

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA Ny.S  
DENGAN DIABETES MELLITUS TIPE II DISERTAI ANEMIA  
GRAVIS DAN Ny.M DENGAN DIABETES MELLITUS TIPE II  
DISERTAI ULKUS PEDIS SINISTRA DI RSUD CAM KOTA  
BEKASI TAHUN 2022**



**Herti Loylita S.Kep**

**NPM 22.156.03.11.042**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA**

**INDONESIA**

**BEKASI 2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA Ny.S  
DENGAN DIABETES MELLITUS TIPE II DISERTAI ANEMIA  
GRAVIS DAN Ny.M DENGAN DIABETES MELLITUS TIPE II  
DISERTAI ULKUS PEDIS SINISTRA DI RSUD CAM KOTA  
BEKASI TAHUN 2022**

**KARYA ILMIAH AKHIR Ners**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners**



**Herti Loylita S.Kep**

**NPM 22.156.03.11.042**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA**

**INDONESIA**

**BEKASI 2022**

### LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini

Nama : Herty Loylita

NPM : 22.156.01.11.042

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Ny.S Dengan Diabetes Mellitus Tipe II Disertai Anemia Gravis Dan Ny.M Dengan Diabetes Mellitus Tipe II Disertai Ulkus Pedis Sinistra Di RSUD CAM Kota Bekasi Tahun 2022 adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bekasi, 07 Februari 2023

Yang Menyatakan,



Herty Loylita, S.Kep

NPM 22.156.03.11.042

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**Karya Ilmiah Akhir ini Telah Diperiksa Oleh Preseptor satu dan Preseptor dua Dan  
Disetujui Untuk Melaksanakan Seminar Hasil**


**Bekasi, 18 November 2022**

Penguji I



Lina Indrawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0321108001

Penguji II



Arabta M. Peraten Pelawi, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0301096505

Mengetahui :

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)  
dan Pendidikan Profesi Ners

Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0316028302

## LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Herti Loylita S.Kep

NPM : 22.156.03.11.042

Program Studi : Profesi Ners

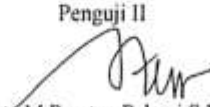
Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Pada Ny. S dengan Diabetes Mellitus tipe 2 disertai Anemia Gravis dan Ny M Dengan DM tipe II disertai Ulkus Pedis Sinistra Di RSUD CAM kota Bekasi Tahun 2022. Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada Tanggal 18 November 2022

Penguji I



Lina Indrawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0321108001

Penguji II



Arabta M. Peraten Pelawi S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0301096505

Mengetahui

Wakil Ketua I Bidang Akademik  
STIKes Medistra Indonesia

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan  
(S1) dan Pendidikan Profesi Ners

Puri Kresna wati, SST, M.KM  
NIDN. 0309049001

Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0316028302

Disahkan

Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawati Sirait, SST, M.Kes  
NIDN. 0319017902

## **KATA PENGANTAR**

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. S dengan Diabetes Mellitus tipe II disertai Anemia Gravis dan Ny M Dengan Diabetes Mellitus tipe II disertai Ulkus Pedis Sinistra Di RSUD CAM kota Bekasi Tahun 2022.” sesuai dengan harapan. Penulisan Tugas Akhir yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar profesi keperawatan (Ners) pada Program Studi Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia. Penulis menyadari bahwa Tugas Akhir ini masih jauh dari kata kesempurnaan, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak. Selesaiannya Tugas Akhir ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materil secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis dalam penyusunan Tugas Akhir ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati:

1. Usman Ompusunggu, S.E., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Saver Mangadar Ompusunggu SE selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia
4. Puri Kresnawati, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik
5. Sinda Ompusunggu, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Keuangan
6. Hainun Nisa, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni
7. Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Kepala Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Medistra Indonesia

8. Nurti Y.K.Gea S.Kep.,Ns.,M.Kep SP.An , selaku Koordinator Profesi Ners
9. Arabta M. Peraten Pelawi S.Kep., Ners., M.Kep selaku Dosen Pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners
10. Lina Indrawati S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Dosen Pembimbing Akademik dan Penguji I Karya Ilmiah Akhir Ners
11. Seluruh dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang tidak bisa disebutkan satu persatu
12. Mardjuki S.Kep.,Ns dan Anita Suharti S.kep selaku CI R.Camellia dan R. Bougenvile rumah sakit RSUD Kota Bekasi
13. Bapak / Ibu dosen dan Sfaff STIKes Medistra Indonesia
14. Kedua orang tua dan saudara penulis yang tercinta, yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material terutama doa yang tiada henti-hentinya sehingga penulis dapat berjalan sejauh ini.
15. Rekan – rekan seperjuangan kelas profesi Ners angkatan X STIKes Medistra Indonesia yang telah banyak memberikan kenangan, pengalaman, dan dukungan yang luar biasa serta motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners

Dalam hal ini penulis menyadari, bahwa penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari kesempurnaan. Maka kepada para pembaca khususnya mahasiswa Program Studi Profesi Ners dan umumnya kepada seluruh mahasiswa STIKes Medistra Indonesia. Jika ada kesalahan dan kekeliruan dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis mohon kesediannya untuk memberikan kritik dan saran yang konstruktif, serta motivasi-motivasi yang membangun.

## Daftar Isi

LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
KATA PENGANTAR .....	v
Daftar Isi.....	viii
BAB I .....	10
PENDAHULUAN .....	10
A. Latar Belakang.....	10
B. Tujuan Penulisan.....	13
1. Tujuan Umum .....	13
2. Tujuan Khusus .....	13
A. Konsep Dasar DM Diabetes Mellitus .....	15
1. Definisi.....	15
2. Etiologi.....	16
3. Klasifikasi .....	17
4. Patofisiologi .....	17
5. Pathway .....	19
6. Manifestasi Klinis .....	19
7. Pemeriksaan penunjang.....	21
8. Therapy .....	21
9. Komplikasi .....	28
10. Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul sesuai dengan kasus pasien kelolaan .....	30
11. Intervensi Keperawatan .....	33
BAB III .....	42
LAPORAN KASUS.....	42



A. PENGKAJIAN DATA DASAR PASIEN PERTAMA.....	42
1. Identitas Diri Pasien Kelolaan 1.....	42
B. ANALISA DATA.....	51
C. DIAGNOSA KEPERAWATAN.....	52
D. RENCANA KEPERAWATAN / INTERVENSI KEPERAWATAN.....	52
E. CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI I.....	54
A. PENGKAJIAN DATA DASAR PASIEN KEDUA.....	66
A. ANALISA DATA.....	75
B. DIAGNOSA KEPERAWATAN.....	76
C. RENCANA KEPERAWATAN / INTERVENSI KEPERAWATAN.....	76
D. CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI I.....	78
BAB V.....	98
PENUTUP.....	98
A. KESIMPULAN.....	98
B. SARAN.....	99
DAFTAR PUSTAKA.....	100

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu penyakit menahun yang ditandai dengan kadar glukosa darah (gula darah) melebihi normal yaitu kadar gula darah sewaktu sama atau lebih dari 200 mg/dl, dan kadar gula darah puasa di atas atau sama dengan 126 mg/dl (Misnadiarly, 2006). DM dikenal sebagai silent killer karena sering tidak disadari oleh penyandanginya dan saat diketahui sudah terjadi komplikasi (Kemenkes RI, 2014). DM dapat menyerang hampir seluruh sistem tubuh manusia, mulai dari kulit sampai jantung yang menimbulkan komplikasi. (Petersmann et al., 2018)

Diabetes Mellitus Tipe 2 merupakan penyakit hiperglikemi akibat insensivitas sel terhadap insulin. Kadar insulin mungkin sedikit menurun atau berada dalam rentang normal. Karena insulin tetap dihasilkan oleh sel-sel beta pankreas, maka diabetes mellitus tipe II dianggap sebagai non insulin dependent diabetes mellitus. (Bhatt et al., 2016)

Menurut American Diabetes Association (ADA) 2010, diabetes melitus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya. Gejala umum dari diabetes melitus adalah poliuria, polifagia, polidipsia. Klasifikasi dari diabetes mellitus yaitu Diabetes Mellitus Tipe 1, Diabetes Mellitus Tipe 2, Diabetes Mellitus Tipe Gestasional, dan Diabetes Mellitus Tipe Lainnya. Jenis diabetes mellitus yang paling banyak diderita adalah Diabetes Mellitus Tipe 2, dimana sekitar 90- 95% orang mengidap penyakit ini (Chaidir et al., 2017)

International Diabetes Federation (IDF) menyebutkan bahwa prevalensi Diabetes Mellitus di dunia adalah 1,9% dan telah menjadikan DM sebagai penyebab kematian urutan ke tujuh di dunia sedangkan tahun

2012 angka kejadian diabetes mellitus di dunia adalah sebanyak 371 juta jiwa dimana proporsi kejadian diabetes mellitus tipe 2 adalah 95% dari populasi dunia yang menderita diabetes mellitus. Hasil Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2008, menunjukkan prevalensi DM di Indonesia membesar sampai 57%. Tingginya prevalensi Diabetes Mellitus tipe 2 disebabkan oleh faktor risiko yang tidak dapat berubah misalnya jenis kelamin, umur, dan faktor genetik yang kedua adalah faktor risiko yang dapat diubah misalnya kebiasaan merokok tingkat pendidikan, pekerjaan, aktivitas fisik, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, Indeks Masa Tubuh, lingkar pinggang dan umur. Diabetes Mellitus disebut dengan the silent killer karena penyakit ini dapat mengenai semua organ tubuh dan menimbulkan berbagai macam keluhan. Penyakit yang akan ditimbulkan antara lain gangguan penglihatan mata, katarak, penyakit jantung, sakit ginjal, impotensi seksual, luka sulit sembuh dan membusuk/gangren, infeksi paru-paru, gangguan pembuluh darah, stroke dan sebagainya. Tidak jarang, penderita DM yang sudah parah menjalani amputasi anggota tubuh karena terjadi pembusukan. Untuk menurunkan kejadian dan keparahan dari Diabetes Mellitus tipe 2 maka dilakukan pencegahan seperti modifikasi gaya hidup dan pengobatan seperti obat oral hiperglikemik dan insulin. (Bhatt et al., 2016)

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilaksanakan pada tahun 2018 melakukan pengumpulan data penderita diabetes mellitus pada penduduk berumur  $\geq 15$  tahun. Kriteria diabetes mellitus pada riskesdas 2018 mengacu pada konsensus Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI) yang mengadopsi kriteria *American Diabetes Association (ADA)*. Menurut kriteria tersebut, diabetes mellitus ditegakkan bila kadar glukosa darah puasa  $\geq 126$  mg/dl, atau glukosa darah 2 jam pasca pembebanan  $\geq 200$  mg/dl, atau glukosa darah sewaktu  $\geq 200$  mg/dl dengan gejala sering lapar, sering haus, sering buang air kecil dalam jumlah banyak, dan berat badan turun. Hasil Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa prevalensi diabetes mellitus di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter pada

umur  $\geq 15$  tahun sebesar 2%. Angka ini menunjukkan peningkatan dibandingkan prevalensi diabetes mellitus pada penduduk  $\geq 15$  tahun pada hasil Riskesdas 2013 sebesar 1,5%. Namun prevalensi diabetes mellitus menurut hasil pemeriksaan gula darah meningkat dari 6,9% pada 2013 menjadi 8,5% pada tahun 2018. Angka ini menunjukkan bahwa baru sekitar 25% penderita diabetes yang mengetahui bahwa dirinya menderita diabetes. Prevalensi diabetes mellitus di Jawa Barat tepat pada peringkat keenam dibawah angka nasional yaitu 1,7% dengan peningkatan sebesar 0,4% dari tahun 2018. (Kementerian Kesehatan RI., 2020)

Menurut Kemenkes, pencegahan Diabetes Mellitus tipe 2 dapat dilakukan dengan mengetahui faktor risiko. Ada dua faktor risiko Diabetes Mellitus Tipe 2, yaitu faktor risiko yang sifatnya bisa diubah oleh diri kita dan faktor risiko yang tak dapat diubah oleh kita. Faktor yang bisa diubah seperti gaya hidup seperti makanan yang dikonsumsi, pola istirahat, aktifitas fisik dan manajemen stress. Faktor yang tak dapat diubah diantaranya usia serta genetik (Nuraisyah, 2018)

Kepatuhan diet pada penderita DM merupakan masalah yang sangat berat, karena jika penderita sudah mulai tidak patuh pada diet yang ada kadar gula darah dalam tubuh menjadi tidak stabil. Untuk itu, bagi penderita diabetes mellitus dianjurkan untuk mematuhi terapi diet yang disingkat 3J yaitu tepat jadwal, tepat jumlah dan tepat jenis. Kepatuhan diet merupakan aspek penting untuk keberhasilan dalam menjalankan dan mengendalikan kadar gula darah. Dengan demikian pasien DM harus mengikuti dan mematuhi program penatalaksanaan diet sesuai dengan ketentuan dari tim kesehatan agar tercapai control metabolic yang optimal, karena kepatuhan pasien terhadap diet adalah komponen utama keberhasilan dalam penatalaksanaan diabetes mellitus (Pranoto & Rusman, 2022)

Berdasarkan tinjauan jurnal dan observasi pasien kelolaan tersebut, Jumlah pasien yang mengalami diabetes mellitus di ruang bougenville selama 3 bulan terakhir sebanyak 67 orang. maka penulis tertarik untuk

menyusun Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Diabetes Mellitus (DM) Tipe II Dengan Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Ny.S di Ruang Camellia dan Ny. M di Ruang Bougenville RSUD Chasbullah AbdulMadjid Kota Bekasi Tahun 2022

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Memberikan pengalaman dan pemahaman secara ilmiah dalam melakukan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada pasien Ny. S dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan anemia gravis, Ny. M dengan Diabetes Mellitus dan ulkus pedis sinistra di Ruang Camellia dan Bougenville RSUD CAM Kota Bekasi

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien Ny. S dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan anemia gravis, Ny. M dengan Diabetes Mellitus dan ulkus pedis di Ruang Camellia dan Bougenville RSUD CAM Kota Bekasi
- b. Mampu merumuskan masalah keperawatan pada pasien Ny. S dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan anemia gravis, Ny. M dengan Diabetes Mellitus dan ulkus pedis di Ruang Camellia dan Bougenville RSUD CAM Kota Bekasi
- c. Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. S dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan anemia gravis, Ny. M dengan Diabetes Mellitus dan ulkus pedis di Ruang Camellia dan Bougenville RSUD CAM Kota Bekasi
- d. Mampu merencanakan Intervensi Keperawatan pada pasien Ny. S dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan anemia gravis, Ny. M dengan Diabetes Mellitus dan ulkus pedis di Ruang Camellia dan Bougenville RSUD CAM Kota Bekasi
- e. Mampu Melaksanakan Intervensi Keperawatan pada pasien Ny. S dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan anemia gravis, Ny. M

dengan Diabetes Mellitus dan ulkus pedis di Ruang Camellia dan Bougenville RSUD CAM Kota Bekasi

- f. Mampu Mengaplikasikan Implementasi pada pasien Ny. S dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan anemia gravis, Ny. M dengan Diabetes Mellitus dan ulkus pedis di Ruang Camellia dan Bougenville RSUD CAM Kota Bekasi
- g. Mampu Melakukan Evaluasi Keperawatan pada pasien Ny. S dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan anemia gravis, Ny. M dengan Diabetes Mellitus dan ulkus pedis di Ruang Camellia dan Bougenville RSUD CAM Kota Bekasi
- h. Mampu Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus pada pasien Ny. S dengan Diabetes Mellitus tipe 2 dan anemia gravis, Ny. M dengan Diabetes Mellitus dan ulkus pedis di Ruang Camellia dan Bougenville RSUD CAM Kota Bekasi

## BAB II

### TINJAUAN TEORI

#### A. Konsep Dasar DM Diabetes Mellitus

##### 1. Definisi

Diabetes Melitus adalah penyakit kelainan metabolik yang dikarakteristikan dengan hiperglikemia kronis serta kelainan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein diakibatkan oleh kelainan sekresi insulin, kerja insulin maupun keduanya. Hiperglikemia kronis pada diabetes melitus akan disertai dengan kerusakan, gangguan fungsi beberapa organ tubuh khususnya mata, ginjal, saraf, jantung, dan pembuluh darah. Walaupun pada diabetes melitus ditemukan gangguan metabolisme semua sumber makanan tubuh kita, kelainan metabolisme yang paling utama ialah kelainan metabolisme karbohidrat. Oleh karena itu diagnosis diabetes melitus selalu berdasarkan tingginya kadar glukosa dalam plasma darah. (Kardika, 2016)

Prevalensi DM sulit ditentukan karena standar penetapan diagnosisnya

berbeda-beda. Berdasarkan kriteria American Diabetes Association tahun 2012 (ADA 2012), sekitar 10,2 juta orang di Amerika Serikat menderita DM. Sementara itu, di Indonesia prevalensi DM sebesar 1,5-2,3% penduduk usia >15 tahun, bahkan di daerah Manado prevalensi DM sebesar 6,1% (Kardika, 2016).

