3.3 identifikasi faktor resiko kontsipasi Edukasi 3.4 Anjurkan diet tinggi serat 3.5 lakukan evaluasi feses secara manual, jika perlu 3.6 Berikan enema atau irigasi, jika perlu Kolaborasi 3.7 Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu
4.	Gangguan integritas jaringan b.d faktor mekanis (akibat benturan) d.d terdapat luka di kepala (D0129)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 8 jam, harapkan integritas kulit dan jaringan meningkat. Dengan kriteria hasil: 1. kerusakan jaringan menurun 2. kerusakan lapisan kulit menurun 3. nyeri menurun 4. kemerehan menurun	Perawatan Luka L.14564 Observasi 4.1 Monitor karakteristik luka 4.2 monitor tanda infeksi Teraupetik 4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4.4 Bersihkan dengan cairan Nacl 4.5 berikan salep sesuai dengan kulit 4.6 pasang balutan sesuai luka

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		5. suhu kulit membaik	4.7 jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam sesuai kondisi pasien Edukasi 4.8 jelaskan tanda gejala infeksi 4.9 anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein

4.9 Implementasi Keperawatan

Tabel 4. 9 Implementasi Keperawatan Pada Pasien 1 Tn.S

No.	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1.	Selasa, 02/05/2023		
	08.00 WITA	2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas Nyeri	pasien tampak meringis bila nyeri muncul, pasien tampak memegang kepala bila nyeri muncul. Tekanan darah 140/90 mmHg, frukuensi nadi 80x/ menit, suhu tubuh 36,2°C, fruekensi nafas 23x/menit, pasien mengatakan skla nyeri 3 hilang timbul
	08.30 WITA	2.2 Menanyakan skala nyeri pada pasien	
	10.00 WITA	2.5 mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri teknik napas dalam	pasien tampak paham dengan rieksasi nafas dalam, meringis menurun
	12.00 WITA	1.1 mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia	pasien tampak dilakukan pengecekan GDS jam 06.00 : 400mg/dl, jam 12.00: 350 mg/dl
	12.15 WITA	1.2 Memonitor kadar glukosa darah	Pasien tampak tekanan darah 140/90 mmHg, frukuensi nadi 80x/menit, gds 470mg/dl
	12.36 WITA	1.3 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia	pasien tampak mengurangi minum

No.	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi
	12.45 WITA	1.4 Memberikan asupan cairan oral (memberikan obat pada pasien)	manis, pasien tampak lemas
	12.55 WITA	1.7 Melakukan kolaborasi pemberian insulin nevorapid 16 unit	pasien tampak diberikan insulin nevorapid 3 x16unit. Dengan GDS 12: 350mg/dl
	13.00 WITA	1.10 Mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu (menanyakan pola hidup pasien)	Pasien tampak diberikan terapi farmakologis insulin nevorapid 16 unit
	13.15 WITA	1.11 Mengidentifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan	Pasien mengatakan sering makan dan minuman yang manis, jarang mengkonsumsi buah dan sayur
	13.30 WITA	3.1 Memonitor kondisi luka	Pasien mengatakan mulai mengatur kebiasaan pasien agar bisa mengurangi makan atau minum manis berlebih
	13.40 WITA	3.2 Memonitor luka pasien	Pasien tampak terpasang perban di kepala sebelah kanan, tampak meringis bila nyeri luka timbul
	13.50 WITA	3.8 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	Pasien tampak luka tidak ada gejala infeksi, tampak pebrban tidak ada rembesan darah, ataupun nanah.
	14.00 WITA	3.10 melakukan kolaborasi pemberian antibiotik ceftriaxone 2x1gr	Pasien tampak paham dengan penjelasan yang diberikan perawat mengenai tanda gejala infeksi
			Pasien tampak diberikan terapi farmakologis ceftriaxone 2x1gr
2.	Rabu, 03/05/2023		
	08.00 WITA	2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas Nyeri	pasien tampak meringis bila nyeri muncul, pasien tampak memegang kepala bila nyeri muncul.
	08.30 WITA	2.2 Mengidentifikasi skala nyeri	Tekanan darah 130/80 mmHg, frukuensi nadi 80x/ menit, suhu

No.	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi
	10.00 WITA	2.5 mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	tubuh 36,2°C, fruekensi nafas 23x/menit
	12.00 WITA	1.1 mengidentifikasi kemungkinan penyebab Hiperglikemia	pasien tampak paham dengan rieksasi nafas dalam,meringis menurun
	12.15 WITA	1.2 Memonitor kadar glukosa darah	pasien tampak dilakukan pengecekan GDS jam 06.00 : 380mg/dl, jam 12.00: 350 mg/dl
	12.36 WITA	1.3 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia	Pasien tampak tekanan darah 140/90 mmHg, frukuensi nadi 80x/menit
	12.45 WITA	1.4 Memberikan asupan cairan oral (memberikan obat)	pasien tampak mengurangi minum manis, pasien masihtampak lemas
	12.55 WITA	1.7 Melakukan kolaborasi pemberian insulin nevorapid 16 unit	pasien tampak diberikan insulin nevorapid 3 x16unit. Dengan GDS 12: 350mg/dl
	13.00 WITA	1.10 Mengidentiikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu (menanyakan pola hidup pasien)	Pasien mengatakan sering makan dan minuman yang manis, jarang mengkonsumsi buah dan sayur
	13.15 WITA	1.11 Mengidentifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan	Pasien mengatakan mulai mengatur kebiasaan pasien agar bisa mengurangi makan atau minum manis berlebih
	13.30 WITA	3.1 Memonitor kondisi luka	Pasien tampak terpasang perban di kepala sebelah kanan, tampak meringis bila nyeri luka timbul
	13.35 WITA	3.3 Melepaskan balutan perban	Pasien tampak luka pada kepala, tampak ada jahitan, tidak ada pembengkakan, rembesan darah ataupun nanah
	13.35 WITA	3.4 Membersihkan luka dengan cairan Nacl	Tampak luka dibersihkan perlahan dengan nacl, dan

