

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES
MELITUS TIPE II DENGAN MASALAH KETIDAKSTABILAN KADAR
GLUKOSA DARAH DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS LOK BAHU
SAMARINDA**

KARYA TULIS ILMIAH



DIAJUKAN OLEH:

FITRIAH

NIM: 2111102416080

PRODI STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

2024

**Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II
dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Wilayah Kerja
PUSKESMAS Lok Bahu Samarinda**

Karya Tulis Ilmiah

Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan pada Fakultas Ilmu
Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur



Diajukan Oleh:

Fitriah

2111102416080

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

2024

MOTO

“Dan hendaklah ada diantara kamu segolongan umat yang mengajak kepada kebajikan, menyuruh kepada yang makruf, dan mencegah dari yang mungkar, merekalah orang-orang beruntung” (QS Ali Imran:104)

“Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya” (QS Al Baqarah:286)

HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Fitriah
Nim : 2111102416080
Tahun Terdaftar : 2021
Program studi : D3 Keperawatan
Fakultas/Sekolah : Ilmu Keperawatan

Menyatakan bahwa dalam dokumen ini karya tulis ilmiah ini tidak terdapat bagian dari karya tulis ilmiah lain yang telah diajukan untuk memperoleh gelar akademik disuatu lembaga pendidikan tinggi. Dan juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau di terbitkan oleh orang/ Lembaga lain, kecuali yang secara tertulis di instansi lain dalam dokumen ini disebutkan secara lengkap daftar Pustaka.

Dengan deikian saya menyatakan bawa dokumen ilmiah ini bebas dari unsur-unsur plagiasi dan apabila dokumen karya tulis ilmiah ini dikemudian hari terbukti merupakan plagiasi dari hasil, karya penulis lain, maka penulis bersedia menerima sanksi akademik dan/sanksi hukum yang berlaku.

Dibuat: Samarinda

Pada tanggal: 11 Juni 2024

Yang menyatakan



HALAMAN PERNYATAAN ORIENLITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Fitriah

Nim : 2111102416080

Program studi : D3 Keperawatan

Judul:

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN DIABETES MELITUS TIPE II
DENGAN KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH**

Menyatakan bahwa studi kasus yang saya tulis ini benar-benar hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila kemudian hari dapat dibuktikan bahwa terdapat plagiat dalam penelitian ini, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan perundang-undangan (Permendiknas no.17, tahun 2010).

Samarinda, 07 Januari 2024



2111102416080

LEMBAR PERSETUJUAN

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES
MELITUS TIPE II DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS LOK BAHU SAMARINDA**

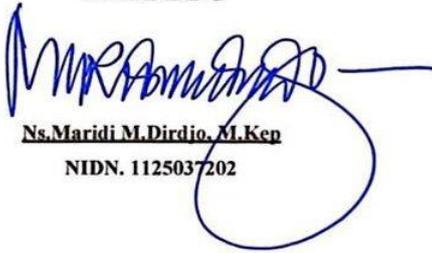
DI AJUKAN OLEH:

FITRIAH

2111102416080

**Disetujui untuk diujikan
Pada tanggal, 11 Juni 2024**

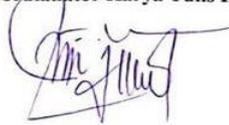
PEMBIMBING



Ns. Maridi M. Dirdio, M. Kep

NIDN. 1125037202

**Mengetahui,
Koordinator Karya Tulis Ilmiah**



Ns. Mishah Nuriannah, M. Kep

NIDN 1129018501

LEMBAR PENGESAHAN

STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES
MELITUS TIPE II DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS LOK BAHU SAMARINDA

DISUSUN OLEH :

FITRIAH

2111102416080

DISEMINARKAN DAN DIUJIKAN

PADA TANGGAL 11 JUNI 2024

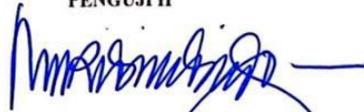
PENGUJI I



Ns. Slamet Purnomo, M. Kep

NIDN.1123019301

PENGUJI II



Ns. Maridi M. Dirdjo, M. Kep

NIDN.1125037202

Mengetahui,

Kepala Program Studi DIII Keperawatan



Ns. Ayu M. K. Sp. Mat. Ph. D

NIDN.1105077501

**HALAMAN PERNYATAAN
PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA TULIS ILMIAH
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : FITRIAH
NIM : 2111102416080
Program Studi : DIII Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-Exclusive- Royalti Free Right) atas karya tulis saya yang berjudul:

Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Dengan Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.

Berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif Universitas Muhammadiyah berhak menyimpan, mengalihmediakan/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, 11 Juni 2024


FITRIAH
NIM. 2111102416080

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat, taufik dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul: Studi Kasus Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus Tipe II Ketidakstabilan Kadar Glukosa Dalam Darah.

Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan. Terselenggaranya Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari dukungan, Bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, Oleh karena itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Muhammad Musiyam, M.T selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.
2. Dr. Hj Nunung Herlina.S.Kep.,M.Pd, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.
3. Ns. Tri Wahyuni, M. Kep.,Sp.Mat.,Ph.D, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan .
4. Ns. Slamet Purnomo, M. Kep, selaku Penguji 1
5. Ns. Maridi M. Dirdjo, M. Kep, selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah dan Penguji 2
6. Orang tua yang selalu memberi dukungan, semangat dan doa dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Rekan Mahasiswa angkatan 2021 yang telah memberikan dukungan dan semangat dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Seluruh Sivitas Akademika telah memberikan dukungan dan semangat dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis sangat menyadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat banyak kekurangan dan keterbatasan, sehingga penulis mengharapkan saran dan masukan yang menghambat demi penelitian selanjutnya.

Samarinda,7 Januari
2024

Fitriah

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL	i
MOTO.....	ii
LEMBAR BEBAS PLAGIASI.....	iii
LEMBAR ORIENLITAS	iv
LEMBAR PERSETUJUAN.....	v
LEMBAR PENGESAHAN	vi
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	viii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan	3
D. Manfaat	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Konsep Penyakit	6
B. Konsep Masalah Keperawatan.....	21
C. Konsep Asuhan Keperawatan	22
BAB III METODE PENELITIAN.....	38
A. Desain penelitian.....	38

B. Subyek studi kasus	38
C. Fokus studi	38
D. Definisi Operasional.....	38
E. Instrumen Studi Kasus	38
F. Tempat dan waktu studi kasus	39
G. Prosedur penelitian.....	39
H. Metode Pengumpulan Data.....	40
I. Keabsahan Data.....	40
J. Analisis Data dan Penyajian Data	41
K. Etika Studi Kasus	41
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	44
A. Hasil	44
B. Pembahasan.....	68
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	78
A. Kesimpulan	78
B. Saran.....	80
DAFTAR PUSTAKA	81
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1 perencanaan.....	25
Tabel 2 Analisa data.....	52
Tabel 3 perencanaan keperawatan	54
Tabel 4 implementasi keperawatan	58
Tabel 5 evaluasi.....	62

DAFTAR LAMPIRAN

lampiran 1 Biodata peneliti

lampiran 2 melakukan penkes dan pegecekan gula darah

lampiran 3 leafleat diabetes

lampiran 4 hasil Turnitin

lampiran 5 lembar konsultasi

**Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Dengan
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di Wilayah Kerja Puskesmas Lok Bahu Samarinda**

Fitriah, Maridi M. Dirdjo

Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur
JL. Ir. H. Juanda No. 15, Samarinda
E-mail: fitriahfitri2711@gmail.com

INTISARI

Latar Belakang: Diabetes Melitus (DM) adalah kondisi metabolic yang bersifat menahun dan kronis, penyakit yang menyerang sistem metabolisme manusia dan disebabkan oleh gagalnya pancreas untuk memproduksi insulin. Sehingga insulin yang dihasilkan kurang baik dan tidak berfungsi seperti yang diharapkan karena bertanggung jawab untuk memasukkan glukosa, atau gula darah ke dalam sel. Dengan demikian, glukosa dalam darah meningkat. Melakukan Tindakan pemeriksaan gula darah.

Tujuan: Memberikan asuhan keperawatan pada pasien diabetes Melitus dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah dan melakukan Tindakan pemeriksaan gula darah.

Metode: Jenis karya tulis adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan.