Diabetes memiliki 2 tipe yakni diabetes melitus tipe 1 yang merupakan hasil dari reaksi autoimun terhadap protein sel pulau pankreas, kemudian diabetes tipe 2 yang mana disebabkan oleh kombinasi faktor genetik yang berhubungan dengan gangguan sekresi insulin, resistensi insulin dan faktor lingkungan seperti obesitas, makan berlebihan, kurang makan, olahraga dan stres, serta penuaan (Ozougwu et al., 2013). Olahraga atau aktivitas fisik berguna sebagai pengendali kadar gula darah dan penurunan berat badan pada penderita diabetes

melitus. Manfaat besar dari berolahraga pada diabetes melitus antara lain menurunkan kadar glukosa darah, mencegah kegemukan, ikut berperan dalam mengatasi terjadinya komplikasi, gangguan lipid darah dan peningkatan tekanan darah (Bataha, 2016). (Lestari et al., 2021)

## **2. Etiologi**

Etiologi dari penyakit diabetes yaitu gabungan antara faktor genetik dan faktor lingkungan. Etiologi lain dari diabetes yaitu sekresi atau kerja insulin, abnormalitas metabolik yang mengganggu sekresi insulin, abnormalitas mitokondria, dan sekelompok kondisi lain yang mengganggu toleransi glukosa. Diabetes mellitus dapat muncul akibat penyakit eksokrin pankreas ketika terjadi kerusakan pada mayoritas islet dari pankreas. Hormon yang bekerja sebagai antagonis insulin juga dapat menyebabkan diabetes (Putra, 2015). (Lestari et al., 2021)

Diabetes sering disebabkan oleh faktor genetik dan perilaku atau gaya hidup seseorang. Selain itu faktor lingkungan sosial dan pemanfaatan pelayanan kesehatan juga menimbulkan penyakit diabetes dan komplikasinya. Diabetes dapat memengaruhi berbagai sistem organ tubuh manusia dalam jangka waktu tertentu, yang disebut komplikasi. Komplikasi diabetes dapat dibagi menjadi pembuluh darah mikrovaskular dan makrovaskuler. Komplikasi mikrovaskuler termasuk kerusakan sistem saraf (neuropati), kerusakan sistem ginjal (nefropati) dan kerusakan mata (retinopat) (Rosyada, 2013). (Lestari et al., 2021)

Faktor risiko kejadian penyakit diabetes melitus tipe 2 antara lain usia, aktivitas fisik, terpapar asap, indeks massa tubuh (IMT), tekanan darah, stres, gaya hidup, adanya riwayat keluarga, kolesterol HDL, trigliserida, DM kehamilan, riwayat ketidaknormalan glukosa dan kelainan lainnya. Penelitian yang dilakukan oleh Trisnawati (2012) menyatakan bahwa riwayat keluarga, aktivitas fisik, umur, stres, tekanan darah serta nilai kolesterol berhubungan dengan terjadinya DM tipe 2, dan orang yang memiliki berat badan dengan tingkat



obesitas berisiko 7,14 kali terkena penyakit DM tipe dua jika dibandingkan dengan orang yang berada pada berat badan ideal atau normal. (Lestari et al., 2021)

### 3. Klasifikasi

Klasifikasi diabetes mellitus berdasarkan etiologinya adalah sebagai berikut:

1. Diabetes Mellitus Tipe 1 : defisiensi insulin absolut akibat destruksi sel beta
2. Diabetes Mellitus Tipe 2 : bervariasi mulai dari resistensi insulin  
Predominan disertai defisiensi insulin relatif, sampai defek sekresi insulin predominan disertai resistensi insulin
3. Diabetes Tipe Lain : akibat defek genetik fungsi sel beta, defek genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, endokrinopati, obat/bahan kimia, infeksi, imunologi, dan sindroma genetik lain.
4. Diabetes Gestasional : pada kehamilan
5. Pra-diabetes : IFG (Impaired Fasting Glucose) dan IGT (Impaired Glucose Tolerance). (Widodo, 2017)

### 4. Patofisiologi

DM tipe 2 merupakan suatu kelainan metabolik dengan karakteristik utama adalah terjadinya hiperglikemik kronik. Meskipun pola pewarisannya belum jelas, faktor genetik dikatakan memiliki peranan yang sangat penting dalam munculnya DM tipe 2. Faktor genetik ini akan berinteraksi dengan faktor-faktor lingkungan seperti gaya hidup, obesitas, rendahnya aktivitas fisik, diet, dan tingginya kadar asam lemak bebas (Smeltzer dan Bare, 2015). Mekanisme terjadinya DM tipe 2 umumnya disebabkan karena resistensi insulin

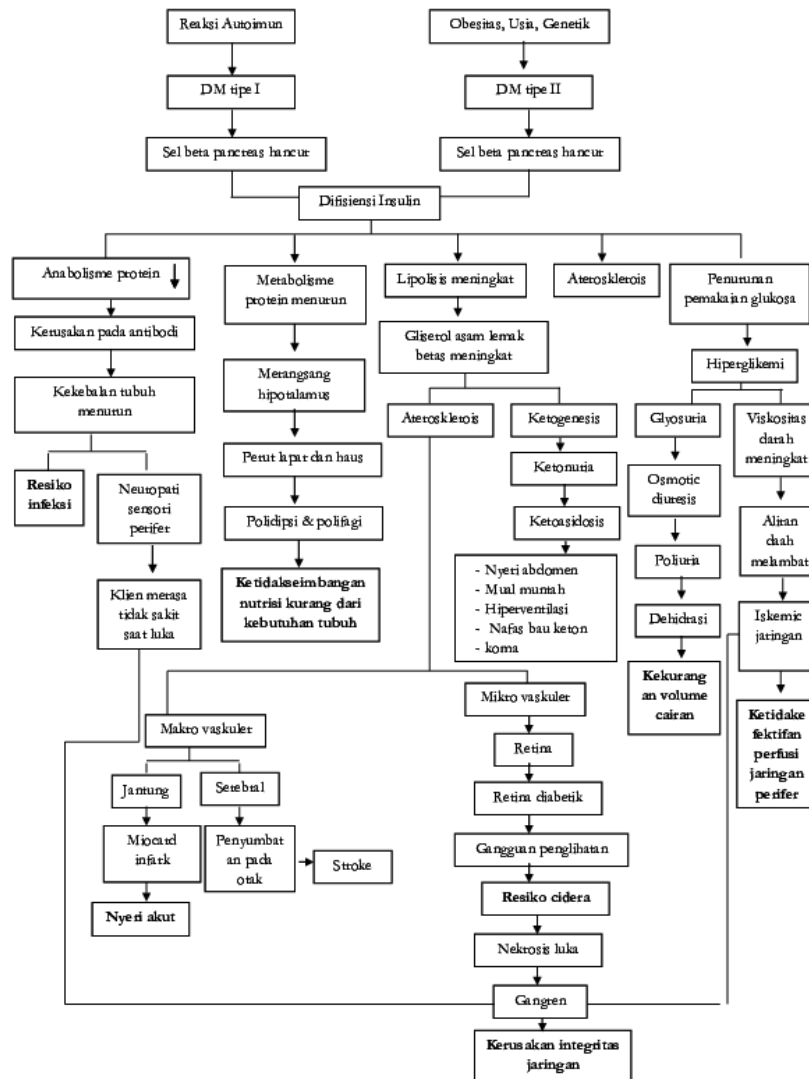
dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadinya suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa didalam sel. Resistensi insulin pada DM tipe 2 disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terjadi peningkatan jumlah insulin yang disekresikan (Smeltzer dan Bare, 2015).

Pada penderita toleransi glukosa terganggu, keadaan ini terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan dan kadar glukosa akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat. Namun demikian, jika sel-sel  $\beta$  tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi DM tipe 2. 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 diabetik tidak terjadi pada DM tipe 2. Meskipun demikian, DM tipe 2 yang tidak terkontrol akan menimbulkan masalah akut lainnya seperti sindrom Hiperglikemik Hiperosmolar Non-Ketotik (HHNK) (Smeltzer dan Bare, 2015).

Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung lambat (selama bertahun-tahun) dan progresif, maka awitan DM tipe 2 dapat berjalan tanpa terdeteksi. Jika gejalanya dialami pasien, gejala tersebut sering bersifat ringan, seperti: kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsia, luka pada kulit yang lama-lama sembuh, infeksi vagina atau pandangan kabur (jika kadar glukosanya sangat tinggi). Salah satu konsekuensi tidak terdeteksinya penyakit DM selama bertahun-tahun adalah terjadinya komplikasi DM jangka panjang (misalnya, kelainan mata, neuropati

perifer, kelainan vaskuler perifer) mungkin sudah terjadi sebelum diagnosis ditegakkan (Smeltzer dan Bare, 2015).

5. Pathway



Gambar 2.1 Pathway Diabetes Mellitus (Fatimah, 2015)

## 6. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala pasien DM dibagi menjadi dua macam yaitu gejala kronik dan gejala akut serta munculnya ulkus diabetic, yaitu :

1) Gejala akut yang timbul pada pasien DM berupa :

- a. Pasien akan banyak mengkonsumsi makanan
- b. Pasien akan banyak mengkonsumsi minum
- c. Pasien akan lebih sering buang air kecil

Apabila gejala tersebut tidak segera ditangani maka akan timbul gejala lain seperti menurunnya nafsu makan pasien dan berat badan akan turun, mudah merasa lelah, pada keadaan tertentu pasien akan koma.

2) Gejala kronis yang muncul antara lain :

- a. Pasien biasanya akan mengeluh kesemutan
- b. Kulit pasien akan terasa panas
- c. Kulit pasien terasa tebal
- d. Mengalami kram
- e. Cepat mengantuk
- f. Pandangan pasien kabur
- g. Gigi mudah goyang dan sering lepas
- h. Pada wanita hamil kemungkinan terburuknya adalah keguguran dan prematuritas.

3) Luka diabetic

Luka diabetic atau sering biasa disebut ulkus diabetic luka yang disebabkan karena pulsasi pada bagian arteri distal. (Muhammad Aris, 2014)

Manifestasi klinis dari penyandang diabetes melitus dapat dibagi menjadi dua yaitu gejala klinis klasik dan gejala umum. Gejala klasik dari diabetes melitus adalah 4P (Polidipsia, Polifagia, Poliuria, dan Penurunan berat badan yang penyebabnya tidak dapat dijelaskan). Sedangkan gejala umum antara lain kelelahan, kegelisahan, nyeri tubuh, kesemutan, mata kabur, gatal, dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritus vulva pada wanita. (Widiasari et al., 2021)

## 7. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan Penunjang untuk DM dilakukan pemeriksaan glukosa darah sewaktu, kadar glukosa darah puasa, kemudian dilanjutkan dengan Tes Toleransi Glukosa Oral standar. Untuk kelompok resiko tinggi DM, seperti usia dewasa tua, tekanan darah tinggi, obesitas, riwayat keluarga, dan menghasilkan hasil pemeriksaan negatif, perlu pemeriksaan penyaring setiap tahun. Bagi pasien berusia tua tanpa faktor resiko pemeriksaan penyaring dapat dilakukan setiap 3 tahun (Yunita, 2015).

Hasil pemeriksaan yang tidak memenuhi kriteria normal atau DM, maka dapat digolongkan ke dalam kelompok prediabetes yang meliputi: toleransi glukosa terganggu (TGT), glukosa darah puasa terganggu (GDPT). Pertama Glukosa darah puasa terganggu (GDPT): Hasil pemeriksaan glukosa plasma puasa antara 100-125 mg/dl dan pemeriksaan TTGO glukosa plasma 2 jam <140 mg/dl. Kedua Toleransi glukosa terganggu(TGT): Hasil pemeriksaan glukosa plasma 2 jam setelah TTGO antara 140- 199 mg/dl Diagnosis prediabetes dapat juga ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan HbA1c 5,7-6,4%. (Muhammad Aris, 2014)

## 8. Therapy

Terapi farmakologis diberikan bersama dengan pengaturan makan dan latihan

jasmani (gaya hidup sehat). Terapi farmakologis terdiri dari obat oral dan bentuk suntikan.

1. Obat Antihiperqlikemia Oral
2. Berdasarkan cara kerjanya, obat anti-hiperqlikemia oral dibagi menjadi 6 golongan:
  - a. Pemacu Sekresi Insulin (Insulin Secretagogue)
    - 1.) Sulfonilurea

Obat golongan ini mempunyai efek utama meningkatkan sekresi insulin oleh sel beta pankreas. Efek samping utama adalah hipoglikemia dan peningkatan berat badan. Hati-hati menggunakan sulfonilurea pada pasien dengan risiko tinggi hipoglikemia (orang tua, gangguan fungsi hati dan ginjal). Contoh obat dalam golongan ini adalah glibenclamide, glipizide, glimepiride, gliquidone dan gliclazide.

## 2.) Glinid

Glinid merupakan obat yang cara kerjanya mirip dengan sulfonilurea, namun berbeda lokasi reseptor, dengan hasil akhir berupa penekanan pada peningkatan sekresi insulin fase pertama.

Golongan ini terdiri dari 2 macam obat yaitu Repaglinid (derivat asam benzoat) dan Nateglinid (derivat fenilalanin). Obat ini diabsorpsi dengan cepat setelah pemberian secara oral dan diekskresi secara cepat melalui hati. Obat ini dapat mengatasi hiperglikemia post prandial. Efek samping yang mungkin terjadi adalah hipoglikemia. Obat

golongan glinid sudah tidak tersedia di Indonesia.

## b. Peningkat Sensitivitas terhadap Insulin (Insulin Sensitizers)

### 1.) Metformin

Metformin mempunyai efek utama mengurangi produksi glukosa hati (glukoneogenesis), dan memperbaiki ambilan glukosa di jaringan perifer. Metformin merupakan pilihan pertama pada sebagian besar kasus DM tipe 2. Dosis metformin diturunkan pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal (LFG  $30 \text{ - } 60 \text{ ml/menit/1,73 m}^2$ ). Metformin tidak boleh diberikan pada beberapa keadaan seperti LFG  $< 30 \text{ mL/menit/1,73 m}^2$ , adanya gangguan hati berat, serta pasien-pasien dengan kecenderungan hipoksemia (misalnya penyakit serebrovaskular, sepsis, renjatan, PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronik), gagal jantung NYHA (New York Heart Association)

fungsional kelas III-IV. Efek samping yang mungkin terjadi adalah gangguan saluran pencernaan seperti dispepsia, diare, dan lain-lain.

#### 2.) Tiazolidinedion (TZD)

Tiazolidinedion merupakan agonis dari Peroxisome Proliferator Activated Receptor Gamma (PPAR-gamma), suatu reseptor inti yang terdapat antara lain di sel otot, lemak, dan hati. Golongan ini mempunyai efek menurunkan resistensi insulin dengan meningkatkan jumlah protein pengangkut glukosa, sehingga meningkatkan ambilan glukosa di jaringan perifer. Tiazolidinedion menyebabkan retensi cairan tubuh sehingga dikontraindikasikan pada pasien dengan gagal jantung (NYHA fungsional kelas III-IV) karena dapat memperberat edema/retensi cairan. Hati-hati pada gangguan faal hati, dan bila diberikan perlu pemantauan faal hati secara berkala. Obat yang masuk dalam golongan ini adalah pioglitazone.

#### c. Penghambat Alfa Glukosidase

Obat ini bekerja dengan menghambat kerja enzim alfa glukosidase di saluran pencernaan sehingga menghambat absorpsi glukosa dalam usus halus. Penghambat glukosidase alfa tidak digunakan pada keadaan  $LFG \leq 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ , gangguan faal hati yang berat, irritable bowel syndrome (IBS). Efek samping yang mungkin terjadi berupa bloating (penumpukan gas dalam usus) sehingga sering menimbulkan flatus. Guna mengurangi efek samping pada awalnya dapat diberikan dengan dosis kecil. Contoh obat golongan ini adalah acarbose.

#### d. Penghambat enzim Dipeptidil Peptidase-4

Dipeptidil peptidase-4 (DPP-4) adalah suatu serin protease, yang didistribusikan secara luas dalam tubuh. Enzim ini memecah dua asam amino dari peptida yang mengandung alanin atau prolin di posisi kedua peptida N-terminal. Enzim DPP-4 terekspresikan di berbagai organ tubuh, termasuk di usus dan membran brush border ginjal, di

hepatosit, endotelium vaskuler dari kapiler villi, dan dalam bentuk larut dalam plasma. Penghambat DPP-4 akan menghambat lokasi pengikatan pada DPP-4 sehingga akan mencegah inaktivasi dari glucagon-like peptide (GLP)-1. Proses inhibisi ini akan mempertahankan kadar GLP-1 dan glucose-dependent insulinotropic polypeptide (GIP) dalam bentuk aktif di sirkulasi darah, sehingga dapat memperbaiki toleransi glukosa, meningkatkan respons insulin, dan mengurangi sekresi glukagon. Penghambat DPP-4 merupakan agen oral, dan yang termasuk dalam golongan ini adalah vildagliptin, linagliptin, sitagliptin, saxagliptin dan alogliptin.

#### e. Penghambat enzim Sodium Glucose co-Transporter 2

Obat ini bekerja dengan cara menghambat reabsorpsi glukosa di tubulus proksimal dan meningkatkan ekskresi glukosa melalui urin. Obat golongan ini mempunyai manfaat untuk menurunkan berat badan dan tekanan darah. Efek samping yang dapat terjadi akibat pemberian obat ini adalah infeksi saluran kencing dan genital. Pada pasien DM dengan gangguan fungsi ginjal perlu dilakukan penyesuaian dosis, dan tidak diperkenankan menggunakan obat ini bila LFG kurang dari 45 ml/menit. Hati-hati karena obat ini juga dapat mencetuskan ketoasidosis

### 3. Obat Antihiperqlikemia Suntik

Termasuk anti hiperqlikemia suntik, yaitu insulin, GLP-1 RA dan kombinasi

insulin dan GLP-1 RA.

#### a. Insulin

Insulin digunakan pada keadaan :

- 1.) HbA1c saat diperiksa  $\geq 7.5\%$  dan sudah menggunakan satu atau dua obat antidiabetes
- 2.) HbA1c saat diperiksa  $> 9\%$
- 3.) Penurunan berat badan yang cepat
- 4.) Hiperqlikemia berat yang disertai ketosis



- 5.) Krisis hiperglikemia
- 6.) Gagal dengan kombinasi OHO dosis optimal
- 7.) Stres berat (infeksi sistemik, operasi besar, infark miokard akut, stroke)
- 8.) Kehamilan dengan DM/diabetes melitus gestasional yang tidak terkontrol dengan perencanaan makan
- 9.) Gangguan fungsi ginjal atau hati yang berat
- 10.) Kontraindikasi dan atau alergi terhadap OHO
- 11.) Kondisi perioperatif sesuai dengan indikasi

#### Jenis dan Lama Kerja Insulin

Berdasarkan lama kerja, insulin terbagi menjadi 6 jenis :

- 1.) Insulin kerja cepat (Rapid-acting insulin)
- 2.) Insulin kerja pendek (Short-acting insulin) *f*
- 3.) Insulin kerja menengah (Intermediate-acting insulin)
- 4.) Insulin kerja panjang (Long-acting insulin)
- 5.) Insulin kerja ultra panjang (Ultra long-acting insulin)
- 6.) Insulin campuran tetap, kerja pendek dengan menengah dan kerja cepat dengan menengah (Premixed insulin)
- 7.) Insulin campuran tetap, kerja ultra panjang dengan kerja cepat

Jenis dan lama kerja masing-masing insulin dapat dilihat pada Lampiran-2.