No.	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi
		3.5 memberikan salep Sucralfat 3.6 menutup luka dengan perban	sekitar bagian luka, tampak setelah
	13.40 WITA	3.2 Memonitor luka pasien	dibersihkan luka diberi sucralfat sesuai kondisi Luka, sehabis itu luka di tutup kembali dengan perban Pasien tampak luka tidak ada gejala infeksi, tampak pebrban tidak ada rembesan darah, ataupun nanah.
	13.50 WITA	3.8 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	Pasien tampak paham dengan penjelasan yang diberikan perawat mengenai tanda gejala infeksi
	14.00 WITA	3.10 melakukan kolaborasi pemberian antibiotik ceftriaxone 2x1gr	Pasien tampak diberikan terapi farmakologis ceftriaxone 2x1gr
3.	Kamis, 04/05/2023		
	08.00 WITA	2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas Nyeri	pasien tampak meringis bila nyeri muncul, pasien tampak memegang kepala bila nyeri muncul. Tekanan darah 120/80 mmHg, frukuensi nadi 80x/ menit, suhu tubuh 36,2 [□] C, fruekensi nafas 23x/menit
	08.30 WITA	2.2 Menanyakan skala nyeri pasien	
	10.00 WITA	2.5 mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	pasien tampak paham dengan rieksasi nafas dalam,meringis menurun pasien tampak dilakukan pengecekan GDS jam 06.00 : 350 mg/dl, jam 12.00: 330 mg/dl Pasien tampak tekanan darah 120/80 mmHg, frukuensi nadi 80x/menit gds jam 12: 330mg/dl
	12.00 WITA	1.1 mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia	
	12.15 WITA	1.2 Memonitor kadar glukosa darah	

No.	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi
	12.36 WITA	1.3 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia	pasien tampak mengurangi minum manis, pasien tampak lemas
	12.45 WITA	1.4 Memberikan asupan cairan oral (memberikan obat)	Pasien tampak diberikan minum air putih dan mengurangi minuman manis
	12.55 WITA	1.7 Melakukan kolaborasi pemberian insulin nevorapid 16 unit	Pasien tampak diberikan terapi farmakologis insulin nevorapid 16 unit. GDS jam 12 230 mg/dl
	13.00 WITA	1.10 Mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu (menanyakan pola hidup pasien)	Pasien mengatakan sering makan dan minuman yang manis, jarang mengkonsumsi buah dan sayur
	13.15 WITA	1.11 Mengidentifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan	Pasien mengatakan mulai mengatur kebiasaan pasien agar bisa mengurangi makan atau minum manis berlebih
	13.30 WITA	3.1 Memonitor kondisi luka	Pasien tampak terpasang perban di kepala sebelah kanan, tampak meringis
	13.40 WITA	3.2 Memonitor luka pasien	bila nyeri luka timbul Pasien tampak luka tidak ada gejala infeksi, tampak perban tidak ada rembesan darah, ataupun nanah.
	13.50 WITA	3.8 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	Pasien tampak paham dengan penjelasan yang diberikan perawat mengenai tanda gejala infeksi
	14.00 WITA	3.10 melakukan kolaborasi pemberian antibiotik ceftriaxone 2x1gr	Pasien tampak diberikan terapi farmakologis ceftriaxone 2x1gr

Tabel 4. 10 Implementasi Keperawatan Pada Pasien 2 Ny.D

No.	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1.	Selasa, 02/05/2023		
	08.00 WITA	2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	pasien tampak meringis bila nyeri muncul, pasien tampak memegang kepala bila nyeri muncul. Tekanan darah 130/80 mmHg, frukuensi nadi 80x/menit, suhu tubuh 36,2 ^o C,
	08.30 WITA	2.2 Menanyakan skala nyeri pasien	fruekensi nafas 23x/menit
	08.40 WITA	2.5 mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	pasien tampak paham dengan rieksasi nafas dalam,meringis menurun
	09.00 WITA	1.1 mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia	pasien tampak dilakukan pengecekan GDS jam 06.00 250 mg/dl, jam 12.00: 230 mg/dl
		1.2 Memonitor kadar glukosa darah	
	09.30 WITA	1.3 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia	Pasien tampak tekanan darah 130/80 mmHg, frukuensi nadi 80x/menit
	10.30 WITA	1.4 Memberikan asupan cairan oral (memberikan obat)	pasien tampak mengurangi minum manis
	11.35 WITA	1.7 Melakukan kolaborasi pemberian metformin 2x500 mg	pasien tampak diberikan metformin 2x500mg. Dengan GDS 12: 230mg/dl
	11.50 WITA	3.1 Memeriksa tanda dan gejala kotsipasi	Tampak peristaltic usus 3x/menit, pasien tampak perut terasa kembung,
	11.00 WITA	3.3 Mengidentifikasi faktor resiko kotsipasi	
	12.10 WITA	3.4 Menganjurkan diet tinggi serat	pasien tampak dianjurkan makan buah papaya, dan minum air putih
	12.40 WITA	4.1 Monitor karakteristik luka	pasien tampak luka terpasang perban, tampak perban tidak ada rembesan darah ataupun nanah
	13.00 WITA	4.2 Monitor tanda gejala infeksi	Tampak kondisi luka tidak ada tanda gejala infeksi
	13.30 WITA	4.8 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi kepada pasien dan keluajadwal jaga : 15/09	Tampak keluarga paham dengan penjeasan yang telah diberikan perawat mengenai tanda gejala infeksi

No.	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi
		<p>1. Irah 2. Hambali 3. Fatima 4. Silfa 5. Aura 6. alya</p> <p>16/09 1. Adjrin 2. Nanda 3. Vai 4. Repal 5. Rara 6. Aura/Diva</p> <p>17/09 1. Diva 2. Ayuk 3. Vero 4. Astrid 5. intanjadwal jaga :</p> <p>15/09 1. Irah 2. Hambali 3. Fatima 4. Silfa 5. Aura 6. alya</p> <p>16/09 1. Adjrin 2. Nanda 3. Vai 4. Repal 5. Rara 6. Aura/Diva</p>	