Hasil: Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3x dengan pemeriksaan gula darah didapatkan hasil gula darah naik turun.

Kesimpulan: Asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan pemberian Tindakan pemeriksaan gula darah selama 3 hari menunjukkan hasil yaitu teratasi Sebagian.

Kata Kunci: Asuhan keperawatan, diabetes melitus, ketidakstabilan kadar glukosa darah.

Case study of nursing care for Type II Diabetes Mellitus patients with Unstable Blood Glucose Levels in the Lok Bahu Samarinda Community Health Center Working Area

Fitriah, Maridi M, Dirdjo

DIII Nursing Study Program, Faculty of Nursing

Muhammadiyah University of East Kalimantan

JL. Ir. H. Juanda No. 15, Samarinda

E-mail: fitriahfitri2711@gmail.com

ABSTRACT

Research Background: *Diabetes Mellitus (DM) is a chronic metabolic condition, a disease that attacks the human metabolic system and is caused by the failure of the pancreas to produce insulin. So the insulin produced is not good and does not function as expected because it is responsible for entering glucose, or blood sugar, into cells. Thus, glucose in the blood increases. Carry out blood sugar checks.*

Purpose: *provide nursing care to diabetes mellitus patients with unstable blood glucose levels and carry out blood sugar checks.*

Research Method: *the type of written work is descriptive in the form of a case study with a nursing care approach.*

Results: *after carrying out nursing care for 3 times with blood sugar checks, the results showed that blood sugar was fluctuating.*

Conclusion: *nursing care for diabetes mellitus patients by providing blood sugar checks 3 days showed results that were partially resolved*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes melitus suatu kondisi yang bisa menyerang sistem metabolisme manusia yang disebabkan oleh gagalnya pankreas untuk menghasilkan insulin. Penyakit tersebut dianggap dengan penyakit yang tidak bisa disembuhkan karena bertahan lama. Adapun macam-macam diabetes seperti diabetes disebabkan kehamilan, diabetes pada tipe 1, diabetes pada tipe 2 (Kemenkes RI, 2020). Pada DM tipe 2, sel tubuh mengalami resisten pada insulin, yang berarti mereka tidak bisa merespon insulin secara penuh. Hal ini bisa terjadi karena kadar gula darah meningkat sebagai penyebab dari hormon yang terjadi ada saat kehamilan, yang menghalangi insulin untuk berfungsi (international diabetes federation, 2019).

Sejauh yang diketahui oleh World Health Organization (WHO) melaporkan ada 422 juta orang di dunia yang mengalami diabetes melitus, yang merupakan peningkatan kira-kira 8,5 persen pada populasi dewasa. Organisasi juga memperkirakan bahwa sebanyak 2,2 juta orang akan meninggal akibat diabetes melitus sebelum memasuki umur usia lanjut, terlebih di sebagian negara dengan ekonomi rendah dan menengah. Kira-kira ada 600 juta orang masih terus bertambah sampai tahun 2035 (Kemenkes RI, 2018), sebaliknya, American Diabetes Association (ADA) menyatakan jika hampir separuh pada orang dewasa di Amerika mengidap penyakit diabetes melitus atau ada satu orang didiagnosis menderita diabetes (ADA, 2013).

Angka kasus diabetes tipe 2 di Indonesia, yang saat ini mencapai peringkat keempat di antara 10 besar negara di dunia, diproyeksikan meningkat sekitar 8,4 juta kasus tahun 2000 terus bertambah sekitar 421,3 juta kasus tahun 2030, dengan kasus ini merupakan 8,6% dari berbagai populasi. Ditinjau oleh diagnosa prevalensi diabetes melitus di tahun 2018, kelompok umur 55 hingga 64 tahun menunjukkan 6,3% pengidap, dan kelompok umur 65 hingga 74 tahun menunjukkan 6,03% (Riskesdas, 2017).

Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) kasus tahun 2017, angka kasus pada diabetes melitus di Kalimantan Timur menduduki peringkat kedua tertinggi, dengan 10,9% dari jumlah penduduk DKI Jakarta dan Kalimantan Timur menduduki peringkat pertama (Riskesdas, 2017).