Efek samping terapi insulin :

- 1.) Efek samping utama terapi insulin adalah terjadinya hipoglikemia
- 2.) Penatalaksanaan hipoglikemia dapat dilihat dalam bagian komplikasi akut DM.
- 3.) Efek samping yang lain berupa reaksi alergi terhadap insulin

Dasar pemikiran terapi insulin:

- 1.) Sekresi insulin fisiologis terdiri dari sekresi basal dan sekresi prandial. Terapi insulin diupayakan mampu menyerupai pola sekresi insulin yang fisiologis.
- 2.) Defisiensi insulin mungkin berupa defisiensi insulin basal, insulin prandial atau keduanya. Defisiensi insulin basal menyebabkan timbulnya hiperglikemia pada keadaan puasa, sedangkan defisiensi insulin prandial akan menimbulkan hiperglikemia setelah makan.
- 3.) Terapi insulin untuk substitusi ditujukan untuk melakukan koreksi terhadap defisiensi yang terjadi.
- 4.) Sasaran pertama terapi hiperglikemia adalah mengendalikan glukosa darah basal (puasa/sebelum makan). Hal ini dapat dicapai dengan terapi oral maupun insulin. Insulin yang dipergunakan untuk mencapai sasaran glukosa darah basal adalah insulin basal (insulin kerja sedang, panjang atau ultrapanjang)
- 5.) Penyesuaian dosis insulin basal untuk pasien rawat jalan dapat dilakukan dengan menambah 2 - 4 unit setiap 3 - 4 hari bila sasaran terapi belum tercapai.
- 6.) Apabila sasaran glukosa darah basal (puasa) telah tercapai, sedangkan HbA1c belum mencapai target, maka dilakukan pengendalian glukosa darah prandial (meal-related). Insulin yang dipergunakan untuk mencapai sasaran glukosa darah prandial adalah insulin kerja cepat (rapid acting) yang disuntikkan 5 - 10 menit sebelum makan atau insulin kerja pendek (short acting) yang disuntikkan 30 menit sebelum makan
- 7.) Insulin basal juga dapat dikombinasikan dengan obat antihiperglikemia oral untuk menurunkan glukosa darah prandial seperti golongan obat peningkat sekresi insulin kerja pendek (golongan glinid), atau penghambat penyerapan karbohidrat dari lumen usus (acarbose), atau metformin (golongan biguanid).

8.) Terapi insulin tunggal atau kombinasi disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan respons individu, yang dinilai dari hasil pemeriksaan kadar glukosa darah harian.

### 3. Terapi Kombinasi

Pengaturan diet dan kegiatan jasmani merupakan hal yang utama dalam penatalaksanaan DM, namun bila diperlukan dapat dilakukan bersamaan dengan pemberian obat antihiperqlikemia oral tunggal atau kombinasi sejak dini. Pemberian obat antihiperqlikemia oral maupun insulin selalu dimulai dengan dosis rendah, untuk kemudian dinaikkan secara bertahap sesuai dengan respon kadar glukosa darah. Terapi kombinasi obat antihiperqlikemia oral, baik secara terpisah ataupun fixed dose combination, harus menggunakan dua macam obat dengan mekanisme kerja yang berbeda. Pada keadaan tertentu apabila sasaran kadar glukosa darah belum tercapai dengan kombinasi dua macam obat, dapat diberikan kombinasi dua obat antihiperqlikemia dengan insulin. Pada pasien yang disertai dengan alasan klinis dan insulin tidak memungkinkan untuk dipakai, maka dapat diberikan kombinasi tiga obat oral. Terapi dapat diberikan kombinasi tiga obat antihiperqlikemia oral. Kombinasi obat antihiperqlikemia oral dengan insulin dimulai dengan pemberian insulin basal (insulin kerja menengah atau insulin kerja panjang). Insulin kerja menengah harus diberikan menjelang tidur, sedangkan insulin kerja panjang dapat diberikan sejak sore sampai sebelum tidur, atau diberikan pada pagi hari sesuai dengan kenyamanan pasien. Pendekatan terapi tersebut pada umumnya dapat mencapai kendali glukosa darah yang baik dengan dosis insulin yang cukup kecil. Dosis awal insulin basal untuk kombinasi adalah 0,1 - 0,2 unit/kgbb. kemudian dilakukan evaluasi dengan mengukur kadar glukosa darah puasa keesokan harinya. Dosis insulin dinaikkan secara perlahan (pada umumnya 2 unit) apabila kadar glukosa darah puasa belum mencapai target. Pada keadaan kadar

glukosa darah sepanjang hari masih tidak terkendali meskipun sudah diberikan insulin basal, maka perlu diberikan terapi kombinasi insulin basal dan prandial, pemberian obat antihyperglykemia oral terutama golongan Sulfonilurea sebaiknya dihentikan dengan hati-hati.

#### 4. Kombinasi Insulin Basal dengan GLP-1 RA

Manfaat insulin basal terutama adalah menurunkan glukosa darah puasa, sedangkan GLP-1 RA akan menurunkan glukosa darah setelah makan, dengan target akhir adalah penurunan HbA1c. Manfaat lain dari kombinasi insulin basal dengan GLP-1 RA adalah rendahnya risiko hipoglikemia dan mengurangi potensi peningkatan berat badan. Keuntungan pemberian secara terpisah adalah pengaturan dosis yang fleksibel dan terhindar dari kemungkinan interaksi obat, namun pasien kurang nyaman karena harus menyuntikkan 2 obat sehingga dapat menurunkan tingkat kepatuhan pasien. Ko-formulasi rasio tetap insulin dan GLP-1 RA yang tersedia saat ini adalah IdegLira, ko-formulasi antara insulin degludeg dengan liraglutide dan IGlaxLixi, ko-formulasi antara insulin glargine dan lixisenitide. (Soelistijo, 2021)

### 9. Komplikasi

#### a. Hipoglikemia

Serangan hipoglikemia ditandai dengan perasaan pusing, lemas, gemetar, mata berkunang-kunang, keringat dingin, detak jantung meningkat, sampai hilang kesadaran. Hipoglikemia biasanya timbul bila kadar glukosa darah  $< 50$  mg/dl, dan ini terjadi apabila dosis obat anti diabetes atau insulin terlalu tinggi, makan terlalu sedikit, olahraga terlalu berat, minum alkohol atau depresi

#### b. Hiperglikemia

Hiperglikemia yang dimaksud disini adalah suatu keadaan dimana kadar gula darah tiba-tiba melonjak. Hal ini disebabkan antara lain oleh stress, infeksi, dan konsumsi obat-obatan tertentu. Hiperglikemia ditandai dengan poliuria, polidipsia, polifagia,

kelelahan yang parah, dan pandangan kabur. Hiperglikemia dapat memperburuk gangguan-gangguan kesehatan seperti gastroparesis, disfungsi ereksi, dan infeksi jamur pada vagina. Hiperglikemia yang berlangsung lama dapat berkembang menjadi keadaan metabolisme yang berbahaya antara lain ketoasidosis diabetik (Diabetic Ketoacidosis), yang dapat berakibat fatal dan membawa kematian. Hiperglikemia dapat dicegah dengan kontrol kadar gula darah yang ketat.

c. Komplikasi Makrovaskuler

Komplikasi makrovaskular yang umum berkembang pada penderita diabetes adalah penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah otak, dan penyakit pembuluh darah perifer. Komplikasi makrovaskular lebih sering timbul pada DM tipe 2, yang umumnya menderita hipertensi, dislipidemia dan atau kegemukan, walaupun komplikasi makrovaskular dapat juga terjadi pada DM tipe 1. Kombinasi dari penyakit- penyakit tersebut dikenal dengan sebutan Sindroma Metabolik. Penyakit jantung sangat besar risikonya pada penderita diabetes, maka pencegahan komplikasi terhadap jantung sangat penting dilakukan, termasuk pengendalian tekanan darah, kadar kolesterol dan lipid darah. Penderita diabetes sebaiknya selalu menjaga tekanan darahnya tidak lebih dari 130/80 mm Hg . Penderita harus dengan sadar mengatur gaya hidupnya, termasuk mengupayakan berat badan ideal, diet dengan gizi seimbang, berolah raga secara teratur, tidak merokok, dan mengurangi stress

4. Komplikasi Mikrovaskuler

Komplikasi ini terutama terjadi pada penderita diabetes tipe 1. Komplikasi mikrovaskuler yang timbul antara lain retinopati, nefropati, dan neuropati. Disamping karena kondisi hiperglikemia, ketiga komplikasi ini juga dipengaruhi oleh faktor genetik. Untuk berkembang kearah komplikasi mikrovaskular, tergantung lamanya

(durasi) sakit dan tingkat keparahan diabetes. Satu-satunya cara untuk mencegah atau memperlambat jalan perkembangan komplikasi mikrovaskular adalah dengan pengendalian kadar gula darah yang ketat. Pengendalian yang paling intensif ialah dengan menggunakan suntikan insulin (Widodo, 2017)

#### **10. Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul sesuai dengan kasus pasien kelolaan**

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi klien dengan diabetes mellitus dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

##### 1) Hipovolemia (SDKI: D. 0023):

Kategori: Fisiologis, Subkategori: Nutrisi dan Cairan;  
Defenisi: Penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraselular; Penyebab: kehilangan cairan aktif, kegagalan mekanisme regulasi, peningkatan, kekurangan intake cairan, Evaporasi; Gejala dan tanda mayor: Subjektif (tidak tersedia), Objektif: 1). Frekuensi nadi meningkatkan; 2). Nadi teraba lemah; 3). Tekanan nadi menyempit; 4). Turgor kulit menurun; 5). membran mukosa kering; 6). Volume urin menurun; 7). Hematokrit meningkat. Gejala dan tanda minor: subjektif: merasa lemah, mengeluh haus. Objektif: 1). pengisian vena menurun; 2). Status mental berubah; 3). Suhu tubuh meningkat; konsentrasi urin meningkat; 5). Berat badan turun tiba-tiba.

##### 2) Defisit nutrisi (SDKI: D. 0019):

Kategori: Fisiologis, Subkategori: Nutrisi dan Cairan;  
Defenisi: asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme; Penyebab: ketidakmampuan

menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, peningkatan kebutuhan metabolisme, factor ekonomi (mis. Stress, keengganan untuk makan). Gejala dan tanda mayor: subjektif:-, Objektif: berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal. Gejala dan tanda minor: subjektif: cepat kenyangsetelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun. Objektif: 1). Bising usus hiperaktif; 2). Otot pengunyah lemah; 3). Membrane mukosa pucat; 4). Sariawan; 5). Serum albumin turun; 6). Rambut rontok berlebihan; 7). Diare.

### 3) Ketidakstabilan kadar glukosa darah (SDKI: D. 0027)

Kategori: Fisiologis, Subkategori: Nutrisi dan Cairan; Defenisi: variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal; Penyebab: hiperglikemia: Disfungsi pancreas, resistensi insulin, gangguan toleransi glukosa darah, gangguan glukosa darah puasa; hipoglikemia: penggunaan insulin/obatglikemia oral, hiperinsulinemia (mis. Insulinoma), endokrinopati (mis. Kerusakan adrenal atau pituitari), disfungsi hati, disfungsi ginjal kronis, efek agen farmakologi, tindakan pembedahan neoplasma, gangguanmetabolikbawaan (mis. Gangguan penyimpanan lisosomal, galaktosemia, gangguan penyimpan glikogen). Gejala dan tanda mayor: subjektif (hipoglikemia): mengantuk, pusing. Hiperglikemia: lelah atau lesa Objektif: (hipoglikemia): gangguan koodinasi, kadar glukosa dalam/urin tinggi atau rendah. Hiperglikemia: kadar glukosa dalam darah/urin tinggi. Tanda dan gejala minor, subjektif (hipoglikemia): palpitasi, mengeluh lapar.

Hiperglikemia: mulut kering, haus meningkat Objektif (hipoglikemia) gemetar kesadaran menurun, perilaku ane, sulit bicara, berkeringat banyak. Hiperglikemia: jumlah urin meningkat.

4) Nyeri akut (SDKI: D. 0077)

Kategori: Fisiologis, Subkategori: Nyeri dan kenyamanan; Defenisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan; Penyebab: agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (abses. amputasi, trauma, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkatberat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan; Gejala dan tanda mayor. Subjektif: mengeluh nyeri, objektif: tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisa, frekuensi nadimeningkat, sulit tidur. Gejala dan tanda minor. Subjektif:-, objektif: tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri, diaphoresis.

5) Gangguan intergritas kulit (SDKI: D.0129)

Kategori: Lingkungan, Subkategori: Keamanan dan proteksi; Defenisi: kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membram mukosa, kornea, fasia otot, tendon, tulang kartilago, kapsul sendi dan atau ligament); Penyebab: perubahan sirkulasi,



perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan/ kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, bahan kimia iritatif, suhu lingkungan yang ekstrem, factor mekanis ( mis. Penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau factor listrik ( elektrotermi, energi listrik bertegangan tinggi), efek samping terapi radiasi, kelembaban, proses penuaan, neuropati perifer, perubahan pigmentasi, perubahan hormonal, kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan. Gejala dan tanda mayor. Subjektif:-; Objektif: kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit. Gejala dan tanda minor. Subjectif:-, Objectif: nyeri, pendarahan, kemerahan, hematoma.

#### 6) Risiko infeksi (D.0142)

Kategori: Lingkungan, Subkategori: Keamanan dan Proteksi; Defenisi: Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik, Faktor resiko: penyakit kronis (mis. Diabetes mellitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: (gangguan peristaltic, kerusakan integritas kulit, penurunan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah waktunya, merokok, status cairan tubuh ), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: (penurunan hemoglobin, imununosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat).

### 11. Intervensi Keperawatan

Berikut adalah uraian tujuan dan kriteria hasil untuk intervensi bagi klien dengan diabetes mellitus dengan menggunakan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran

Keperawatan Indonesia (SLKI). (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018;  
Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

1) Hipovolemia (SDKI: D. 0023).

Luaran utama: Status cairan. (SLKI: L.03028); Defenisi:  
Kondisi volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau  
intraseluler.

Ekspektasi: membaik.

Manajemen hipovolemia (SIKI: I.03116).

Observasi:

- 1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia. ( mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematocrit meningkat, haus, lemah)
- 2) Monitor intake dan outpun cairan

Terapeutik

1. Hitung kebutuhan cairan
2. Berikan posisi modified trendelenburg
3. Berikan asupan cairan oral

Edukasi

1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)
2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. Albumin, plasmanate)
4. Kolaborasi pemberian produk darah.

2. Defisit nutrisi (SDKI: D. 0019)

Luaran utama: Status nutrisi (SLKI: L. 03030)

Defenisi: Keadegkatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Ekspetasi: membaik

Manajemen nutrisi (I. 03119)

Definisi : mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang

Observasi:

- 1) Identifikasi status nutrisi
- 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- 3) Identifikasi kebutuhan kalori dan Jenis nutrient
- 4) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric
- 5) Monitoring asupan makanan
- 6) Monitoring berat badan
- 7) Monitoring hasil pemeliharaan laboratorium

Terapeutik

- 1) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- 2) Fasilitasi menentukan pedoman diet.
- 3) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- 4) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- 5) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein.
- 6) Berikan suplemen makanan, jika perlu.
- 7) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapatditoleransi.

Edukasi

- 1) Anjurkan posisi duduk, jika perlu
- 2) Ajarkan diet yang di programkan

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiametik), jika perlu
- 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
3. Ketidakstabilan kadar glukosa darah (SDKI: D. 0027)

Luara utama: Kestabilan kadar glukosa darah (SLKI: L. 03022) Definisi: kadar gula darah, berada pada rentang normal.

Ekspektasi: meningkat

Luaran utama: Manajemen Hiperglikemia (SIKI: I. 03115)

Defenisi: mengidentifikasi dan mengelola kadar glukosa darah di atas normal.

Observasi:

- 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
- 2) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kambuhan).
- 3) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu
- 4) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, kelemahan malaise, pandangan kabur, sakit kepala)
- 5) Monitor in take dan output
- 6) Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, eletrolit, tekanan darah ostostatik dan frekuensi nadi

Terapeutik:

- 1) Berikan asupan cairan
- 2) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk
- 3) Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik

Edukasi:

- 1) Anjurkan menghindari olahraga saat glukosa darah lebih dari 250 mg/dl
- 2) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri

- 3) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
- 4) Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu
- 5) Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan)

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu
- 2) Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu
- 3) Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu

#### 4 Nyeri akut (SDKI: D. 0077)

Tingkat nyeri (SLKI: L. 08066)

Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

Ekspektasi: menurun

Luaran utama: Manajemen Nyeri (SIKI: I.14518)

Defenisi: mengidentifikasi dan mengelola sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

Observasi:

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respons nyeri non verbal
- 4) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan obat analgesic Terapeutik:
- 10) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 11) Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- 12) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 13) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi:

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgesic
- 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgesic.

#### 5. Gangguan integritas kulit (SDKI: D.0129)

Luaran utama: Integritas Kulit dan jaringan (SLKI: L. 14125)

Defenisi: keluhan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan /atau ligament).

Ekspektasi: meningkat

Luaran utama: Perawatan luka (SIKI: I. 14564)

Defenisi: mengidentifikasi dan meningkatkan penyembuhan luka serta mencegah, terjadinya komplikasi luka.