No.	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi
	14.00 WITA	17/09 1. Diva 2. Ayuk 3. Vero 4. Astrid 5. intanrganya 4.10 Melakukan kolaborasi terapi farmakologis dengan antibiotic ceftriaxone 2x1 gr	Tampak pasien dapat terapi farmakologis untuk antibiotic dengan dosis 2x 1gr
2.	Rabu, 03/05/2023		
	08.00 WITA	2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	pasien tampak meringis bila nyeri muncul, pasien tampak memegang kepala bila nyeri muncul. Tekanan darah 130/80
	08.30 WITA	2.2 Menanyakan skala nyeri pasien 2.5 mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	mmHg, frukuensi nadi 80x/menit, suhu tubuh 36,2 ^o C, fruekensi nafas 23x/menit pasien tampak paham dengan rieksasi nafas dalam,meringis menurun
	09.00 WITA	1.1 mengidentifikasi kemungkinan penyebab Hiperglikemia 1.2 Memonitor kadar glukosa darah	pasien tampak dilakukan pengecekan GDS jam 06.00 230 mg/dl, jam 12.00: 200 mg/dl
	09.30 WITA	1.3 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia	Pasien tampak tekanan darah 130/80 mmHg, frukuensi nadi 80x/menit
	10.30 WITA	1.4 Memberikan asupan cairan oral (memberikan obat)	pasien tampak mengurangi minum manis
	11.35 WITA	1.7 Melakukan kolaborasi pemberian metformin 2x500 mg	pasien tampak diberikan metformin 2x500mg. Dengan GDS 12: 230mg/dl
	11.50 WITA	3.1 Memeriksa tanda dan gejala kontsipasi	Tampak peristaltic usus 3x/menit, pasien tampak perut terasa kembung
	11.00 WITA	3.3 Mengidentifikasi faktor resiko kontsipasi	
	12.10 WITA	3.4 Menganjurkan diet tinggi serat 3.8 Melakukan kolaborasi dulcolax	pasien tampak dianjurkan makan buah papaya, dan minum air putih

No.	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi
	12.15 WITA	4.1 Monitor karakteristik luka	pasien tampak luka terpasang perban, tampak perban tidak ada rembesan darah ataupun nanah
	12.15 WITA	4.3 Melepaskan balutan perban secara perlahan	pasien tampak luka dikepala tidak rembesan darah, tampak jahitan tidak ada pembengkan
	12.30 WITA	4.4 membersihkan luka dengan cairan NaCl	tampak luka dan sekitar luka dibersihkan dengan NaCl
	12.30 WITA	4.5 Memberikan sucralfat pada luka yang tampak jahitan	pasien tampak diberikan sucralfat pada jahitan
	12.35 WITA	4.6 Menutup luka dengan perban	pasien tampak luka ditutup perban
	13.00 WITA	4.2 Memonitor luka pasien	Tampak kondisi luka tidak ada tanda gejala infeksi
	13.30 WITA	4.8 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi kepada pasien dan keluarganya	Tampak keluarga paham dengan penjelasan yang telah diberikan perawat mengenai tanda gejala infeksi
	14.00 WITA	4.10 Melakukan kolaborasi terapi farmakologis dengan antibiotic ceftriaxone 2x1 gr	Tampak pasien dapat terapi farmakologis untuk antibiotic dengan dosis 2x 1gr
3.	Kamis, 04/05/2023		
	08.00 WITA	2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas Nyeri	pasien tampak meringis bila nyeri muncul, pasien tampak memegang kepala bila nyeri muncul. Tekanan darah 130/80 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, suhu tubuh 36,2°C, frekuensi nafas 23x/menit
	08.30 WITA	2.2 Menanyakan skala nyeri pasien	pasien tampak paham dengan riaksasi nafas dalam, meringis menurun
	09.00 WITA	2.5 mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	pasien tampak dilakukan pengecekan GDS jam 06.00 220 mg/dl, jam 12.00: 190 mg/dl
	09.30 WITA	1.1 mengidentifikasi kemungkinan penyebab Hiperglikemia 1.2 Memonitor kadar glukosa darah	Pasien tampak tekanan darah 130/80 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit
	10.30 WITA	1.3 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 1.4 Memberikan asupan cairan oral (memberikan obat)	pasien tampak mengurangi minum manis

No.	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi
	11.35 WITA	1.7 Melakukan kolaborasi pemberian metformin 2x500 mg	pasien tampak diberikan metformin 2x500mg. Dengan GDS 12: 230mg/dl
	11.50 WITA	3.1 Memeriksa tanda dan gejala kontsipasi	Tampak peristaltic usus 10x/ menit, pasien tampak sudah terasa kembung, pasien sudah bab
	11.00 WITA	3.3 Mengidentifikasi faktor resiko kontsipasi	pasien tampak dianjurkan makan buah papaya, dan minum air putih
	12.10 WITA	3.4 Mengajukan diet tinggi serat	pasien tampak luka terpasang perban, tampak perban tidak ada rembesan darah ataupun nanah
	12.40 WITA	4.1 Monitor karakteristik luka	Tampak kondisi luka tidak ada tanda gejala infeksi
	13.00 WITA	4.2 Monitor tanda gejala infeksi (memonitor luka pasien)	Tampak keluarga paham dengan penjeasan yang telah diberikan perawat mengenai tanda gejala infeksi
	13.30 WITA	4.8 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi kepada pasien dan keluarganya	Tampak pasien dapat terapi farmakologis untuk antibiotic dengan dosis 2x 1gr
	14.00 WITA	4.10 Melakukan kolaborasi terapi farmakologis dengan antibiotic ceftriaxone 2x1 gr	

4.11 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 11 Evaluasi Keperawatan Pada Pasien 1 Tn.S