Observasi:

- 1) Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, ukuran, warna, ukuran, bau).
- 2) Monitor tanda-tanda infeksi.

Terapeutik:

- 1) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- 2) Cukur rambut disekitar area luka, jika perlu
- 3) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik, sesuai kebutuhan
- 4) Bersihkan jaringan nekrotik
- 5) Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu
- 6) Pasang balutan sesuai jenis luka
- 7) pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
- 8) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat drainase
- 9) Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
- 10) Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari
- 11) Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. Vit A, vit B, vit C, zinc, asam amino). sesuai indikasi
- 12) Berikan terapi TENS (stimulus saraf transcutaneous), jika perlu

Edukasi:

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
- 2) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
- 3) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi prosedur debridement (mis. Enzimatik, biologis, mekanis, outolitik), jika perlu
- 2) Kolaborasi pemberian antibiotik

6. Resiko infeksi (SDKI: D. 0142)

Kategori: Lingkungan

Subkategori: Keamanan dan Proteksi

Defenisi: Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

Faktor resiko: penyakit kronis (mis. Diabetes mellitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: (gangguan peristaltic, kerusakan integritas kulit, penurunan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah waktunya, merokok, status cairan tubuh ), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: (penurunan hemoglobin, imununosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat).

Luaran utama: Tingkat infeksi (L.141337)

Defenisi: derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi.

Ekspektasi: Menurun

Resiko Infeksi (SDKI: D. 0142)

Luaran utama: Pencegahan Infeksi (SIKI: I.14539)

Defenisi: mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik  
Tindakan

Observasi:

- 1) Monitor dan dan gejala infeksi local dan sistemik

Terapeutik

- 1) Batasi jumlah pengunjung
- 2) Berikan perawatan kulit pada area edema
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan
- 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien resiko tinggi

Edukasi:

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi



- 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 3) Ajarkan etika batuk
- 4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

### **BAB III**

#### **LAPORAN KASUS**

##### **A. PENGKAJIAN DATA DASAR PASIEN PERTAMA**

Nama Mahasiswa : Herti Loylita  
Tempat : R. Camellia  
Tanggal Pengkajian : 12 Oktober 2022

---

##### **1. Identitas Diri Pasien Kelolaan 1**

Nama : Ny. S  
Tanggal masuk RS : 09 Oktober 2022  
Tempat / Tgl Lahir : Solo 24 April 1965  
Sumber Informasi : Anak dan Status Pasien  
Umur : 57 tahun  
Agama : Islam  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Status Perkawinan : Menikah  
Pendidikan : SMA  
Suku : Sunda  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Alamat : Graha Prima Baru, Blok M Mangun Jaya, Bekasi  
Keluarga terdekat yang dapat dihubungi (orang tua, wali, suami, istri, lain-lain)  
Nama : Ayu Diah  
Umur : 23 Tahun  
Hubungan dengan keluarga : Anak  
Alamat : Graha Prima Baru, Blok M Mangun Jaya, Bekasi

##### **2. Status Kesehatan Saat Ini**

a. Keluhan Utama

Pasien datang dengan keluhan lemas sejak 1 minggu, kepala pusing dan sering kesemutan pada bagian kaki, pandangan kabur. Kaki sering kesemutan terutama setelah duduk bersila atau jongkok dalam waktu lama. Klien juga mengaku terkadang tidak terasa sakit jika tersandung benda saat dilakukan pemeriksaan GDS didapatkan hasil GDS 285 mg/dl.

b. Faktor Pencetus

Pasien mengatakan kaki kesemutan, pasien juga mengatakan kepalanya terasa pusing dan pandangan terkadang merasa kabur.

c. Lamanya keluhan

Pasien mengatakan untuk keluhan lemas dirasakan selama 1 minggu

d. Timbulnya keluhan

Pasien mengatakan timbulnya keluhan secara mendadak

e. Upaya untuk mengatasinya

Pasien mengatakan obat yang dijual di apotik dan istirahat yang cukup

f. Diagnosa Medik

- DM Tipe II
- Anemia Gravis

**3. Riwayat Kesehatan yang lalu**

a. Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan punya riwayat kencing manis dan pernah dirawat di rumah sakit dengan penyakit Dm tipe 2 sejak 1 tahun lalu

b. Alergi

Pasien mengatakan tidak ada alergi obat maupun makanan

c. Imunisasi

Pasien mengatakan imunisasinya lengkap

d. Kebiasaan

Pasien mengatakan tidak mempunyai kebiasaan yang signifikan saat ini tetapi pada sebelum sakit pasien mengatakan punya kebiasaan mendaki gunung/hiking.

e. Obat-obatan

Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi obat paracetamol

f. Pola nutrisi

Frekuensi makanan : pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3 x sehari 1 porsi (nasi dan lauk), setelah sakit pasien dianjurkan untuk berdiet

g. Pola eliminasi

1) Buang air besar

Pasien mengatakan BAB 1x/hari dengan warna kekuningan konsistensi lunak

2) Buang air kecil

Keadaan genital bersih, dan terpasang selang DC. Saat sakit pasien buang air kecil melalui selang DC sebanyak 800cc/hari, warna kecoklatan

h. Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit, pasien mengatakan memiliki waktu tidur normal 7-8 jam/hari.

Setelah sakit pasien mengatakan tidur siang 2 jam, dan untuk tidur malam hari pasien tidur 5 jam dan sering terbangun karena sakit kepala tiba-tiba kemudian tidur lagi setelah sakitnya reda

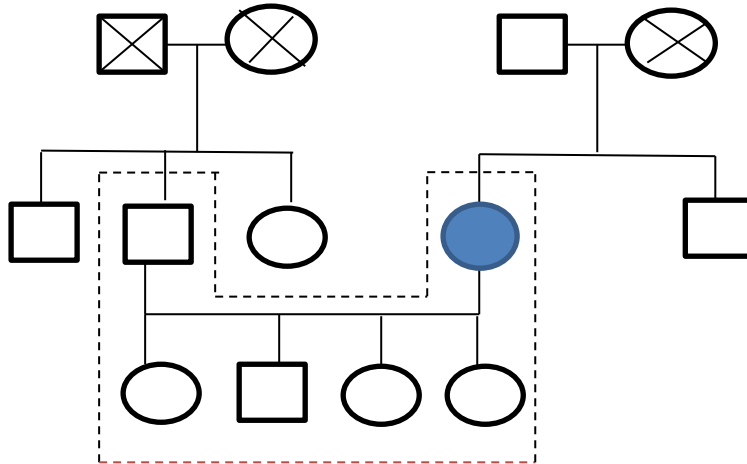
i. Pola aktivitas dan latihan

Saat sehat pasien mengatakan lebih sering beraktivitas dirumah karena merupakan seorang ibu rumah tangga

j. Pola kerja

Pasien mengatakan tidak bekerja dan menjadi ibu rumah tangga

#### 4. Riwayat Keluarga



#### Keterangan :

- : Laki-Laki  
 : Perempuan  
× : Meninggal  
 : Pasien  
 : Serumah

#### 5. Riwayat Lingkungan

Pasien mengatakan tinggal dilingkungan yang sangat padat penduduk. Tidak terdapat area yang membahayakan pencahayaan dan sirkulasi udara dirumah pun baik.

##### 1. Aspek Psikososial

- a. Pola pikir dan persepsi
- 1) Alat bantu yang digunakan :
    - kaca mata
    - alat bantu pendengaran

## 2) Kesulitan yang dialami :

 sering pusing menurunnya sensitifitas terhadap sakit menurunnya sensitifitas terhadap panas/dingin membaca/menulis

## b. Persepsi diri

hal yang dipikir saat ini : pasien mengatakan ingin pulang dan melakukan aktivitas seperti biasanya

harapan setelah menjalani perawatan : pasien mengatakan ingin sakitnya segera teratasi

perubahan yang dirasa setelah sakit : pasien mengatakan lenih mengurangi aktivitas seperti biasanya

## c. Suasana hati

Pasien tetap tegar dan semangat untuk menjalani perawatan di rumah sakit

## d. Hubungan / komunikasi

1) Bahasa utama : bahasa Indonesia

2) Bahasa daerah : Sunda

3) Bicara

 jelas relevan mampu mengeskpresikan mampu mengerti orang lain

4) Tempat tinggal

 sendiri bersama orang lain yaitu : suami dan anak-anaknya

5) Kehidupan keluarga

a. Adat istiadat yang dianut : Sunda dan Jawa

b. Pembuat keputusan dalam keluarga : Kepala Keluarga

c. Pola komunikasi : Baik

- 6) Kesulitan dalam keluarga : pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam permasalahan keluarga
- hubungan orang tua
  - hubungan orang keluarga
  - hubungan perkawinan
- e. Kebiasaan seksual
- Klien menolak untuk dikaji
- f. Pertahanan koping
- 1) Pengambil keputusan
    - sendiri
    - dibantu orang lain
  - 2) Yang disukai tentang diri sendiri : pasien mengatakan rajin dan baik dalam mengurus segala pekerjaan di dalam rumah tangga nya
  - 3) Yang ingin diubah dari kehidupan : pasien mengatakan ingin menjalani pola hidup yang lebih sehat dari sebelumnya
  - 4) Yang dilakukan jika stress :
 

<input checked="" type="checkbox"/> pemecahan masalah	<input checked="" type="checkbox"/> cari pertolongan
<input type="checkbox"/> makan	<input type="checkbox"/> lain lain ( missal, marah)
<input type="checkbox"/> tidur	
  - 5) Apakah yang dilakukan perawat agar anda nyaman dan aman :  
Pasien mengatakan mendengarkan keluhan dan obat yang bagus supaya cepat sembuh
- g. Sistem nilai-kepercayaan
- 1) siapa atau apa sumber kekuatan : Keluarga
  - 2) apakah Tuhan, Agama, Kepercayaan : Islam
    - Ya
    - Tidak
  - 3) kegiatan agama atau kepercayaan yang dilakukan (macam dan frekuensi) : sholat dan berdoa
  - 4) kegiatan agama atau kepercayaan yang ingin dilakukan selama di rumah sakit : sholat 5 waktu dan berdoa setelah sholat

## 1. Pengkajian Fisik

## a. kepala :

Bentuk kepala normal mezosopal, pusing/sakit kepala pasien setiap abis melakukan aktivitas yang berat selalu pusing

## b. mata :

Simetris (+/+), ukuran pupil 2/2 isokor, bentuk bulat normal, reflek cahaya (+/+), konjungtiva anemis, fundus okular baik, tidak terdapat tanpa-tanpa peradangan, tidak pernah menjalani operasi mata, tidak menggunakan lensa kontak, dan menggunakan alat bantuacamata.

## c. hidung :

Simetris (+/+), tidak ada tanda-tanda alergi, nafas cupping hidung (-), tidak ada tanda-tanda peradangan.

## d. mulut :

Mukosa mulut lembab, keadaan mulut bersih, kesulitan atau gangguan bicara (-), kesulitan menelan (-)

## e. pernafasan :

Suara paru bronkovesikoluler, terdengar suara redup diparu kiri, pola napas 20 x/menit, batuk (-), sputum (-), kemampuan melakukan aktivitas terbatah-batah, batuk darah (-).

## f. sirkulasi :

Tekanan Darah : 90/60 mmHg, Nadi : 128 x/menit, S 36,4<sup>0</sup>C, Spo2 : 98 % capillary refiling >3 detik, bunyi jantung I bunyi tunggal, irama regular, terdengar keras (lub) dan bunyi jantung II: saat didengar/ auskultasi terdengar bunyi tunggal, irama regular, terdengar keras (dub), tidak ada bunyi jantung tambahan.

## g. nutrisi :



Sebelum masuk rumah sakit frekuensi makan pasien  $\pm 4$  x/hari, nafsu makan baik, porsi makan selalu dihabiskan. Jenis makan beragam seperti nasi, sayur, lauk-paik dan terkadang buah-buahan. Setelah sakit pasien mengatakan hanya makan dari rumah sakit hanya menghabiskan  $\frac{1}{2}$  porsi makanan yang disajikan. Pasien mengatakan makan dibatasi. Pasien minum  $\pm 5$  gelas perhari hari atau setara dengan 800 cc. TB : 156 cm, BB 78 Kg, hasil IMT : 23 (Normal).

h. sistem eliminasi :

BAB : pasien mengatakan BAB 1-2x/hari dengan warna kekuningan konsistensi lunak.

BAK : keadaan genital bersih, terpasang kateter. Saat sakit pasien buang air kecil menulau selang DC sebanyak 800 cc/hari, warna kecoklatan.

i. sistem reproduksi

pasien menolak untuk dikaji

j. neurologi :

Tingkat kesadaran : Composmentis ( E4,V5,M6), riwayat epilepsy tidak ada, reflek baik, kekuatan mengenggam baik.

k. sistem musculoskeletal dan integument :

Atas : terpasang IVFD pada ekstermitas kanan Nacl 12 jam, akral dingin, kemerahan pada telapak tangan, CRT <3 detik, warna kulit pucat.

Bawah : terdapat luka pada ekstremitas bawah bagian kiri

## 2. Data Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
Hematologi		
Leukosit	25.9 ribu/uL	5-10

Hemoglobin	<b>7.0 g/dL</b>	12-14
Hematokrit	<b>21.4 %</b>	37-47
Trombosit	400 ribu/uL	150-400
Ureum	<b>84 mg/dL</b>	20-40
Kreatinin	<b>2.46 mg/dL</b>	0.5-1.5
eGFR	<b>21 MI/MNT/1.73</b>	90-120
Glukosa Darah Sewaktu	<b>285 mg/dL</b>	60-110
Natrium	122 mmol/L	135-145
Kalium	4.1 mmol/L	3.5-5.0
Clorida	<b>83 mmol/L</b>	94-111
PT	15.4	11.5-15.5
PT Control	14.8	12-16.5
APTT	22.1	20-40
PTT Control	33.1	27.1- 40.6
HBsAg	Non reaktif	Non reaktif
Anti HCV	Non reaktif	Non reaktif
Albumin	<b>1.80</b>	3.5-4.5

### 3. Terapi obat-obatan

Nama obat	Dosis	Rute
Ceftriaxone	3x1 gr	IV
Novorapid	3x8 unit	SC
Metronidazol 500mg	2x100ml	IV
Bicnat	3x500mg	PO

## B. ANALISA DATA

Nama pasien : Ny. S

tanggal pengkajian: 12 oktober 2022

Ruangan : R. Camellia

Dx medis : DM tipe 2 disertai anemia gravis

Data Subjektif	Data Objektif	Masalah Keperawatan	Etiologi
1. pasien mengatakan lemas sejak 1 minggu 2. pasien mengatakan memiliki riwayat DM sejak 1 tahun yang lalu	1. klien tampak lemah 2. klien tampak sering minum 3. GDP : 193 mg/Dl 4. Natrium : 122 mmol/L 5. Kalium : 4.1 mmol/L 6. Clorida : 83 mmol/L	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	Resistensi Insulin
1. klien mengatakan merasa kesemutan pada kaki yang disebabkan oleh hal-hal yang diluar penyakit 2. klien mengatakan nyeri ekstremitas bagian kaki kiri	1. pengisian kapiler >3 detik 2. nadi perifer menurun Akral teraba pucat 3. warna kulit pucat 4. hasil laboratorium Leukosit 25.9 ribu/uL Hemoglobin 7.0 g.dL Hematokrit 21.4% Trombosit 400ribu/UI Ureum 84 mg/Dl Keratinin 2.46 mg/Dl	Perfusi Perifer Tidak Efektif	Penurunan konsentrasi hemoglobin
1. pasien mengatakan merasa lemah 2. pasien mengatakan tidak nyaman saat beraktifitas	1 pasien tampak pucat. 2. pasien tampak beraktivitas dibantu keluarga dan perawat 3. frekuensi jantung mencapai 128x/menit	Intoleransi aktivitas	Kelemahan

### C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Resistensi Insulin (D.0027)
2.	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin. (D.0009)
3.	Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)

### D. RENCANA KEPERAWATAN / INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama pasien : Ny. S

tanggal pengkajian: 12 oktober 2022

Ruangan : R. Camellia

Dx medis : DM tipe 2 disertai anemia gravis

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Resistensi Insulin (D.0027)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kestabilan gula darah membaik dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kestabilan gula darah membaik</li> <li>• Status nutrisi membaik</li> </ul>	<p>Manajemen Hiperglikemia</p> <p>O :</p> <p>1.1 identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</p> <p>1.2 identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat</p> <p>1.3 monitor kadar glukosa darah</p> <p>1.4 monitor tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p>E :</p> <p>1.5 Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan)</p> <p>K:</p> <p>1.1 Kolaborasi pemberian Insulin, jika perlu</p>
Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin. (D.0009)	setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan keadekuatan aliran darah pembuluh darah	<p><b>Perawatan Sirkulasi</b></p> <p>O :</p> <p>2.1 identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi mis.</p>


	<p>distal untuk menunjang fungsi jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. denyut nadi perifer dalam batas normal</li> <li>2. edema perifer menurun</li> <li>3. nyeri ekstremitas menurun</li> </ol>	<p>Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.2 monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</li> </ol> <p>T:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.3 Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</li> <li>2.4 lakukan pencegahan infeksi</li> </ol> <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.5 Anjurkan perawatan kulit yang tepat mis. Melembabkan kulit kering pada kaki</li> <li>2.6 anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3</li> <li>2.7 informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa</li> </ol>
<p>Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)</p>	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan respon fisiologis terhadap aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. frekuensi nadi dalam batas normal</li> <li>2. keluhan lelah berkurang</li> <li>3. perasaan lemah berkurang</li> </ol>	<p>Manajemen Energi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3.2 Monitor pola dan jam tidur</li> <li>3.3 Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>3.4 Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan</li> <li>3.5 Anjurkan tirah baring</li> <li>3.6 Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap</li> <li>3.7 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ol>


### E. CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI I


Nama pasien : Ny. S                      tanggal pengkajian: 12 oktober 2022

Ruangan : R. Camellia

Dx medis : DM tipe 2 disertai anemia gravis

Diagnosa Keperawatan	Hari	Tindakan	Evaluasi	Paraf
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Resistensi Insulin (D.0027)	Rabu, 12 Oktober 2022	<p>1.1 Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Natrium : 122 mmol/L</li> <li>2. Kalium : 4.1 mmol/L</li> <li>3. Clorida : 83 mmol/L</li> </ol> <p>1.2 mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat.</p> <p style="padding-left: 40px;">-Pemberian Insulin 8 unit 3 x sehari</p> <p>1.3 memonitor kadar glukosa darah.</p> <p style="padding-left: 40px;">-GDP : 193 mg/dL</p> <p>1.4 memonitor tanda dan gejala hiperglikemia.</p> <p style="padding-left: 40px;">R/P</p> <p style="padding-left: 40px;">-Ku: Lemah</p> <p style="padding-left: 40px;">-pasien tampak mual</p> <p style="padding-left: 40px;">-pasien mengatakan kakinya kesemutan dan mati rasa</p> <p>1.5 mengajarkan pengelolaan diabetes mis. Penggunaan insulin, obat oral monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Pasien mengatakan masih terasa lelah dan lemas</li> <li>2. Pasien mengatakan masih mual</li> <li>3. Pasien mengatakan kakinya masih terasa kesemutan dan mati rasa</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Pasien tampak lelah dan lemah</li> <li>2. pasien tampak mual</li> <li>3. Natrium : 122 mmol/L</li> <li>4. Kalium : 4.1 mmol/L</li> <li>5. Clorida : 83 mmol/L</li> <li>6. meropenem 2 x 1g</li> <li>Metronidazole 3 x 5w</li> <li>Oral : Bicnat 3 x 1</li> <li>7.Insulin Novorapid 8 unit 3 x 1</li> </ol> <p>A :</p> <p>Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P:</p>	

		<p>R/P</p> <p>-Pemberian insulin novorapid 8 unit 3 x 1 hari</p> <p>-pasien sudah minum air putih 5 gelas</p> <p>±1.100 ml</p> <p>1.6 kolaborasi pemberian insulin</p> <p>R/P</p> <p>-Pemberian insulin novorapid 8 unit 3 x 1 hari</p>	Lanjutkan Intervensi	
Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin. (D.0009)	Rabu 12 oktober 2022	<p>2.1 Mengidentifikasi faktor gangguan sirkulasi mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi</p> <p>R/P</p> <p>GDP : 193 mg/dL</p> <p>Leukosit 25.9 ribu/uL</p> <p>Hemoglobin 7.0 g.dL</p> <p>Hematokrit 21.4%</p> <p>Trombosit 400ribu/Ul</p> <p>Ureum 84 mg/dL</p> <p>Keratinin 2.46 mg/dL</p> <p>2.2 Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada area yang cedera</p> <p>R/P</p> <p>Pasien mengatakan nyeri dengan skala nyeri 6</p> <p>2.3 Melakukan Pencegahan infeksi</p> <p>R/P</p> <p>-Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>-mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p>	<p>S :</p> <p>-Pasien mengatakan nyeri dan bengkak pada tumit sebelah kiri dengan skala nyeri 6</p> <p>-Pasien mengatakan rasa sakit di malam hari sangat terasa</p> <p>O:</p> <p>GDP : 193 mg/dL</p> <p>Leukosit 25.9 ribu/uL</p> <p>Hemoglobin 7.0 g.dL</p> <p>Hematokrit 21.4%</p> <p>Trombosit 400ribu/Ul</p> <p>Ureum 84 mg/dL</p> <p>Keratinin 2.46 mg/dL</p> <p>-memberikan obat ketorolac untuk meredakan nyeri melalui cairan infus</p> <p>A:</p> <p>Masalah perfusi jaringan</p>	

		<p>melakukan ganti balutan setiap hari pada kaki yang terluka</p> <p>2.4 menganjurkan perawatan kulit yang tepat mis. Melembabkan kulit kering pada kaki</p> <p>2.5 menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3</p> <p>2.6 menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa</p> <p>R/P</p> <p>-Pasien mengatakan rasa sakit di malam hari sangat terasa</p> <p>-memberikan obat ketorolac untuk meredakan nyeri melalui cairan infus</p>	<p>tidak efektif belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	
Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)	Rabu, 12 Oktober 2022	<p>3.1 memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>R/P</p> <p>-pasien mengatakan badan masih terasa lemah, pasien tampak beraktivitas dibantu keluarga dan perawat</p> <p>-pasien terpasang kateter urine</p> <p>3.2 memonitor pola jam tidur</p> <p>R/P</p> <p>Pasien mengatakan tidur siang 1-2 jam, dan untuk malam hari klien tidur 4-5 jam dan sering terbangun.</p> <p>3.3 menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus</p>	<p>S :</p> <p>-pasien mengatakan badan masih terasa lemah, pasien tampak beraktivitas dibantu keluarga dan perawat</p> <p>-Pasien mengatakan tidur siang 1-2 jam, dan untuk malam hari klien tidur 4-5 jam dan sering terbangun.</p> <p>-Pasien megatakan nyaman dengan tempat yang disediakan</p> <p>O:</p>	




	<p>R/P Pasien mengatakan nyaman dengan tempat yang disediakan</p> <p>3.4 memberikan aktifitas distraksi yang menenangkan</p> <p>R/P Pasien diberikan penjelasan tentang terapi distraksi oleh perawat.</p> <p>3.5 menganjurkan tirah baring</p> <p>R/P Pasien tampak tidur dalam posisi semi fowler</p> <p>3.6 menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>R/P Pasien tampak melakukan aktivitas di tempat tidur saat ingin BAB dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>3.7 melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p>R/P Klien diberikan diet 3j</p>	<p>-pasien terpasang kateter urine</p> <p>- Pasien diberikan penjelasan tentang terapi distraksi oleh perawat.</p> <p>- Pasien tampak tidur dalam posisi semi fowler</p> <p>- Pasien tampak melakukan aktivitas di tempat tidur saat ingin BAB dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>-Klien diberikan diet (DJ II 1800kkal M1)</p> <p>A: Masalah Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	
--	--	---	--


## CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI II


Nama pasien : Ny. S                      tanggal pengkajian: 12 oktober 2022

Ruangan : R. Camellia

Dx medis : DM tipe 2 disertai anemia gravis

Diagnosa Keperawatan	Hari	Tindakan	Evaluasi	Paraf
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Resistensi Insulin (D.0027)	Kamis, 13 Oktober 2022	<p>1.7 Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia.</p> <p>R/P</p> <p>Natrium : 122 mmol/L</p> <p>Kalium : 4.1 mmol/L</p> <p>Clorida : 83 mmol/L</p> <p>1.8 mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat.</p> <p>R/P</p> <p>Pemberian Insulin 8 unit 3 x sehari</p> <p>1.9 memonitor kadar glukosa darah.</p> <p style="text-align: center;">-GDS: 203 mg/dL</p> <p>1.10 memonitor tanda dan gejala hiperglikemia.</p> <p>R/P</p> <p>-Ku: Lemah</p> <p>-pasien tampak mual</p> <p>-pasien mengatakan kakinya kesemutan dan mati rasa</p> <p>1.11 mengajarkan pengelolaan diabetes mis. Penggunaan insulin, obat oral monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan</p>	<p>S :</p> <p>1.Pasien mengatakan masih terasa lelah dan lemas</p> <p>2. Pasien mengatakan masih mual</p> <p>3. Pasien mengatakan kakinya masih terasa kesemutan dan mati rasa</p> <p>O :</p> <p>1.Pasien tampak lelah dan lemah</p> <p>2. pasien tampak mual</p> <p>3. Natrium : 122 mmol/L</p> <p>4. Kalium : 4.1 mmol/L</p> <p>5. Clorida : 83 mmol/L</p> <p>6. meropenem 2 x 1g</p> <p>Metronidazole 3 x 5w</p> <p>Ondanstron 3 x 4</p> <p>Lansoprazole 2 x 1</p> <p>Oral : Bicnat 3 x 1</p> <p>7.Insulin Novorapid 8 unit 3 x 1</p> <p>A :</p> <p>Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p>	

		<p>R/P</p> <p>-Pemberian insulin novorapid 8 unit 3 x 1 hari</p> <p>-pasien sudah minum air putih 5 gelas ±1.100 ml</p> <p>1.12kolaborasi pemberian insulin</p> <p>R/P</p> <p>-Pemberian insulin novorapid 8 unit 3 x 1 hari</p>	<p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	
<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin. (D.0009)</p>	<p>Kamis, 13 oktober 2022</p>	<p>2.1 Mengidentifikasi faktor gangguan sirkulasi mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi</p> <p>R/P</p> <p>GDS : 203 mg/dL</p> <p>Leukosit 7.0 ribu/uL</p> <p>Hemoglobin 9.4 g/dL</p> <p>Hematokrit 28.1%</p> <p>Trombosit 217 ribu/UI</p> <p>Ureum 84 mg/dL</p> <p>Keratinin 2.46 mg/dL</p> <p>2.2 Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada area yang cedera</p> <p>R/P</p> <p>Pasien mengatakan nyeri dan bengkak pada tumit sebelah kiri dengan skala nyeri 5</p> <p>2.3 Menghindari Pemasangan Turniquet pada area yang cedera</p> <p>2.4 Melakukan Pencegahan infeksi</p> <p>R/P</p> <p>-Membatasi jumlah pengunjung</p>	<p>S :</p> <p>-Pasien mengatakan nyeri dan bengkak pada tumit sebelah kiri dengan skala nyeri 5</p> <p>-Pasien mengatakan rasa sakit di malam hari sangat terasa</p> <p>O:</p> <p>GDS : 203 mg/dL</p> <p>Leukosit 18.4 ribu/uL</p> <p>Hemoglobin 7.0 g/dL</p> <p>Hematokrit 28.1%</p> <p>Trombosit 217 ribu/UI</p> <p>Ureum 84 mg/dL</p> <p>Keratinin 2.46 mg/dL</p> <p>-memberikan obat ketorolac untuk meredakan nyeri melalui cairan infus</p> <p>A:</p> <p>Masalah perfusi jaringan tidak efektif belum teratasi</p>	

		<p>-mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien melakukan ganti balutan setiap hari pada kaki yang terluka</p> <p>2.5 menganjurkan perawatan kulit yang tepat mis. Melembabkan kulit kering pada kaki</p> <p>2.6 menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3</p> <p>2.7 menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa</p> <p>R/P</p> <p>-Pasien mengatakan rasa sakit di malam hari sangat terasa</p> <p>-memberikan obat ketorolac untuk meredakan nyeri melalui cairan infus</p>	<p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	
<p>Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)</p>	<p>Kamis, 13 Oktober 2022</p>	<p>3.1 memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>R/P</p> <p>-pasien mengatakan badan masih terasa lemah, pasien tampak beraktivitas dibantu keluarga dan perawat</p> <p>-pasien terpasang kateter urine</p> <p>3.2 memonitor pola jam tidur</p> <p>R/P</p> <p>Pasien mengatakan tidur siang 1-2 jam, dan untuk malam hari klien tidur 4-5 jam dan sering terbangun.</p>	<p>S :</p> <p>-pasien mengatakan badan masih terasa lemah, pasien tampak beraktivitas dibantu keluarga dan perawat</p> <p>-Pasien mengatakan tidur siang 1-2 jam, dan untuk malam hari klien tidur 4-5 jam dan sering terbangun.</p> <p>-Pasien megatakan nyaman dengan tempat yang disediakan</p>	

		<p>3.3 menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus</p> <p>R/P</p> <p>Pasien megatakan nyaman dengan tempat yang disediakan</p> <p>3.4 memberikan aktifitas distraksi yang menenangkan</p> <p>R/P</p> <p>Pasien diberikan penjelasan tentang terapi distraksi oleh perawat.</p> <p>3.5 menganjurkan tirah baring</p> <p>R/P</p> <p>Pasien tampak tidur dalam posisi semi fowler</p> <p>3.6 menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>R/P</p> <p>Pasien tampak melakukan aktivitas di tempat tidur saat ingin BAB dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>3.8 melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p>R/P</p> <p>Klien diberikan diet 3j</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pasien terpasang kateter urine</li> <li>- Pasien diberikan penjelasan tentang terapi distraksi oleh perawat.</li> <li>- Pasien tampak tidur dalam posisi semi fowler</li> <li>- Pasien tampak melakukan aktivitas di tempat tidur saat ingin BAB dibantu oleh keluarga dan perawat</li> <li>-Klien diberikan diet (DJ II 1800kkal M1)</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	
--	--	--	--	--


### CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI III


Nama pasien : Ny. S tanggal pengkajian: 12 oktober 2022

Ruangan : R. Camellia

Dx medis : DM tipe 2 dan anemia gravis

Diagnosa Keperawatan	Hari	Tindakan	Evaluasi	Paraf
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Resistensi Insulin (D.0027)	Jumat, 14 Oktober 2022	<p>1.1 Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia.</p> <p>R/P</p> <p>Natrium : 122 mmol/L</p> <p>Kalium : 4.1 mmol/L</p> <p>Clorida : 83 mmol/L</p> <p>1.2 mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat.</p> <p>-Pemberian Insulin 4 unit 3 x sehari</p> <p>1.3 memonitor kadar glukosa darah.</p> <p>-GDS : 245 mg/dL</p> <p>1.4 memonitor tanda dan gejala hiperglikemia.</p> <p>R/P</p> <p>-Ku: Lemah</p> <p>-pasien tampak mual</p> <p>-pasien mengatakan kakinya kesemutan dan mati rasa</p> <p>1.5 mengajarkan pengelolaan diabetes mis. Penggunaan insulin, obat oral monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan</p> <p>R/P</p>	<p>S :</p> <p>1.Pasien mengatakan masih terasa lelah dan lemas</p> <p>2. Pasien mengatakan masih mual</p> <p>3. Pasien mengatakan kakinya masih terasa kesemutan dan mati rasa</p> <p>O :</p> <p>1.Pasien tampak lelah dan lemah</p> <p>2. pasien tampak mual</p> <p>3. Natrium : 122 mmol/L</p> <p>4. Kalium : 4.1 mmol/L</p> <p>5. Clorida : 83 mmol/L</p> <p>6. meropenem 2 x 1g</p> <p>Metronidazole 3 x 5w</p> <p>Ondanstron 3 x 4</p> <p>Lansoprazole 2 x1</p> <p>Oral : Bicnat 3 x 1</p> <p>7.Insulin Novorapid 4 unit 3 x 1</p> <p>A :</p> <p>Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p>	

		<p>-Pemberian insulin novorapid 4 unit 3 x 1 hari</p> <p>-pasien sudah minum air putih 5 gelas ±1.100 ml</p> <p>1.6 kolaborasi pemberian insulin</p> <p>R/P</p> <p>-Pemberian insulin novorapid 4 unit 3 x 1 hari</p>	<p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	
<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin. (D.0009)</p>	<p>Jumat, 14 oktober 2022</p>	<p>2.1 Mengidentifikasi faktor gangguan sirkulasi mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi</p> <p>R/P</p> <p>GDP : 126 mg/dL</p> <p>Leukosit 17.4 ribu/uL</p> <p>Hemoglobin 7.0 g.dL</p> <p>Hematokrit 35.2%</p> <p>Trombosit 181 ribu/UI</p> <p>Ureum 84 mg/dL</p> <p>Keratinin 2.46 mg/dL</p> <p>2.2 Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada area yang cedera</p> <p>R/P</p> <p>Pasien mengatakan nyeri dan bengkak pada tumit sebelah kiri dengan skala nyeri 3</p> <p>2.3 Menghindari Pemasangan Turniquet pada area yang cedera</p> <p>2.4 Melakukan Pencegahan infeksi</p> <p>R/P</p> <p>-Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>-mencuci tangan sebelum dan</p>	<p>S :</p> <p>-Pasien mengatakan nyeri dan bengkak pada tumit sebelah kiri dengan skala nyeri 3</p> <p>-Pasien mengatakan rasa sakit di malam hari sangat terasa</p> <p>O:</p> <p>GDP : 193 mg/dL</p> <p>Leukosit 25.9 ribu/uL</p> <p>Hemoglobin 7.0 g.dL</p> <p>Hematokrit 21.4%</p> <p>Trombosit 400ribu/UI</p> <p>Ureum 84 mg/dL</p> <p>Keratinin 2.46 mg/dL</p> <p>-memberikan obat ketorolac untuk meredakan nyeri melalui cairan infus</p> <p>A:</p> <p>Masalah perfusi jaringan tidak efektif belum teratasi</p>	

		<p>sesudah kontak dengan pasien melakukan ganti balutan setiap hari pada kaki yang terluka</p> <p>2.5 menganjurkan perawatan kulit yang tepat mis. Melembabkan kulit kering pada kaki</p> <p>2.6 menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3</p> <p>2.7 menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa</p> <p>R/P</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasien mengatakan rasa sakit di malam hari sangat terasa</li> <li>-memberikan obat ketorolac untuk meredakan nyeri melalui cairan infus</li> </ul>	<p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	
Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)	Jumat, 14 Oktober 2022	<p>3.1 memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>R/P</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pasien mengatakan badan masih terasa lemah, pasien tampak beraktivitas dibantu keluarga dan perawat</li> <li>-pasien terpasang kateter urine</li> </ul> <p>3.2 memonitor pola jam tidur</p> <p>R/P</p> <p>Pasien mengatakan tidur siang 1-2 jam, dan untuk malam hari klien tidur 7-8 jam.</p> <p>3.3 menyediakan lingkungan yang</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pasien mengatakan badan masih terasa lemah, pasien tampak beraktivitas dibantu keluarga dan perawat</li> <li>-Pasien mengatakan tidur siang 1-2 jam, dan untuk malam hari klien tidur 7-8 jam</li> <li>-Pasien megatakan nyaman dengan tempat yang disediakan</li> </ul> <p>O:</p>	