Hari Ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)
Hari 1	Diagnosa 1 (D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resisten insulin d.d kadar glukosa dalam darah tinggi, pasien mengeluh lemas	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan badan masih terasa lemas Pasien mengatakan haus terus menurun <p>O: Pasien tampak dilakukan pemeriksaan GDS (06.00):400 mg/dl. GDS (14.00): 380mg/dl. Pasien tampak dilakukan terapi nevorapid sebelum makan dosis 16 unit. Pasien tampak dianjurkan meminum air putih dan mengurangi minuman manis</p>

Hari Ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)
		<p>A: Kestabilan kadar glukosa darah belum menurun</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>1.2 Memonitor kadar glukosa darah</p> <p>1.3 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p>1.7 Melakukan kolaborasi pemberian insulin nevorapid 16 unit</p>
	<p>Diagnosa 2 (D.0077) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah skala nyeri 3</p>	<p>S:</p> <p>P: luka robek sehabis jatuh dari kamar mandi</p> <p>Q: Rasa seperti tertusuk tusuk R: Kepala sebelah kanan</p> <p>S: skala 3</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>O: Pasien tampak meringis bila nyeri di kepala timbul. Pasien tampak beum paham dengan tarik nafas dalam, sebagai teknik non farmakologis tekanan darah 130/80 mmHg frekuensi nadi 70x/menit suhu tubuh 36,5°C fruekensi nafas 20x/menit</p> <p>A: Nyeri akut belum menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>2.5 Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p>
	<p>Diagnosa 3 Gangguan integritas jaringan b.d faktor mekanis (akibat benturan) d.d terdapat luka di kepala (D0129)</p>	<p>S: Pasien mengatakan pada luka hanya terasa nyeri tidak ada rasa gatal.</p> <p>O: Luka pasien tampak tertutup perban, tampak perawat memonitor luka tidak ada rembesan darah ataupun nanah.</p> <p>A: Integritas jaringan meningkat</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>3.1 Monitor karakteristik luka</p> <p>3.2 Monitor tanda infeksi</p> <p>3.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p>

Hari Ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)
		3.4 Bersihkan dengan cairan Nacl 3.5 Berikan salep sesuai dengan kulit 3.6 Pasang balutan sesuai luka 3.10 Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu
Hari 2	Diagnosa 1 (D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resisten insulin	S: 1. Pasien mengatakan badan masih terasa lemas 2. Pasien mengatakan haus terus menerus O: Pasien tampak dilakukan pemeriksaan GDS (06.00): 350mg/dl. GDS (14.00): 300mg/dl. Pasien tampak dilakukan terapi nevorapid sebelum makan dosis 16 unit. Pasien tampak dianjurkan meminum air putih dan mengurangi minuman manis A: Kestabilan kadar glukosa darah membaik P: Lanjutkan Intervensi 1.2 Memonitor kadar glukosa darah 1.3 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 1.7 Melakukan kolaborasi pemberian insulin nevorapid 16 unit
	Diagnosa 2 (D.0077) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d kadar glukosa dalam darah tinggi, pasien mengeluh lemas	S: P: luka robek sehabis jatuh dari kamar mandi Q: Rasa seperti tertusuk tusuk R: Kepala sebelah kanan S: skala 3 T: hilang timbul O: Pasien tampak meringis bila nyeri dikepala timbul. Pasien tampak paham dengan tarik nafas dalam, sebagai teknik non farmakologis. Tekanan darah 120/80 mmHg frekuensi nadi 70x/menit suhu tubuh 36,5°C fruekuensi nafas 20x/menit A: Nyeri akut belum menurun P: Lanjutkan intervensi

Hari Ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)
		2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.2 Mengidentifikasi skala nyeri 2.5 Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
Hari 3	Diagnosa 3 Gangguan integritas jaringan b.d faktor mekanis (akibat benturan) d.d terdapat luka di kepala (D0129)	S: Pasien mengatakan pada luka hanya terasa nyeri tidak ada rasa gatal. O: Luka pasien tampak tertutup perban, tampak perawat memonitor luka tidak ada rembesan darah ataupun nanah. A: Integritas jaringan meningkat P: Lanjutkan Intervensi 3.1 Monitor karakteristik luka 3.2 Monitor tanda infeksi 3.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 3.4 Bersihkan dengan cairan Nacl 3.5 Berikan salep sesuai dengan kulit 3.6 Pasang balutan sesuai luka 3.10 Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu
	Diagnosa 1 (D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resisten insulin d.d kadar glukosa dalam darah tinggi, pasien mengeluh lemas	S: Pasien mengatakan badan masih terasa lemas cukup berkurang O: Pasien tampak dilakukan pemeriksaan GDS (06.00):350 mg/dl. GDS (14.00): 300 mg/dl. Pasien tampak dilakukan terapi nevorapid sebelum makan dosis 16 unit. Pasien tampak dianjurkan meminum air putih dan mengurangi minuman manis A: Kestabilan kadar glukosa darah belum membaik P: Lanjutkan Intervensi 1.2 Memonitor kadar glukosa darah 1.3 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 1.7 Kolaborasi pemberian insulin nevorapid 16 Unit
	Diagnosis 2	S: P: luka robek sehabis jatuh dari kamar mandi

Hari Ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)
	(D.0077) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah skala nyeri 3	<p>Q: Rasa seperti tertusuk tusuk R: Kepala sebelah kanan</p> <p>S: skala 2</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>O: Pasien tampak meringis bila nyeri dikepala timbul. Pasien tampak beum paham dengan tarik nafas dalam, sebagai teknik non farmakalogis. Tekanan darah 130/80 mmHg frekuensi nadi 80x/menit suhu tubuh 36,5°C fruekensi nafas 20x/menit</p> <p>A: Nyeri akut cukup menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>2.5 Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p>
	Diagnosis 3 Gangguan integritas jaringan b.d faktor mekanis (akibat benturan) d.d terdapat luka di kepala (D0129)	<p>S: Pasien mengatakan pada luka hanya terasa nyeri tidak ada rasa gatal.</p> <p>O: Luka pasien tampak tertutup perban, tampak perawat memonitor luka tidak ada rembesan darah ataupun nanah.</p> <p>A: Integritas jaringan meningkat</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>3.1 Monitor karakteristik luka</p> <p>3.2 Monitor tanda infeksi</p> <p>3.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>3.4 Bersihkan dengan cairan Nacl</p> <p>3.5 Berikan salep sesuai dengan kulit</p> <p>3.6 Pasang balutan sesuai luka</p> <p>3.10 Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</p>