		<p>nyaman dan rendah stimulus</p> <p>R/P</p> <p>Pasien megatakan nyaman dengan tempat yang disediakan</p> <p>3.4 memberikan aktifitas distraksi yang menenangkan</p> <p>R/P</p> <p>Pasien diberikan penjelasan tentang terapi distraksi oleh perawat.</p> <p>3.5menganjurkan tirah baring</p> <p>R/P</p> <p>Pasien tampak tidur dalam posisi semi fowler</p> <p>3.6menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>R/P</p> <p>Pasien tampak melakukan aktivitas di tempat tidur saat ingin BAB dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>1.7 melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p>R/P</p> <p>Klien diberikan diet 3j</p>	<p>-pasien terpasang kateter urine</p> <p>- Pasien diberikan penjelasan tentang terapi distraksi oleh perawat.</p> <p>- Pasien tampak tidur dalam posisi semi fowler</p> <p>- Pasien tampak melakukan aktivitas di tempat tidur saat ingin BAB dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>-Klien diberikan diet (DJ II 1800kkal M1)</p> <p>A:</p> <p>Masalah Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	
--	--	--	---	--

## A. PENGKAJIAN DATA DASAR PASIEN KEDUA

Nama Mahasiswa : Herti Loylita  
 Tempat : R. Bougenvile  
 Tanggal Pengkajian : 22 Oktober 2022

---

### 1. Identitas Diri Pasien Kelolaan 2

Nama : Ny. M  
 Tanggal masuk RS : 20 Oktober 2022  
 Tempat / Tgl Lahir : Bekasi 15 Juni 1963  
 Sumber Informasi : Anak dan Status Pasien  
 Umur : 59 tahun  
 Agama : Islam  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Status Perkawinan : Menikah  
 Pendidikan : SMA  
 Suku : Sunda  
 Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
 Alamat : Kranggan Wetan RT002/013 Jatirangga,  
 Jatisempurna

Keluarga terdekat yang dapat dihubungi (orang tua, wali, suami, istri, lain-lain)

Nama : Zaenudin  
 Umur : 32 Tahun  
 Hubungan dengan keluarga : Anak  
 Alamat : Kranggan Wetan RT002/013 Jatirangga,  
 Jatisempurna

### 2. Status Kesehatan Saat Ini

#### a. Keluhan Utama

Pasien datang dengan keluhan nyeri pada ulu hati. Pada tanggal 19 oktober 2022 Klien masuk di IGD RSUD CAM dengan keluhan ulu

hati sakit dan bagian kaki kiri luka sejak 1 minggu yang lalu, di IGD klien terpasang Ringer Laktat 20 tpm dan dilakukan pengecekan glukosa darah sewaktu : 459 mg/dl. Pada saat tanggal 22 oktober saat dikaji klien mengeluh nyeri seperti tertusuk-tusuk di ulu hati dengan skala 5

b. Faktor Pencetus

Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk di ulu hati

c. Lamanya keluhan

Pasien mengatakan keluhan ulu hati sakit dan bagian kaki kiri bagian jempol luka sejak 1 minggu yang lalu kakinya patah dan belum ditindak

d. Timbulnya keluhan

Pasien mengatakan timbulnya keluhan secara bertahap

e. Faktor yang memberatkan

Pasien mengatakan keluhan semakin terasa hari demi

f. Upaya untuk mengatasinya

Pasien mengatakan obat yang dijual di apotik dan istirahat yang cukup

g. Diagnosa Medik

- DM Tipe II
- Ulkus Pedis

**3. Riwayat Kesehatan yang lalu**

a. Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan pernah dirawat saat 5 bulan lalu dengan diagnosa diabetes mellitus tipe 2 dan memiliki riwayat diabetes mellitus tipe 2 sejak 5 tahun yang lalu

b. Alergi

Pasien mengatakan tidak ada alergi obat maupun makanan

c. Imunisasi

Pasien mengatakan imunisasinya lengkap

d. Kebiasaan

Pasien mengatakan tidak mempunyai kebiasaan yang signifikan

e. Obat-obatan

Pasien mengatakan rutin mengkonsumsi obat metformin

f. Pola nutrisi

Frekuensi makanan : pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3 x sehari 1 porsi (nasi dan lauk), setelah sakit pasien makan hanya 3 x sehari porsi makan tidak habis

g. Pola eliminasi

3) Buang air besar

Pasien mengatakan BAB 1x/hari dengan warna kekuningan konsistensi lunak

4) Buang air kecil

Keadaan genital bersih, dan terpasang selang DC. Saat sakit pasien buang air kecil melalui selang DC sebanyak 800cc/hari, warna kecoklatan

h. Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit, pasien mengatakan memiliki waktu tidur normal 7-8 jam/hari.

Setelah sakit pasien mengatakan tidur lebih sering karna pengaruh obat yang diberikan

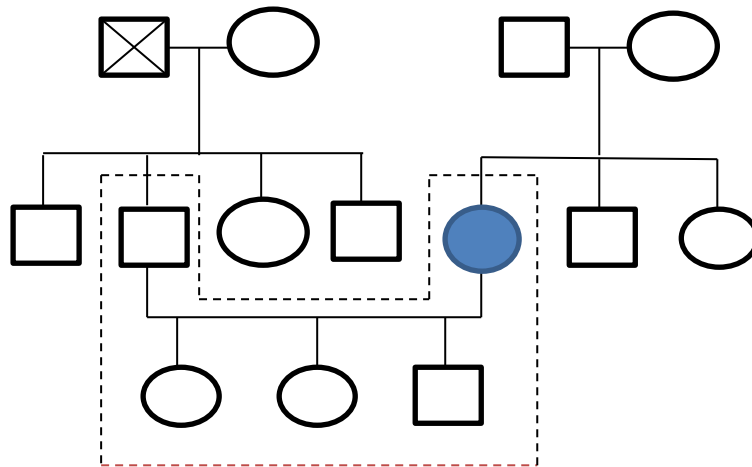
i. Pola aktivitas dan latihan

Saat sehat pasien mengatakan lebih sering beraktivitas dirumah karena merupakan seorang ibu rumah tangga setelah sakit pasien hanya berbaing di tempat tidur

j. Pola kerja


Pasien mengatakan tidak bekerja dan menjadi ibu rumah tangga

#### 4. Riwayat Keluarga



#### Keterangan :

 : Laki-Laki

 : Perempuan

 : Meninggal

 : Pasien

----- : Serumah

#### 5. Riwayat Lingkungan

Pasien mengatakan tinggal dilingkungan yang sangat padat penduduk. Tidak terdapat area yang membahayakan pencahayaan dan sirkulasi udara dirumah pun baik.

#### 6. Aspek Psikososial

a. Pola pikir dan persepsi

1) Alat bantu yang digunakan :

kaca mata

alat bantu pendengaran

## 2) Kesulitan yang dialami :

 sering pusing menurunnya sensitifitas terhadap sakit menurunnya sensitifitas terhadap panas/dingin membaca/menulis

## b. Persepsi diri

hal yang dipikir saat ini : pasien mengatakan ingin pulang dan melakukan aktivitas seperti biasanya

harapan setelah menjalani perawatan : pasien mengatakan ingin sakitnya segera teratasi

perubahan yang dirasa setelah sakit : pasien mengatakan lebih mengurangi aktivitas seperti biasanya

## c. Suasana hati

Pasien tetap tegar dan semangat untuk menjalani perawatan di rumah sakit

## d. Hubungan / komunikasi

1) Bahasa utama : bahasa Indonesia

2) Bahasa daerah : Sunda

3) Bicara

 jelas relevan mampu mengeskpresikan mampu mengerti orang lain

4) Tempat tinggal

 sendiri bersama orang lain yaitu : suami dan anak-anaknya

5) Kehidupan keluarga

d. Adat istiadat yang dianut : Sunda

e. Pembuat keputusan dalam keluarga : Kepala Keluarga

f. Pola komunikasi : Baik

6) Kesulitan dalam keluarga : pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam permasalahan keluarga

hubungan orang tua

hubungan orang keluarga

hubungan perkawinan

7) Kebiasaan seksual

Klien menolak untuk dikaji

8) Pemahaman terhadap fungsi seksual : pasien mengatakan pemahaminya sangat baik dalam fungsi seksual

9) Pertahanan koping

10) Pengambil keputusan

sendiri

dibantu orang lain

11) Yang disukai tentang diri sendiri : pasien mengatakan rajin dan baik dalam mengurus segala pekerjaan di dalam rumahnya

12) Yang ingin diubah dari kehidupan : pasien mengatakan ingin menjalani pola hidup yang lebih sehat dari sebelumnya

13) Yang dilakukan jika stress :

pemecahan masalah  cari pertolongan

makan  lain lain ( missal, marah)

tidur

14) Apakah yang dilakukan perawat agar anda nyaman dan aman :

Pasien mengatakan mendengarkan keluhan dan obat yang bagus supaya cepat sembuh

15) Sistem nilai-kepercayaan

16) siapa atau apa sumber kekuatan : Keluarga

apakah Tuhan, Agama, Kepercayaan : Islam

Ya

Tidak

17) kegiatan agama atau kepercayaan yang dilakukan (macam dan frekuensi) : sholat dan berdoa

18) kegiatan agama atau kepercayaan yang ingin dilakukan selama di rumah sakit : sholat 5 waktu dan berdoa setelah sholat

## 7. Pengkajian Fisik

### a. kepala :

Bentuk kepala normal mezosopal, pusing/sakit kepala pasien setiap abis melakukan aktivitas yang berat selalu pusing

### b. mata :

Simetris (+/+), ukuran pupil 2/2 isokor, bentuk bulat normal, reflek cahaya (+/+), konjungtiva anemis, funglihatan baik, tidak terdapat tanpa-tanpa peradangan, tidak pernah menjalani operasi mata, tidak menggunakan lenas kontak, dan menggunakan alat bantu kaca mata.

### c. hidung :

Simetris (+/+), tidak ada tanda-tanda alergi, nafas cupping hidung (-), tidak ada tanda-tanda peradangan.

### d. mulut :

Mukosa mulut lembab, keadaan mulut bersih, kesulitan atau gangguan bicara (-), kesulitan menelan (-)

### e. pernafasan :

Suara paru bronkovesikoluler, terdengar suara redup diparu kiri, pola napas 20 x/menit, batuk (-), sputum (-), kemampuan melakukan aktivitas terbatah-batah, batuk darah (-).

### f. sirkulasi :

Tekanan Darah : 185/85 mmHg, Nadi : 110 x/menit, S 36,4<sup>0</sup>C, Spo2 : 98 % capillary refiling >3 detik, bunyi jantung I bunyi tunggal, irama regular, terdengar keras



(lub) dan bunyi jantung II: saat didengar/ auskultasi terdengar bunyi tunggal, irama regular, terdengar keras (dub), tidak ada bunyi jantung tambahan.

g. nutrisi :

Sebelum masuk rumah sakit frekuensi makan pasien  $\pm 4$  x/hari, nafsu makan baik, porsi makan selalu dihabiskan. Jenis makan beragam seperti nasi, sayur, lauk-paik dan terkadang buah-buahan. Setelah sakit pasien mengatakan hanya makan dari rumah sakit hanya menghabiskan  $\frac{1}{2}$  porsi makanan yang disajikan. Pasien mengatakan makan dibatasi. Pasien minum  $\pm 5$  gelas perhari atau setara dengan 800 cc. TB : 156 cm, BB 78 Kg, hasil IMT : 23 (Normal).

h. sistem eliminasi :

BAB : pasien mengatakan BAB 1-2x/hari dengan warna kekuningan konsistensi lunak.

BAK : keadaan genital bersih, terpasang kateter. Saat sakit pasien buang air kecil melalui selang DC sebanyak 1000cc/hari, warna kecoklatan.

i. sistem reproduksi

pasien menolak untuk dikaji

j. neurologi :

Tingkat kesadaran : Composmentis ( E4,V5,M6), riwayat epilepsy tidak ada, reflek baik, kekuatan mengenggam baik.

k. sistem musculoskeletal dan integument :

Atas : terpasang IVFD pada ekstermitas kanan NaCl 12 jam, akral dingin, kemerahan pada telapak tangan, CRT  $>3$  detik, warna kulit pucat.

Bawah : terdapat luka pada ekstremitas bawah bagian kiri

### I. Data Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
<b>Hemostasis</b>		
PT	15.4 detik	11.5-15.5
PT control	13.1 detik	12-16.5
APTT	30.8 detik	20-40
PTT control	29.8 detik	27.1-40.6
HBsAG	Non reaktif	Non reaktif
Albumin	2.30 g/dl	3.5-4.5
AST (SGOT)	11 U/L	<37
ALT (SGPT)	31 U/L	<41
Ureum	86 mg/dl	20-40
Kreatinin	1.40 mg/dl	0.5-1.5
eGFR	41 mL/menit/1.73	90-120

### Terapi obat-obatan

Nama obat	Dosis	Rute
Ketorolac	3x1hari (30mg)	IV
Ranitidine	2x1hari (25mg)	IV
Ceftriaxone	3x1hari (1g)	IV
Novorapid	3x1 hari (8unit)	SC
Metronidazol	2x1hari 100ml	IV

### A. ANALISA DATA

Nama pasien : Ny. M

tanggal pengkajian: 22 oktober 2022

Ruangan : R. Bougenvile

Dx medis : DM tipe 2 disertai ulkus pedis

Data Subjektif	Data Objektif	Masalah Keperawatan	Etiologi
P : ulu Hati Q : seperti ditusuk-tusuk R : Bagian perut tengah atas S : 5 T : terus menerus	1.1 .klien tampak meringis menahan nyeri 1.2 Klien terlihat memegang daerah yang terasa nyeri	Nyeri akut	Agen pencedera fisiologis
1.keluarga klien mengatakan klien menderita diabetes mellitus sejak 5 tahun yang lalu 2.pasien mengatakan memiliki kebiasaan mengkonsumsi obat metformin	2.1 GDS pada malam hari : 126 mg/dl 2.2 GDS Pada pagi hari : 260 mg/dl	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	resistensi insulin
1. keluarga klien mengatakan luka pada kaki sebelah kiri sejak 1 bulan yang lalu	3.1 terdapat kerusakan jaringan atau lapisan kulit pada telapak dan kaki sebelah kiri klien 3.2 terdapat luka dengan panjang luka 5 cm, luas luka 3 cm kedalaman luka 2cm, derajat luka II 3.3 warna dasar luka : nekrotik dan granulasi 3.4 tipe cairan /eskudat : serous	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan	neuropati perifer

## B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)
2.	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Resistensi Insulin (D.0027)
3.	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b/d neuropati perifer (D.0129)

## C. RENCANA KEPERAWATAN / INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama pasien : Ny. M

tanggal pengkajian: 22 oktober 2022

Ruangan : R. Bougenvile

Dx medis : DM tipe 2 dan ulkus pedis

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan
Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatanselama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang/ hilang dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien menampakkan ketenangan</li> <li>• Ekspresi muka klien rileks</li> <li>• Skala nyeri 0-2</li> </ul>	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <p>1.1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>1.2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.3. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>1.4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>1.5 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.6 Kolaborasi pemberiananalgetik, jika perlu</p>
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam	Manajemen hiperglikemi (I.03115)

<p>Resistensi Insulin (D.0027)</p>	<p>diharapkan kadar glukosa darah klien stabil dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gula darah dalam rentang stabil 70- 130 mg/dl</li> <li>b. Klien dan keluarga dapat mematuhi terapi</li> <li>c. Klien dan keluarga mampu mengontrol glukosa darah secara mandiri</li> </ol>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Monitor kadar glukosa darah, jika perlu</li> <li>2.2 Monitor intake dan output cairan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.3 Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan)</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.4 Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</li> </ol>
<p>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b/d neuropati perifer (D.0129)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit/ jaringan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tidak ada tambahan luka/lesi pada kulit</li> <li>b. Perfusi jaringan baik</li> <li>c. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembapan kulit</li> <li>d. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi)</li> </ol>	<p>Perawatan integritas kulit (I.11353)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, penurunan mobilitas)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.2 Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>3.3 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> </ol> <p>Perawatan luka (I.14564)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.4 Monitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau)</li> <li>3.5 Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.6 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>3.7 Ganti balutan sesuai jumlah eksudat</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.8 Kolaborasi pemberian antibiotic</li> </ol>


### D. CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI I



Nama pasien : Ny. M

tanggal pengkajian: 22 oktober 2022

Ruangan : R. Bougenvile

Dx medis : DM tipe 2 dan ulkus pedis

Diagnosa Keperawatan	Hari	Tindakan	Evaluasi	Paraf
Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)	Sabtu, 22 Oktober 2022	<p>1.1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>R/P P: ulu hati Q: seperti ditusuk-tusuk R: bagian perut tengah atas T: terus-menerus</p> <p>1.2. Mengidentifikasi skala nyeri R/P Skala 5</p> <p>1.3. Menganjurkan teknik tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri R/P Klien kooperatif dan merasa rileks</p> <p>1.4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri R/P Membatasi kunjungan pasien</p> <p>1.5. Mengkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	<p>S: P: ulu hati Q: seperti ditusuk-tusuk R: bagian perut tengah S : 5 T : Terus menerus O : Pasien tampak kooperatif f A : Masalah nyeri akut belum teratas P : lanjutkan intervenin g</p>	

		<p>R/P</p> <p>Memberikan injeksi meropenem 3 x 1 gr melalui vemplon dan ketorolac 3 x 30mg melalui infus</p>		
<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Resistensi Insulin (D.0027)</p>	<p>Sabtu, 22 Oktober 2022</p>	<p>2.1 Memonitor kadar glukosadarah, jika perlu</p> <p>R/P</p> <p>GDS pada malam hari : 126 mg/dl GDS Pada pagi hari : 260 mg/dl</p> <p>2.2 Memonitor intake dan output cairan</p> <p>R/P</p> <p>Keluarga klien mengatakan klien selalu tidak menghabiskan porsi makanannya</p> <p>2.3 Mengajarkan diet yang diprogramkan kepada klien dan keluarga</p> <p>R/P</p> <p>Klien dan keluarga mengangguk tanda mengerti</p> <p>2.4 memberikan insulin novorapid 8 unit melalui subcutan</p> <p>R/P</p> <p>Klien tampak rileks</p>	<p>S :</p> <p>1. Keluarga klien mengatakan klien selalu tidak menghabiskan porsi makanannya</p> <p>O :</p> <p>1. klien dan keluarga menerapkan program diet yang dianjurkan GDS pada malam hari : 126 mg/dl GDS Pada pagi hari : 260 mg/dl</p> <p>A :</p> <p>Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	
<p>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b/d neuropati perifer (D.0129)</p>	<p>Sabtu, 22 Oktober 2022</p>	<p>4.1 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi kepada klien dan keluarga</p> <p>R/P</p> <p>Klien dan keluarga mengangguk tanda mengerti</p> <p>4.2 Menganjurkan minum air yang cukup</p>	<p>S :</p> <p>1. Keluarga klien mengatakan mengerti penjelasan tentang tanda dan gejala infeksi</p>	

		<p>R/P Keluarga mengatakan klien mulai minum air 2l/hari</p> <p>4.3 Menganjurkan kepada klien untuk meningkatkan asupan nutrisi sesuai dengan diet yang diprogramkan R/P Klien dan keluarga mengangguk tandasetuju</p> <p>4.4 Memonitor karakteristik luka R/P Luka klien berwarna kemerahan pucutdengan ukuran panjang 5 cm lebar 1 cm dan kedalaman 1 cm dan tidak adabau, derajat luka II, warna dasar luka nekrotik dan granulasi, tipe cairan/ eksudat serous, tidak terdapat edema</p> <p>4.5 Monitor tanda-tandainfeksi R/P Tidak terdapat tanda-tanda infeksi padaluka</p> <p>4.6 Mempertahankan teknik sterilisaat melakukan perawatan luka R/P Agar klien terhindar dari bakteri</p> <p>4.7 Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat R/P Klien tampak rileks</p> <p>4.8 Memberikan injeksi meropenem3x1 gr melalui vemplon dan keterolac 3 x 30 mg melaluiinfus R/P Klien terlihat menahan sakit saat dilakukan injeksi</p>	<p>2.keluarga klien mengatakan klien mulai minum air 2l/hari</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Luka klien berwarna kemerahan pucutdengan ukuran panjang 5 cm lebar 1 cm dan kedalaman 1 cm dan tidak adabau, derajat luka II, warna dasar luka nekrotik dan granulasi, tipe cairan/ eksudat serous, tidak terdapat edema</li> <li>- Tidak terdapat tanda-tanda infeksi padaluka</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah Integritas Kulit/Jaringan belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	
--	--	--	---	--





### E. CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI II


Nama pasien : Ny. M

tanggal pengkajian: 22 oktober 2022

Ruangan : R. Bougenvile

Dx medis : DM tipe 2 dan ulkus pedis

Diagnosa Keperawatan	Hari	Tindakan	Evaluasi	Paraf
Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)	Minggu, 23 Oktober 2022	<p>1.1 Mengidentifikasi skala nyeri R/P Skala 3</p> <p>1.2 Menganjurkan teknik tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri R/P Klien kooperatif dan merasa rileks</p> <p>1.3 Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri R/P Membatasi kunjungan pasien</p> <p>1.4 Mengkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu R/P Memberikan injeksi meropenem 3 x 1 gr melalui vemplon dan ketorolac 3 x 30mg melalui infus</p>	<p>S: S : 3 O : Pasien tampak kooperatif A : Masalah nyeri akut belum teratas P : lanjutkan intervene</p>	
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Resistensi Insulin (D.0027)	Minggu, 23 Oktober 2022	<p>2.1 Memonitor kadar glukosadarah, jika perlu R/P GDS pada malam hari : 132 mg/dl GDS Pada pagi hari : 245 mg/dl</p> <p>2.2 Memonitor intake dan output cairan R/P</p>	<p>S : 1. Keluarga klien mengatakan klien menghabiskan ¼ dari makanannya  O : 1. klien dan keluarga menerapkan program diet yang</p>	

		<p>Keluarga klien mengatakan klien menghabiskan ¼ dari makanannya</p> <p>2.3 Mengajarkan diet yang diprogramkan kepada klien dan keluarga R/P Klien dan keluarga menganggu tanda mengerti</p> <p>2.4 memberikan insulin novorapid 8 unit melalui subcutan R/P Klien tampak rileks</p>	<p>dianjurkan</p> <p>GDS pada malam hari : 132 mg/dl</p> <p>GDS Pada pagi hari : 245 mg/dl</p> <p>A :</p> <p>Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	
<p>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b/d neuropati perifer (D.0129)</p>	<p>Minggu, 23 Oktober 2022</p>	<p>3.1 Menganjurkan kepada klien untuk meningkatkan asupan nutrisi sesuai dengan diet yang diprogramkan R/P Klien dan keluarga menganggu tanda setuju</p> <p>3.2 Memonitor karakteristik luka R/P Luka klien berwarna kemerahan pucat dengan ukuran panjang 5 cm lebar 1 cm dan kedalaman 1 cm dan tidak ada bau, derajat luka II, warna dasar luka nekrotik dan granulasi, tipe cairan/ eksudat serous, tidak terdapat edema</p> <p>3.3 Monitor tanda-tanda infeksi R/P Tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada luka</p> <p>3.4 Mempertahankan teknik sterilsaat melakukan perawatan luka R/P Agar klien terhindar dari bakteri</p> <p>3.5 Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat R/P</p>	<p>S :</p> <p>1. klien mengatakan menjalankan profram nutrisi sesuai yang diprogramkan</p> <p>O :</p> <p>- Luka klien berwarna kemerahan pucadengan ukuran panjang 5 cm lebar 1 cm dan kedalaman 1 cm dan tidak adabau, derajat luka II, warna dasar luka nekrotik dan granulasi, tipe cairan/ eksudat serous, tidak terdapat edema - Tidak terdapat tanda-tanda infeksi padaluka</p> <p>A :</p> <p>Masalah Integritas Kulit/Jaringan belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	

		Klien tampak rileks 3.6 Memberikan injeksi meropenem 3x1 gr melalui vemplon dan ketorolac 3 x 30 mg melalui infus R/P Klien terlihat menahan sakit saat dilakukan injeksi		
--	--	--	--	--


### F. CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN HARI III



Nama pasien : Ny. M

tanggal pengkajian: 22 oktober 2022

Ruangan : R. Bougenvile

Dx medis : DM tipe 2 dan ulkus pedis

Diagnosa Keperawatan	Hari	Tindakan	Evaluasi	Paraf
Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)	Senin, 24 Oktober 2022	1.1 Mengidentifikasi skala nyeri R/P Skala 4  1.2 Mengajarkan teknik tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri R/P Klien kooperatif  1.3 Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri R/P Membatasi kunjungan pasien  1.4 Mengkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu R/P Memberikan injeksi meropenem 3 x 1 gr melalui vemplon dan ketorolac 3 x 30mg melalui infus	S: Skala : 4  O : Pasien tampak kooperatif  A : Masalah nyeri akut belum teratasi  P : lanjutkan intervensi	

<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Resistensi Insulin (D.0027)</p>	<p>Senin, 24 Oktober 2022</p>	<p>2.1 Memonitor kadar glukosadarah, jika perlu R/P GDS pada malam hari : 132 mg/dl GDS Pada pagi hari : 245 mg/dl</p> <p>2.5 Memonitor intake dan output cairan R/P Keluarga klien mengatakan klien menghabiskan ½ dari makanannya</p> <p>2.6 Mengajarkan diet yang diprogramkan kepada klien dan keluarga R/P Klien dan keluarga menganggu tanda mengerti</p> <p>2.7 memberikan insulin novorapid 6 unit melalui subcutan R/P Klien tampak rileks</p>	<p>S :</p> <p>1. Keluarga klien mengatakan klien menghabiskan ½ dari makanannya</p> <p>O :</p> <p>1. klien dan keluarga menerapkan program diet yang dianjurkan GDS pada malam hari : 121 mg/dl GDS Pada pagi hari : 210 mg/dl</p> <p>A :</p> <p>Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	
<p>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b/d neuropati perifer (D.0129)</p>	<p>Senin, 24 Oktober 2022</p>	<p>3.1 Menganjurkan kepada klien untuk meningkatkan asupan nutrisi sesuai dengan diet yang diprogramkan R/P Klien dan keluarga menganggu tanda setuju</p> <p>3.2 Memonitor karakteristik luka R/P Luka klien berwarna kemerahan pucat dengan ukuran panjang 5 cm lebar 1 cm dan kedalaman 1 cm dan tidak adabau, derajat luka II, warna dasar luka nekrotik dan granulasi, tipe cairan/ eksudat serous, tidak terdapat edema</p> <p>3.3 Mempertahankan teknik steril saat</p>	<p>S :</p> <p>klien mengatakan menjalankan profram nutrisi sesuai yang diprogramkan</p> <p>O :</p> <p>- Luka klien berwarna kemerahan pucat dengan ukuran panjang 5 cm lebar 1 cm dan kedalaman 1 cm dan tidak adabau, derajat luka II, warna dasar luka nekrotik dan granulasi, tipe cairan/ eksudat serous, tidak terdapat edema - Tidak terdapat tanda-tanda infeksi padaluka</p>	

		<p>melakukan perawatan luka</p> <p>R/P Agar klien terhindar dari bakteri</p> <p>3.4 Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat</p> <p>R/P Klien tampak rileks</p> <p>3.5 Memberikan injeksi meropenem 3x1 gr melalui vemplon dan keterolac 3 x 30 mg melalui infus</p> <p>R/P Klien terlihat menahan sakit saat dilakukan injeksi</p>	<p>A : Masalah Integritas Kulit/Jaringan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	
--	--	--	--	--

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada Ny.S dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus tipe II dan anemia gravis, Ny.M dengan diagnosa medis diabetes mellitus tipe II dan Ulkus pedis di ruang camellia dan bougemvile RSUD Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi sesuai tiap fase dalam proses keperawatan yang meliputi : pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

#### **A. Pengkajian**

Menurut teori :

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu penyakit menahun yang ditandai dengan kadar glukosa darah (gula darah) melebihi normal yaitu kadar gula darah sewaktu sama atau lebih dari 200 mg/dl, dan kadar gula darah puasa di atas atau sama dengan 126 mg/dl (Misnadiarly, 2006). Diabetes memiliki 2 tipe yakni diabetes melitus tipe 1 yang merupakan hasil dari reaksi autoimun terhadap protein sel pulau pankreas, kemudian diabetes tipe 2 yang mana disebabkan oleh kombinasi faktor genetik yang berhubungan dengan gangguan sekresi insulin, resistensi insulin dan faktor lingkungan seperti obesitas, makan berlebihan, kurang makan, olahraga dan stres, serta penuaan (Ozougwu et al., 2013). Anemia gravis adalah jenis anemia yang berat. Kondisi ini ditandai dengan kadar hemoglobin yang sangat rendah, yaitu kurang dari 8 g/dL, sehingga penderitanya biasanya membutuhkan transfusi darah. Pada anemia gravis, sel-sel dalam tubuh tidak mendapatkan cukup oksigen untuk menjalankan fungsinya secara normal, sedangkan Kondisi yang jarang terjadi ketika tubuh berhenti memproduksi cukup sel darah baru. Anemia aplastik berkembang sebagai akibat kerusakan sumsum tulang. Kerusakan dapat hadir saat lahir atau terjadi setelah paparan radiasi, kemoterapi, bahan kimia beracun, obat tertentu, atau infeksi.

Tanda dan gejala yang umum terjadi pada penderita dm tipe 2 yaitu pasien Cepat lapar meskipun sudah makan banyak. Luka sulit sembuh dan mudah terkena infeksi, Masalah kulit, seperti gatal-gatal dan kulit kehitaman, terutama bagian lipatan ketiak, leher, dan selangkangan, Gangguan penglihatan seperti pandangan kabur, Tangan dan kaki sering sakit, kesemutan, dan kebas (mati rasa), Disfungsi seksual, seperti gangguan ereksi.

Menurut kasus :

Kasus pertama dari pengkajian pada Ny.S didapatkan keadaan umum sakit sedang, kesadaran : Composmentis, Tekanan Darah : 90/60 mmHg, Nadi : 128 x/menit, S 36,4<sup>0</sup>C, Spo2 : 98 % capillary refiling >3 detik. pada pemeriksaan laboratorium terdapat hasil leukosit 25,9 ribu/UL, Hemoglobin 7.0 g/dl, hematokrit 21.4 %, ureum 84 mg/dl, kreatinin 2.46 mg/dl, GDS : 203 mg/dl.

Kasus kedua dari pengkajian Ny.M didapatkan keadaan umum, sakit sedang, kesadaran : composmentis pola napas 20 x/menit, Tekanan Darah : 185/85 mmHg, Nadi : 110 x/menit, S 36,4<sup>0</sup>C, Spo2 : 98 % capillary refiling >3 detik, suara jantung pekak, suara jantung tambahan S3/ gallop gallop protodiastolik. Pasien mengeluh nyeri seperti ditusuk-tusuk di ulu hati dengan skala 5 dan terus menerus, terdapat luka ulkus pada kaki kiri bawah hasil pemeriksaan GDS : 260 mg/dl

Analisa Penulis : menurut analisa penulis gejala-gejala yang ada pada pasien Ny.S dan Ny. M merupakan gejala gejala diabetes mellitus yang pada umumnya. Pada pasien 1 dan 2 memiliki kesamaan yakni tingginya kadar gula dalam darah. Sesuai dengan teori (Asdie, 2013) bahwa pada orang normal, konsentrasi glukosa darah diatur sangat sempit 90 mg/100ml. orang yang berpuasa setiap pagi sebelum makan 120-140 mg/100ml, setelah makan akan meningkat, setelah 2 jam kembali ke tingkat normal.

## B. Diagnosa Keperawatan

Menurut teori :

- 1) Hipovolemia (SDKI: D. 0023):
- 2) Defisit nutrisi (SDKI: D. 0019)
- 3) Ketidakstabilan kadar glukosa darah (SDKI: D. 0027)
- 4) Nyeri akut (SDKI: D. 0077)
- 5) Gangguan integritas kulit (SDKI: D.0129)
- 6) Risiko infeksi (D.0142)
- 7) Perfusi jaringan tidak efektif b.d hiperglikemia (D.0009)

Menurut kasus :

pada kasus pertama yaitu Ny.S penulis menegakkan 3 diagnosa sesuai keluhan yang pasien rasakan. Penentuan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas yang dilihat dari kondisi klien, diantaranya :

- 1.) Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin (D.0027)
- 2.) Perfusi jaringan tidak efektif b.d hiperglikemia (D.0009)
- 3.) Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.0056)

Pada kasus kedua yaitu Ny.M penulis juga menegakkan 3 diagnosa sesuai dengan keluhan yang pasien rasakan penentuan diagnosa berdasarkan prioritas yang dilihat dari kondisi klien, diantaranya :

- 1.) Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)
- 2.) Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin (D.0027)
- 3.) Gangguan integritas kulit/jaringan b.d neuropati perifer (D.0129)

Analisa penulis :

Perbandingan antara diagnosa teori dengan diagnosa yang ditemukan pada pasien kelolaan memiliki persamaan pada Ny. S memiliki 2 diagnosa yang sama dengan teori sedangkan ke-3 diagnosa Ny. M memiliki 3 persamaan dengan diagnosa teori dan antara kedua pasien memiliki satu diagnosa yang



sama, akan tetapi ada diagnosa yang ditemukan pada pasien kelolaan tidak sama dengan teori, berikut penjelasannya :

1) Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin (D.0027)

Pada pasien pertama Ny.S dan pasien kedua Ny.M dari keduanya didapatkan hasil pengkajian ditemukan subjektif yang keduanya mengatakan memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus tipe 2 sejak 1 tahun dan 5 tahun yang lalu diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah ini dibuktikan dengan klien tampak lelah dan lesu dan hasil GDP yaitu Ny.S 193 mg/dl dan GDS Ny.M 260 mg/dl dan pasien Ny.S maupun Ny.A rutin diberikan pemberian insulin berupa Menurut peneliti gejala-gejala yang didapatkan pada kedua pasien sudah memenuhi validasi peneggakan diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia)

2) Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d hiperglikemia

Diagnosa ini terdapat pada pasien pertama Ny.S juga terdapat didalam teori pada pengkajian penulis mendapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan sering merasa pusing dan mengatakan merasa kesemutan pada kaki, jika tersandung benda terkadang tidak terasa sakit sementara data objektifnya pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun, Akral teraba pucat , warna kulit pucat. Pada hasil hasil laboratorium : Leukosit 25.9 ribu/uL, Hemoglobin 7.0 g.dL, Hematokrit 21.4%, Trombosit 400ribu/UI, Ureum 84 mg/dl, Keratinin 2.46 mg/dl

Menurut PPNI (2016) yang menjadi faktor risiko terjadinya perfusi perifer tidak efektif yaitu : Hiperglikemia, Gaya hidup kurang gerak, Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. Gaya hidup kurang gerak) seperti halnya terjadi pada Ny.S. menurut peneliti peneggakan diagnosa sudah sesuai dengan metode penulisan diagnosa actual pada buku SDKI. Saat pengkajian tanda mayor dan minor yang didapatkan pada pasien Ny.S sudah memenuhi validasi peneggakan diagnosis pada SDKI

3) Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan

Diagnosa ini terdapat pada Ny.S tidak terdapat dalam teori dan tidak terdapat pada Ny.M pada pengkajian penulis mendapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan terasa lemah dan tidak nyaman saat beraktivitas, sementara data objektifnya 1 pasien tampak pucat, pasien tampak beraktivitas dibantu keluarga dan perawat, pasien terpasang selang DC dan frekuensi jantung mencapai 128x/menit.