Tabel 4. 4 Evaluasi Keperawatan Pada Pasien 2 Ny.D

Hari Ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)
Hari 1	Diagnosa 1 (D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.dresisten insulin d.d kadar glukosa dalam darah tinggi, pasien mengeluh lemas	S: 1. Pasien mengatakan badan masih terasa lemas 2. Pasien mengatakan haus terus menerus O: Pasien tampak dilakukan pemeriksaan GDS (06.00): 300mg/dl. GDS (14.00): 250mg/dl. Pasien tampak dilakukan terapi metformin 2x500 mg. Pasien tampak dianjurkan meminum air putih dan mengurangi minuman manis A: Kestabilan kadar glukosa darah belum membaik P: Lanjutkan Intervensi 1.2 Memonitor kadar glukosa darah 1.3 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 1.7 Melakukan kolaborasi pemberian metformin
	Diagnosis 2 (D.0077) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah skala nyeri 3	S: P: luka robek sehabis jatuh dari kamar mandi Q: Rasa seperti tertusuk tusuk R: Kepala sebelah kanan S: skala 3 T: hilang timbul O: Pasien tampak meringis bila nyeri dikepala timbul Pasien tampak beum paham dengan tarik nafas dalam, sebagai teknik non farmakologis Tekanan darah 130/80 mmHg frekuensi nadi 80x/menit suhu tubuh 36,5°C fruekensi nafas 20x/menit A: Nyeri akut belum membaik

Hari Ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)
		<p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>2.5 Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p>
	<p>Diagnosis 3</p> <p>Kontsipasi b.d ketidakcukupan asupan serat dan asupan cairan d.d pengeluaran feses keras, peristaltic usus menurun 3x/i</p>	<p>S: Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit, pasien jarang berolahraga dan sering mengkonsumsi makanan manis seperti makanan siap saji dan minuman manis, jarang makan sayur dan buah dan minum air putih. Selama masuk di RS belum ada bab.</p> <p>O: Pasien tampak sudah 4 hari belum ada bab, pada saat diauskultasi peristaltic usus 3x/i</p> <p>A: Konstipasi belum membaik</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>3.1 Memeriksa tanda dan gejala konstipasi</p> <p>3.3 Mengidentifikasi faktor resiko konstipasi</p> <p>Menganjurkan diet tinggi serat</p>
	<p>Diagnosis 4</p> <p>Gangguan integritas jaringan b.d faktor mekanis (akibat benturan) d.d terdapat luka di kepala (D0129)</p>	<p>S: Pasien mengatakan pada luka hanya terasa nyeri tidak ada rasa gatal.</p> <p>O: Luka pasien tampak tertutup perban, tampak perawat memonitor luka tidak ada rembesan darah ataupun nanah.</p> <p>A: Integritas jaringan meningkat</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>4.1 Monitor karakteristik luka</p> <p>4.2 Monitor tanda infeksi</p> <p>4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>4.4 Bersihkan dengan cairan NaCl</p> <p>4.5 Berikan salep sesuai dengan kulit</p> <p>4.6 Pasang balutan sesuai luka</p> <p>4.10 Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</p>
Hari 2	<p>Diagnosa 1</p> <p>(D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>	<p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan badan masih terasa lemas</p>

Hari Ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)
	b.dresisten insulin d.d kadar glukosa dalam darah tinggi, pasien mengeluh lemas	<p>2. Pasien mengatakan haus terus menerus</p> <p>O: Pasien tampak dilakukan pemeriksaan GDS (06.00):200 mg/dl. GDS (14.00): 190 mg/dl. Pasien tampak dilakukan terapi metformin 2x500 mg Pasien tampak dianjurkan meminum air putih dan mengurangi minuman manis</p> <p>A: Kestabilan kadar glukosa darah membaik</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1.2 Memonitor kadar glukosa darah</p> <p>1.3 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p>1.7 Melakukan kolaborasi pemberian metformin</p>
	Diagnosis 2 (D.0077) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah skala nyeri 3	<p>S:</p> <p>P: luka robek sehabis jatuh dari kamar mandi</p> <p>Q: Rasa seperti tertusuk tusuk R: Kepala sebelah kanan</p> <p>S: skala 2</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>O:</p> <p>Pasien tampak meringis bila nyeri dikepala timbul</p> <p>Pasien tampak paham dengan tarik nafas dalam, sebagai teknik non farmakologis tekanan darah 130/80 mmHg frekuensi nadi 70x/menit suhu tubuh 36,5°C fruekuensi nafas 20x/menit</p> <p>A: Nyeri akut membaik</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>2.5 Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p>
	Diagnosis 3 Kontsipasi b.d ketidacukupan asupan serat dan asupan cairan	S: Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit, pasien jarang berolahraga dan sering mengkonsumsi makanan manis seperti makanan siap saji dan minuman manis,

Hari Ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)
	d.d pengeluaran feses keras, peristaltic usus menurun 3x/i	<p>jarang makan sayur dan buah dan minum air putih.</p> <p>O: Pasien tampak sudah 4 hari belum ada bab, pada saat diauskultasi peristaltic usus 3x/i</p> <p>A: Konstipasi belum membaik</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>3.1 Memeriksa tanda dan gejala konstipasi</p> <p>3.3 Mengidentifikasi faktor resiko konstipasi</p> <p>3.4 Menganjurkan diet tinggi serat</p>
	Diagnosis 4 Gangguan integritas jaringan b.d faktor mekanis (akibat benturan) d.d terdapat luka di kepala (D0129)	<p>S: Pasien mengatakan pada luka hanya terasa nyeri tidak ada rasa gatal.</p> <p>O: Luka pasien tampak tertutup perban, tampak perawat memonitor luka tidak ada rembesan darah ataupun nanah.</p> <p>A: Integritas jaringan meningkat</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>4.1 Monitor karakteristik luka</p> <p>4.2 Monitor tanda infeksi</p> <p>4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>4.4 Bersihkan dengan cairan NaCl</p> <p>4.5 Berikan salep sesuai dengan kulit</p> <p>4.6 Pasang balutan sesuai luka</p> <p>4.10 Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</p>
Hari 3	Diagnosa 1 (D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.dresisten insulin d.d kadar glukosa dalam darah tinggi, pasien mengeluh lemas	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badan masih terasa lemas 2. Pasien mengatakan haus terus menerus <p>O: Pasien tampak dilakukan pemeriksaan GDS (06.00):200 mg/dl. GDS (14.00): 190 mg/dl. Pasien tampak dilakukan terapi metformin 2x500 mg Pasien tampak dianjurkan meminum air putih dan mengurangi minuman manis</p> <p>A: Kestabilan kadar glukosa darah membaik</p>

Hari Ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)
	<p>Diagnosis 2 (D.0077) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah skala nyeri 3</p>	<p>P: Hentikan intervensi</p> <p>S: P: luka robek sehabis jatuh dari kamar mandi Q: Rasa seperti tertusuk tusuk R: Kepala sebelah kanan S: skala 2 T: hilang timbul</p> <p>O: Pasien tampak meringis bila nyeri dikepala timbul Pasien tampak paham dengan tarik nafas dalam, sebagai teknik non farmakologis Tekanan darah 130/80 mmHg frekuensi nadi 70x/menit suhu tubuh 36,5°C fruekensi nafas 20x/menit</p> <p>A: Nyeri akut menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.2 Mengidentifikasi skala nyeri 2.5 Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p>
	<p>Diagnosis 3 Kontsipasi b.d ketidakcukupan asupan serat dan asupan cairan d.d pengeluaran feses keras, peristaltic usus menurun 3x/i</p>	<p>S: Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit, pasien jarang berolahraga dan sering mengkonsumsi makanan manis seperti makanan siap saji dan minuman manis, jarang makan sayur dan buah dan minum air putih.</p> <p>O: Pasien tampak sudah 4 hari belum ada bab, pada saat diauskultasi peristaltic usus 3x/i</p> <p>A: Konstipasi membaik</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi 3.1 Memeriksa tanda dan gejala kontsipasi 3.3 Mengidentifikasi faktor resiko kontsipasi 3.4 Menganjurkan diet tinggi serat</p>
	<p>Diagnosis 4 Gangguan integritas jaringan b.d faktor</p>	<p>S: Pasien mengatakan pada luka hanya terasa nyeri tidak ada rasa gatal.</p>

Hari Ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)
	mekanis (akibat benturan) d.d terdapat luka di kepala (D0129)	<p>O: Luka pasien tampak tertutup perban, tampak perawat memonitor luka tidak ada rembesan darah ataupun nanah.</p> <p>A: Integritas jaringan meningkat</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>4.1 Monitor karakteristik luka</p> <p>4.2 Monitor tanda infeksi</p> <p>4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>4.4 Bersihkan dengan cairan Nacl</p> <p>4.5 Berikan salep sesuai dengan kulit</p> <p>4.6 Pasang balutan sesuai luka</p> <p>4.10 Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</p>

4.12 Pembahasan

4.7.1 Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan toleransi glukosa darah tinggi

Hasil pengkajian pada kedua pasien dengan diagnosa diabetes melitus tipe 2 menunjukkan adanya ketidakstabilan kadar glukosa darah ditandai dengan adanya keluhan lelah atau lesu, GDS tinggi. Pada pasien I, didapatkan GDS jam 06.00 = 400 mg/dL, GDS jam 14.00 = 280 mg/dL, keluhan mudah lelah, sering merasa haus, sedangkan pasien II didapatkan GDS jam 06.00 = 300 mg/dL, GDS jam 14.00 = 250mg/dL, keluhan mudah lelah, banyak makan, banyak minum, dan sering kencing.

Ketidakstabilan kadar glukosa darah terjadi akibat adanya resistensi insulin yang mendahului terjadinya penurunan produksi insulin. Faktor pemicu resistensi insulin adalah kegemukan, kurang aktivitas fisik, dan terlalu banyak makan dengan gizi

yang tidak seimbang. Hiperglikemia pada pasien diabetes melitus merupakan efek umum dari diabetes yang tidak terkontrol yang menyebabkan kerusakan serius pada banyak sistem tubuh. Pola makan tidak sehat menyebabkan ketidakseimbangan antara karbohidrat dan kandungan lain yang dibutuhkan oleh tubuh. Akibatnya kandungan gula di dalam tubuh menjadi tinggi melebihi kapasitas kerja pankreas dan berakibat terjadinya diabetes melitus (Murtiningsih et al., 2021).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari yaitu pada pasien I dilakukan memonitor kadar glukosa darah, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, mengidentifikasi penyebab hiperglikemia, memberikan asupan oral, melakukan kolaborasi pada pasien 1 dengan pemberian insulin nevorapid 3x 16 unit. Pada pasien 1 evaluasi pada hari pertama didapatkan ketidakstabilan kadar glukosa darah belum menurun dengan GDS jam 06.00 400 pagi, dan jam 12.00 380 mg/dl, pasien masih mengeluh lemas, pusing menurun, keluhan masih terasa sering haus. Pada pasien 1 evaluasi hari ketiga ditemukan ketidakstabilan kadar glukosa darah membaik dengan GDS jam 06.00 350mg/dl dan jam GDS jam 12.00 300mg/dl keluhan lemas mulai menurun, pusing membaik, rasa haus terus menurun belum membaik.