Menurut PPNI Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Perubahan gaya hidup pada penderita gagal jantung kongestif dapat memengaruhi kemampuan mobilitas seseorang karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari (Hidayat, 2012). Menurut peneliti gejala-gejala yang ada pada pasien Ny.S sudah memenuhi validasi penegakkan diagnosa pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia)

#### 4) Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis

Diagnosa ini terdapat pada Ny.M dan terdapat dalam teori. Diagnosa nyeri akut dibuktikan dengan pengkajian yang dilakukan peneliti yang mendapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri di ulu hatinya seperti ditusuk-tusuk dibagian perut tengah atas dengan skala 5 dan terjadi terus menerus sementara data objektifnya klien tampak meringis menahan nyeri, Klien terlihat memegang daerah yang terasa nyeri.

Menurut PPNI (2016) Nyeri Akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Adapapun tanda dan gejala utamanya sama halnya terjadi pada Ny.M. menurut peneliti penegakkan diagnosa sudah sesuai dengan metode penulisan diagnosa actual pada buku SDKI.

#### 5) Gangguan integritas kulit/jaringan b.d neuropati perifer

Diagnosa ini terdapat pada Ny. M tidak terdapat pada Ny.S dan terdapat pada pembahasan teori. Diagnosa ini dibuktikan dengan kondisi pasien yang terdapat ulkus di kaki sebelah kiri bawah, pada saat dilakukan

pengkajian didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan luka kaki sebelah kiri sejak 1 bulan yang lalu sementara data objektifnya terdapat kerusakan jaringan atau lapisan kulit pada telapak dan kaki sebelah kiri klien, terdapat luka dengan panjang luka 5 cm, luas luka 3 cm kedalaman luka 2cm, derajat luka II, warna dasar luka : nekrotik dan granulasi , tipe cairan /eskudat : serous

Menurut PPNI Gangguan integritas kulit adalah kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan atau ligament) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Menurut peneliti gejala-gejala yang ada pada pasien Ny.M sudah memenuhi validasi penegakkab diagnosa pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia)

### C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan.

#### 1) Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin (D.0027)

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan Ny.S dan Ny.M karena memiliki kesamaan pada salah satu diagnosanya yaitu Ketidakstabilan kadar glukosa darah yang berhubungan dengan resistensi insulin dengan tujuan setelah dilakukan tindakan selama 3 x 24 jam diharapkan kadar glukosa darah berada pada rentang normal (L.03022) dengan Kriteria hasil : Kestabilan gula darah membaik, Status nutrisi membaik, adapun intervensi yang dilakukan Manajemen hiperglikemi (I.03115) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu, Monitor intake dan output cairan, Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian

karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan), Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa intervensi yang digunakan pada pasien sudah berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

## 2) Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d hiperglikemia

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. S dengan masalah keperawatan perfusi perifer berhubungan dengan hiperglikemia dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan keadekuatan aliran darah pembuluh darah distal untuk menunjang fungsi jaringan meningkat (L.02011) dengan kriteria hasil : denyut nadi perifer dalam batas normal ,edema perifer menurun, nyeri ekstremitas menurun. Adapun intervensi yang dilakukan pada Ny.S yaitu Perawatan Sirkulasi (I.02079) identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi, monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas, Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera, lakukan pencegahan infeksi, Anjurkan perawatan kulit yang tepat mis. Melembabkan kulit kering pada kaki , anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3, informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa intervensi yang digunakan pada pasien sudah berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

## 3) Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.0056)

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.S dengan

masalah keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan respon fisiologis terhadap aktivitas meningkat (L.05047) dengan kriteria hasil : frekuensi nadi dalam batas normal, keluhan lelah berkurang, perasaan lemah berkurang, adapun intervensi yang dilakukan yaitu : Manajemen Energi (I.05178) Monitor kelelahan fisik dan emosional, Monitor pola dan jam tidur, Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan), Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan, Anjurkan tirah baring, Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap, Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa intervensi yang digunakan pada pasien sudah berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

#### 4) Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.M dengan masalah nyeri akut berhubungan dnegan agen pencedera fisiologis dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang/ hilang (L.08066) dengan kriteria hasil :Klien menampakkan ketenangan, Ekspresi muka klien rileks, Skala nyeri 0-2, Adapun intervensi yang dilakukannya yaitu Manajemen Nyeri (I.08238) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, Kolaborasi pemberiananalgetik, jika perlu

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa intervensi yang digunakan pada pasien sudah berdasarkan SIKI (Standar

Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

5) Gangguan integritas kulit/jaringan b.d neuropati perifer (D.0129)

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.M dengan masalah Gangguan integritas yang berhubungan dengan neuropati perifer dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit/ jaringan membaik (L.14125) dengan kriteria hasil : Tidak ada tambahan luka/lesi pada kulit, Perfusi jaringan baik, Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembapan kulit Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi) Adapun intervensi yang dilakukan pada Ny.M yaitu Perawatan integritas kulit (I.11353) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, penurunan mobilitas), Anjurkan minum air yang cukup, Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Perawatan luka (I.14564) Monitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau), Monitor tanda-tanda infeksi, Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, Ganti balutan sesuai jumlah eksudat, Kolaborasi pemberian antibiotic.

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa intervensi yang digunakan pada pasien sudah berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

D. Implementasi atau Catatan Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada Ny. S dan Ny.M dibagi dalam 4 komponen yaitu tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi, dan tindakan kolaborasi. Implementasi pada kasus 1 pasien Ny. S dari tanggal 12 Oktober 2022 s/d 14 Oktober 2022 dilakukan selama 3 hari perawatan. Implementasi Ny. S di hari pertama tanggal 12 Oktober 2022 yaitu Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia : Natrium :

122 mmol/L, Kalium : 4.1 mmol/L, Clorida : 83 mmol/L, mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat, Pemberian Insulin 8 unit 3 x sehari memonitor kadar glukosa darah, pemeriksaan GDP : 193 mg/dL, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, mengajarkan pengelolaan diabetes mis. Penggunaan insulin, obat oral monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan, Pemberian insulin novorapid 8 unit 3 x 1 hari.

Implementasi pada Ny.S di hari kedua 13 Oktober 2022 yaitu Mengidentifikasi faktor gangguan sirkulasi mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi pemeriksaan laboratorium GDS : 203 mg/dL, Leukosit 18.4 ribu/uL, Hemoglobin 9.4 g/dL, Hematokrit 28.1%, Trombosit 217 ribu/Ul, Ureum 84 mg/dL, Keratinin 2.46 mg/dL, Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada area yang cedera, Pasien mengatakan nyeri dan bengkak pada tumit sebelah kiri dengan skala nyeri 5 , Menghindari Pemasangan Turniquet pada area yang cedera, Melakukan Pencegahan infeksi, Membatasi jumlah pengunjung, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, melakukan ganti balutan setiap hari pada kaki yang terluka, menganjurkan perawatan kulit yang tepat mis. Melembabkan kulit kering pada kaki, menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3, menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa memberikan obat ketorolac untuk meredakan nyeri melalui cairan infus.

Implementasi pada Ny.S hari ketiga 14 Oktober 2022 yaitu, memonitor kelelahan fisik dan emosional pemasangan kateter urine memonitor pola jam tidur, menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus, memberikan aktifitas distraksi yang menenangkan, menganjurkan tirah baring, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Implementasi yang dilakukan pada kasus 2 pasien Ny.M dari

tanggal 22 Oktober 2022 s/d 24 Oktober 2022 yang dilakukan selama 3 hari perawatan. Implementasi pada Ny.M di hari pertama 22 oktober 2022 yaitu, Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Mengidentifikasi skala nyeri Skala nyeri 5, Mengajarkan teknik tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, Memonitor kadar glukosadarah, dengan hasil GDS pada malam hari : 126 mg/dl, GDS Pada pagi hari : 260 mg/dl Memonitor intake dan output cairan dengan hasil Keluarga klien mengatakan klien selalu tidak menghabiskan porsi makanannya, Mengajarkan diet yang diprogramkan kepada klien dan keluarga , memberikan insulin novorapid 8 unit melalui subcutan, Memonitor karakteristik luka dengan hasil Luka klien berwarna kemerahan pucat dengan ukuran panjang 5 cm lebar 1 cm dan kedalaman 1 cm dan tidak ada bau, derajat luka II, warna dasar luka nekrotik dan granulasi, tipe cairan/ eksudat serous, tidak terdapat edema, Memberikan injeksi meropenem 3x1 gr melalui vemplon dan keterolac 3 x 30 mg melalui infus

Implementasi yang dilakukan pada Ny.M hari kedua 23 Oktober 2022 yaitu, Mengkolaborasi pemberian analgetik, Memberikan injeksi meropenem 3 x 1 gr melalui vemplon dan ketorolac 3 x 30mg melalui infus, Memonitor kadar glukosadarah dengan hasil GDS pada malam hari : 132 mg/dl GDS Pada pagi hari : 245 mg/dl, Memonitor intake dan output cairan dengan hasil Keluarga klien mengatakan klien menghabiskan  $\frac{1}{4}$  dari makanannya, Mengajarkan diet yang diprogramkan kepada klien dan keluarga, memberikan insulin novorapid 8 unit melalui subcutan, Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka Agar klien terhindar dari bakteri, Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat.

Implementasi pada Ny.M di hari ketiga 24 Oktober 2022 yaitu Memberikan injeksi meropenem 3 x 1 gr melalui vemplon dan ketorolac 3 x 30mg melalui infus, Memonitor kadar glukosadarah, dengan hasil GDS pada malam hari : 132 mg/dl GDS Pada pagi hari : 245 mg/dl,



memberikan insulin novorapid 6 unit melalui subcutan, Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka Agar klien terhindar dari bakteri, Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat.

E. Evaluasi atau catatan perkembangan

Menurut teori :

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan tindakan keperawatan.

Menurut kasus :

Berdasarkan hasil evaluasi yang didapatkan setelah 3 hari dilakukan tindakan keperawatan oleh penulis pada kasus 1 yaitu Ny. S dari 3 diagnosa semua keluhan belum teratasi seperti kadar glukosa darah tinggi, pasien tetap mendapatkan pemberian injeksi insulin dan pasien beraktivitas masih dibantu oleh keluarga.

Kasus 2 yaitu pada Ny.M dari 3 diagnosa semua diagnosa belum teratasi seperti kadar glukosa darah tinggi, pasien tetap mendapatkan pemberian injeksi insulin, pasien masih tampak nyeri, perlunya untuk mengganti balutan agar tidak terjadi infeksi

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. KESIMPULAN**

##### **1) Pengkajian**

Hasil pengkajian yang ditemukan dari studi Ny. S yang dilakukan pengkajian tanggal 12 Oktober 2022 ditemukan data adanya diabetes mellitus tipe 2 dan anemia gravis yaitu pasien mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah dan hemoglobin yang rendah yaitu 7.0 g/dl

Pengkajian pada Ny.M dilakukan pada tanggal 22 oktober 2022 ditemukan adanya diabetes mellitus tipe 2 dan ulkus pedis karena terdapat luka ulkus dibagian kaki kiri bagian bawah.

##### **2) Diagnosa Keperawatan**

Hasil studi kasus didapatkan 6 diagnosa dari kedua pasien dan terdapat 5 diagnosa yang sesuai dengan teori yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah, perkusi perifer tidak efektif, nyeri akut, dan gangguan integritas kulit/jaringan. Diagnosa intoleransi aktivitas terdapat pada Ny.S yang tidak sesuai dengan teori

##### **3) Intervensi Keperawatan**

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada Ny.S dan Ny. M dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan teori yang ada, intervensi di setiap diagnosa dapat sesuai dengan kebutuhan pasien dan memperhatikan koondisi pasien serta kesanggupan keluarga dalam kerja sama. Intervensi yang dilakukan oleh peneliti dengan intervensi yang didasarkan atas empat komponen yaitu observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

##### **4) Implementasi atau Catatan Keperawatan**

Pelaksanaan tindakan kasus ini di laksanakan sesuai dengan intervensi yang sudah dibuat, sesuai dengan kebutuhan kedua pasien dengan Diabetes Mellitus tipe 2. Pelaksanaan tindakan keperawatan

tersebut dapat dilakukan dan berjalan dengan baik berkat kerja sama dari pasien, keluarga, perawat ruangan dan pembimbing lapangan.

#### **5) Evaluasi atau catatan perkembangan**

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan Pada pasien Ny. S dan Ny. M selama 3 hari perawatan oleh peneliti dan di buat dalam bentuk SOAP. Pada pasien Ny. S hasil evaluasi didapatkan semua masalah keperawatan pasien belum teratasi. Pada pasien Ny. M pun semua diagnosa belum teratasi dan dua diagnosa lainnya masih harus dilakukan di rumah sakit.

### **B. SARAN**

#### **1) Bagi Rumah Sakit**

Saran kepada perawat Ruang Camellia dan Bougenvile RSUD CAM Kota Bekasi untuk dapat menjadi edukator untuk memberi informasi dan pendidikan kesehatan mengenai Diabetes Mellitus tipe 2 pada pasien dan keluarga pasien. Serta dapat mengoptimalkan kinerja dalam menerapkan asuhan keperawatan, selalu memberikan pelayanan yang profesional dan bermutu kepada pasien.

#### **2) Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan hasil tugas akhir ini dapat memberikan tambahan pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan serta meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan khususnya Keperawatan Medikal Bedah.

#### **3) Bagi Pasien dan Keluarga Pasien**

Diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami dan mengenal lebih dalam lagi mengenai penyakit Diabetes Mellitus tipe 2 dan bagaimana pencegahan, perawatan serta pengobatan pada penyakit tersebut

## DAFTAR PUSTAKA

- Bhatt, H., Saklani, S., & Upadhayay, K. (2016). Anti-oxidant and anti-diabetic activities of ethanolic extract of *Primula Denticulata* Flowers. *Indonesian Journal of Pharmacy*, 27(2), 74–79.  
<https://doi.org/10.14499/indonesianjpharm27iss2pp74>
- Chaidir, R., Wahyuni, A. S., & Furkhani, D. W. (2017). Hubungan Self Care Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus. *Jurnal Endurance*, 2(2), 132. <https://doi.org/10.22216/jen.v2i2.1357>
- Kardika, ida bagus wayan. (2016). *Preanalitik dan Interpretasi Glukosa Darah Untuk Diagnosis Diabetes Mellitus*. 1–14.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Infodatin tetap produktif, cegah, dan atasi Diabetes Melitus 2020. In *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI* (pp. 1–10).  
<https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/Infodatin-2020-Diabetes-Melitus.pdf>
- 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>
- Muhammad Aris, A. (2014). Diabetes Mellitus. *Lincoln Arsyad*, 3(2), 1–46.  
<http://journal.stainkudus.ac.id/index.php/equilibrium/article/view/1268/1127>
- Nuraisyah, F. (2018). Faktor Risiko Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan Aisyiyah*, 13(2), 120–127.  
<https://doi.org/10.31101/jkk.395>
- Petersmann, A., Nauck, M., Müller-Wieland, D., Kerner, W., Müller, U. A., Landgraf, R., Freckmann, G., & Heinemann, L. (2018). Definition, classification and diagnostics of diabetes mellitus. *Journal of Laboratory*

*Medicine*, 42(3), 73–79. <https://doi.org/10.1515/labmed-2018-0016>

Pranoto, A., & Rusman, A. (2022). Pengaruh Kepatuhan Diet Pada Pasien DM Tipe 2 dengan Kadar Gula Dalam Darah di Rsud dr. Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi Tahun 2022. *Jurnal Pendidikan Dan Konseling*, 4(3), 79. <https://core.ac.uk/download/pdf/322599509.pdf>








Soelistijo, S. (2021). Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia 2021. *Global Initiative for Asthma*, 46. [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org).

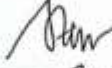

Widiasari, K. R., Made, I., Wijaya, K., & Suputra, P. A. (2021). Tatalaksana Diabetes Melitus Tipe II. *Ganesha Medicina Journal*, 1(2), 114–120.

Widodo, W. (2017). Monitoring of Patient With Diabetes Mellitus. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Wijaya Kusuma*, 3(2), 55. <https://doi.org/10.30742/jikw.v3i2.23>

## Lampiran 1

 <p><b>SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)</b> <b>MEDISTRA INDONESIA</b></p> <p>PROGRAM STUDI PROFES NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1) PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN - PROGRAM STUDI KEBIDANAN (S1) PROGRAM STUDI FARMASI (S1)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3)</p> <p>Jl. Ciri Mada Raya No. 88A Kel. Sempayang Jaya - Bekasi Telp. (021) 82431275-77 Faks (021) 82431274 Web: stikesmedistra-indonesia.ac.id Email: stikes_mi@stikesmedistra-indonesia.ac.id</p>					
<b>FORMULIR KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR</b>					
Nomor Dokumen	:	FM.058/A.004/PROF.,NERS/STIKESMI-UPW/2022	Tanggal Pembuatan	:	18 November 2022
Revisi	:	0	Tgl efektif	:	28 November 2022

No	Tanggal Bimbingan	Waktu Bimbingan	Kegiatan	Paraf Pembimbing	Keterangan
1	Jumat 28-10-2022	10.12 Wib	Konsultasi judul KIAN, sambil menunggu panduan KIAN.		Revisi
2	Sabtu 29-10-2022	13.30 Wib	Konsultasi judul KIAN lengkap		ACC Judul
3	Senin 31-10-2022	17.00 Wib	Arahan Penyusunan BAB I.		Revisi
4	Selasa 01-11-2022	15.00 Wib	Membahas isi dan teori asuhan keperawatan pada pasien kelolaan.		Revisi
5	Kamis 10-11-2022	15.00 Wib	Membahas latar belakang dan tinjauan teori		Revisi
6	Jumat 11-11-2022	16.00 wib	Membahas kasus kelolaan		Revisi
7.	Rabu 16-11-2022	17.00 wib	Membahas pembahasan		Revisi

8.	Kamis 17-11-2022	13.00 wib	Membahas keseluruhan kian dan acc sidang kian		ACC
9.	Jumat 18-11-2022	11.00 wib	sidang kian		Revisi

Mengetahui,

Kepala Program Studi Keperawatan (SI & Profesi NERS)



Kiki Deniati S.Kep., Ners., M.Kep  
NIDN. 0316028302