Pada pasien II dilakukan memonitor kadar glukosa darah, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, mengidentifikasi penyebab hiperglikemia, memberikan asupan oral, melakukan kolaborasi pemberian insulin berupa tablet metformin 2x500 mg. Pada pasien 2 evaluasi pada hari kedua didapatkan ketidakstabilan kadar glukosa darah belum menurun dengan GDS jam 06.00 200 mg/dl dan jam 12.00 GDS 250 mg/dl,

pasien mengatakan keluhan lemas belum membaik, pusing masih belum membaik, rasa haus masih sering ingin minum terus. Pada pasien 2 evaluasi hari kedua ditemukan ketidakstabilan kadar glukosa darah membaik, dengan GDS jam 06.00 200 mg/dl dan GDS jam 12.00 180 mg/dl keluhan lemas mulai membaik, pusing membaik, rasa haus terus menerus berkurang. Oleh karena itu, intervensi pada pasien 1 perlu dilanjutkan karena kriteria hasil yang diinginkan masih tercapai sebagian, sehingga intervensi manajemen hiperglikemia perlu dilanjutkan pada pasien 1.

4.7.2 Nyeri akut b.d agen pencedera fisik

Hasil pengkajian pada pasien I dan II di temukan diagnosis keperawatan nyeri akut b.d agen pencedera fisik karena kedua pasien memiliki luka pada bagian kepala. Pada pasien I di dapatkan luka tertutup perban di kepala sebelah kanan akibat terjatuh di kamar mandi dengan skala nyeri 3. Pada pasien ke II terdapat luka sebelah kanan akibat operasi tumor terpasang perban dengan skala nyeri 3.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, nyeri akut memiliki definisi pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan ditandai dengan gejala dan tanda mayor, yaitu mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur.

Nyeri akut dapat dideskripsikan sebagai nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak. Nyeri akut biasanya berlangsung singkat. Pasien yang mengalami nyeri akut biasanya menunjukkan gejala ekspirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat (Mubarak et al, 2015).

Intervensi yang diberikan pada pasien I dan pasien II yaitu terapi non farmakologis yaitu dengan mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam pada pasien untuk mengurangi nyeri di kepala pasien ketika nyeri tersebut muncul.

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 hari berupa mengidentifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri), mengidentifikasi skala nyeri, memberikan non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, dan mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Hasil evaluasi hari pertama yang didapatkan pada pasien I untuk luka yang tertutup perban Setelah dilakukan tindakan mengidentifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri), mengidentifikasi skala nyeri, memberikan non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, dan mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam) didapatkan masalah nyeri akut belum menurun, dengan skala nyeri 3, pasien mengeluh meringis belum membaik, nyeri masih hilang timbul. Hasil evaluasi hari ketiga pada pasien I

Setelah dilakukan tindakan mengidentifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri), mengidentifikasi skala nyeri, memberikan non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, dan mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (rileksasi nafas dalam), didapatkan masalah nyeri akut membaik dengan skala nyeri 2, meringis menurun, nyeri hilang timbul membaik.

Hasil evaluasi hari pertama yang didapatkan pada pasien 2 untuk luka yang tertutup perban Setelah dilakukan tindakan mengidentifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri), mengidentifikasi skala nyeri, memberikan non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, dan mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (rileksasi nafas dalam), didapatkan masalah nyeri akut membaik dengan skala nyeri 3, meringis bila nyeri muncul belum membaik, nyeri hilang timbul belum membaik.

Hasil evaluasi hari ketiga yang didapatkan pada pasien 2 Setelah dilakukan tindakan mengidentifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri), mengidentifikasi skala nyeri, memberikan non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, dan mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (rileksasi nafas dalam) didapatkan masalah nyeri akut membaik dengan skala nyeri 2, meringis menurun, nyeri hilang timbul membaik.

4.7.3 Kontsipasi b.d ketidakcukupan asupan serat dan asupan cairan d.d pengeluaran feses keras, peristaltic usus menurun 3x/i

Hasil pengkajian pasien II mengalami konstipasi pasien mengatakan bahwa belum BAB selama 4 hari, ketika di auskultasi peristaltic usus pasien 3x. pasien juga mengatakan tidak suka makan sayur, jarang minum air putih, dan saat BAB terasa keras. Selama 3 hari dilakukan tindakan keperawatan berupa manajemen nutrisi dengan memonitor asupan makanan, masalah konstipasi belum membaik.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018), konstipasi memiliki definisi penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak.

Penulis berasumsi pada pasien II konstipasi disebabkan oleh perubahan pola makan dan makanan yang biasa dikonsumsi dan insudisiensi asupan cairan. Pasien diberikan penatalaksanaan dengan pemberian diit tinggi serat yang dikolaborasikan dengan ahli gizi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari berupa pemberian diit tinggi serat maka didapatkan hasil masalah konstipasi membaik.

4.7.4 Gangguan integritas jaringan b.d faktor mekanis (akibat benturan)

Hasil pengkajian pada pasien I dan II ditemukan diagnosis keperawatan yaitu gangguan integritas kulit b. d faktor mekanis karena kedua pasien memiliki luka pada bagian kepala sebelah kanan. Pada pasien I didapatkan luka tertutup perban di kepala sebelah kanan akibat terjatuh dari kamar mandi, luka tampak tidak ada rembesan darah, rembesan nanah, tidak ada pembengkakan, pasien hanya mengeluh nyeri. Pada pasien II tampak luka di kepala sebelah kanan terpasang perban akibat operasi tumor, tampak

luka tidak ada rembesan darah, rembesan nanah, tidak ada pembengkakan pasien hanya mengeluh nyeri.

Menurut Standar Diagnosis Kepawatan Indonesia, gangguan integritas jaringan adalah kerusakan kulit (dermis dan atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan atau ligamen).

Intervensi yang telah diberikan pada kedua pasien yaitu memonitor karakteristik luka, monitor tanda infeksi, melakukan perawatan luka dengan melepaskan balutan luka, membersihkan luka dengan cairan nacl, memberikan sucralfat pada pasien, memonitor tanda gejala infeksi dan memberikan terapi farmakologis kepada pasien dengan pemberian antibiotik ceftriaxone 2x1gr lewat intravena.

Hasil evaluasi pada hari pertama untuk pasien I dan pasien II didapatkan integritas kulit meningkat karena tampak luka tidak ada gejala infeksi, luka pada kepala tampak tidak ada rembesan darah maupun rembesan nanah, luka kedua pasien nampak tidak ada pembengkakan atau pun kemerahan.

Hasil evaluasi pada hari ketiga didapatkan pada pasien I dan pasien II integritas jaringan meningkat, karena pada kedua pasien luka yang tampak dikepala sama sama tidak ada tanda infeksi seperti rembesan darah, rembesan nanah, pembengkakan, kemerahan kedua pasien hanya mengeluhkan nyeri yang ada pada luka dengan skala 2.

Penulis berasumsi intervensi tetap dilanjutkan di karenakan pada kedua masih

luka tersebut masih tahap proses pemantauan dan perawatan luka sehingga intervensi tetap diberikan agar dapat menjaga luka dan menghindari resiko infeksi pada luka.



BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan pada 2 responden yang di rawat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut.

5.1.1 Pengkajian

Pada pengkajian kedua pasien ditemukan masalah ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah ditandai dengan glukosa darah pada pasien 1 adalah GDS jam 06.00 = 400 mg/dL, GDS jam 14.00 = 280 mg/dL, keluhan mudah lelah, sering merasa haus, sedangkan pasien II didapatkan GDS jam 06.00 = 300 mg/dL, GDS jam 14.00 = 250mg/dL, keluhan mudah lelah, banyak makan, banyak minum, dan sering kencing.

Pada pasien 1 dan 2 ditemukan juga masalah nyeri akut yang ditandai dengan Pada pasien I di dapatkan luka tertutup perban di kepala sebelah kanan akibat terjatuh di kamar mandi dengan skla nyeri 3. Pada pasien ke II terdapat luka sebelah kanan akibat oprasi tumor terpasang perban dengan skla nyeri 3.

Hasil pengkajian pada pasien I dan II dengan diagnosa diabetes melitus tipe 2 menunjukkan adanya gangguan integritas jaringan b.d faktor mekanis (benturan).

5.1.2 Diagnosis Keperawatan

Pada pasien 1 ditemukan diagnosa keperawatan ketidakstabilan glukosa dalam darah, nyeri akut, gangguan integritas jaringan. Sedangkan pada pasien 2 ditemukan diagnosa ketidakstabilan glukosa dalam darah, nyeri akut, konstipasi, dan gangguan integritas jaringan.

5.1.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan yang disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang ditegakkan berdasarkan kriteria mayor dan minor serta kondisi terkini dari pasien itu sendiri.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien 1 dan 2 sesuai dengan intervensu yang telah direncanakan berdasarkan teori dan kebutuhan kedua.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan intervensi keperawatan didapatkan evaluasi pada pasien 1 yaitu masalah membaik pada ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah, nyeri akut, dan gangguan integritas kulit. Pada pasien 2 didapatkan hasil evaluasi masalah membaik pada masalah ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah, nyeri akut,

konstipasi, dan gangguan integritas kulit. Hasil ini dibuktikan dengan adanya perubahan pada kedua pasien yang lebih baik sesuai dengan karakteristik kriteria hasil yang ditetapkan.

5.2 Saran

5.2.1 Untuk Penulis

Hasil karya tulis Ilmiah ini diharapkan menjadi acuan dan dapat meningkatkan wawasan dalam asuhan keperawatan serta menjadi bahan pembandingan pada penelitian selanjutnya pada pasien dengan diabetes melitus tipe 2.

5.2.2 Untuk Instansi Rumah Sakit

Diharapkan pihak rumah sakit dapat lebih meningkatkan edukasi cara pengelolaan diabetes pada pasien dengan diabetes melitus tipe 2.

5.2.3 Untuk Perkembangan Ilmu Keperawatan

Dalam pengembangan ilmu keperawatan diharapkan dapat menambah keluasan ilmu keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe 2 serta menjadi acuan dan bahan pembandingan dalam melakukan penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Hardianto, D. (2021). Telaah Komprehensif Diabetes Melitus: Klasifikasi, Gejala, Diagnosis, Pencegahan, Dan Pengobatan. *Jurnal Bioteknologi & Biosains Indonesia (JBBI)*, 7(2), 304–317. <https://doi.org/10.29122/jbbi.v7i2.4209>
- 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>
- Moshinsky, M. (1959). No Title. *Nucl. Phys.*, 13(1), 104–116.
- PPNI. (2019). *Siki (standart intervensi keperawatan indonesia)* (i (ed.)). Persatuan perawat nasional indonesia.
- PPNI. (2018). Standar diagnosis keperawatan indonesia (sdki). *Persatuan perawat nasional indonesia*.
- PPNI. (2019). Slki. “standar luaran keperawatan indonesia (slki).” *Persatuan perawat nasional indonesia*.
- Saputri, R. D. (2020). Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada ARTIKEL PENELITIAN Komplikasi Sistemik Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Pendahuluan. *Komplikasi Sistemik Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2*, 11(1), 230–236. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.254>
- Sitanggang, R. (2018). Tujuan evaluasi dalam keperawatan. *Journal Proses Dokumentasi Asuhan Keperawatan*, 1(5), 1–23.
- Suciana, F., & Arifianto, D. (2019). PENATALAKSANAAN 5 PILAR PENGENDALIAN DM TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN DM TIPE

2 Kata kunci : kualitas hidup , diabetes melitus MANAGEMENT 5 PILLAR DM
CONTROL OF QUALITY OF LIFE OF DM TYPE 2 PATIENTS
PENDAHULUAN. 9(4), 311–318.

Sya'diyah, H., Widayanti, D. M., Kertapati, Y., Anggoro, S. D., Ismail, A., Atik, T., &
Gustayansyah, D. (2020). Penyuluhan Kesehatan Diabetes Melitus
Penatalaksanaan Dan Aplikasi Senam Kaki Pada Lansia Di Wilayah Pesisir
Surabaya. *Jurnal Pengabdian Kesehatan*, 3(1), 9–27. <https://doi.org/10.31596/jpk>