Dinas kesehatan Kalimantan Timur bertekad untuk mencegah, mengobati, dan melawan penyakit diabetes melitus (DM), yang diperkirakan mencapai 63.330 kasus di Kalimantan Timur (Dinkes, 2016). Menurut Dinas Kesehatan Kota Samarinda ada 1.138 kasus diabetes pada tahun 2017. Namun, kasus diabetes melitus di puskesmas Harapan Baru Samarinda Sebrang mencapai 712 pada tahun 2020, tetapi turun menjadi 637 pada tahun 2021 (Dinkes Kota Samarinda, 2021).

Diabetes memiliki banyak efek negatif, salah satunya adalah komplikasi diabetes dapat termasuk ke dalam penyakit yang menyerang retina (retinopati), menyerang gangguan sistem sensorik tubuh (neuropati), dan menyerang perluasan penyakit ginjal (nefropati) adalah sebab dari komplikasi diabetes (Paduch dkk, 2017).

Salah satu penyebab diabetes melitus adalah sering kencing, sering minum karena merasa sering haus, berat badan yang turun drastis, kelainan pada kulit, luka yang lambat untuk sembuh, terdapat jamur di kulit, penyakit pada genital, sering capek, penglihatan sering kabur, sering menggigil atau terasa kebas, dan naiknya gula darah adalah tanda dan efek samping diabetes (Kemenkes RI, 2019).

B. Rumusan Masalah

Dalam studi kasus yang sudah disampaikan, masalah yang dihadapi dalam studi kasus ini adalah, “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan masalah ketidak stabilan gula darah di Puskesmas Lok Bahu Samarinda kasus tahun 2024?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa memiliki kemampuan untuk mendapatkan ilustrasi yang nyata dalam memberi asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe 2 dengan diagnosis keperawatan risiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu untuk melakukan suatu pengamatan data pada pasien yang dengan Diabetes Melitus.
- b. Dapat untuk menegakkan diagnosis keperawatan dengan pasien Diabetes Melitus.

- c. Dapat menetapkan rencana asuhan keperawatan (intervensi keperawatan) untuk pasien dengan Diabetes Melitus.
- d. Dapat mengimplementasikan evaluasi terhadap perawatan yang dilakukan kepada pasien Diabetes Melitus.
- e. Dapat menilai hasil perawatan yang diberikan kepada pasien Diabetes Melitus.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Tujuan teoritis dari penelitian ini adalah untuk meningkatkan pendidikan dan pengobatan perawat, dengan fokus pada penderita Diabetes Melitus dan kadar glukosa darahnya yang tidak dapat diprediksi.

2. Manfaat Praktis

a. Manfaat bagi penulis dan Mahasiswa

Hasil untuk manfaat tersebut, siswa dapat menerapkan apa yang mereka pelajari di kelas pada masalah dunia nyata dalam merawat penderita diabetes melitus yang menyebabkan kadar glukosa darahnya berfluktuasi.

b. Manfaat bagi Pasien dan Keluarga

Ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah gejala Diabetes Mellitus, dan teks ini berguna untuk mengatasi masalah ini dan memfasilitasi pemulihan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Definisi

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020), diabetes merupakan gangguan metabolisme yang ditandai dengan peningkatan kadar gula darah yang menetap dalam jangka waktu yang lama. American Diabetes Association (2023) menyatakan bahwa hiperglikemia, gejala diabetes melitus, menyebabkan kerusakan pada membran basal dan banyak masalah kronis pada mata, ginjal, dan pembuluh darah. Kadar glukosa yang di atur tubuh disebut glukosa darah. Tubuh menghasilkan energi dengan menggunakan glukosa yang dialirkan melalui darah. Kadar glukosa darah biasanya berubah antara 70 dan 110 mg/dl. Sebelum orang makan di pagi hari kadar glukosa mereka biasanya paling rendah dan meningkat setelah makan. Tingkat gula yang tinggi (di atas 110 mg/dl) dikenal sebagai hiperglikemia. Sebaliknya, pada kadar glukosa yang terlalu rendah (kurang dari 70 mg/dl) dikenal sebagai hipoglikemia (Desi Susanti dkk, 2020).

Diabetes Melitus (DM) pada Tipe II adalah yang paling umum, rata-rata penderita berumur lebih dari 30 tahun. Pankreas masih dapat menghasilkan insulin, tetapi sifat insulin yang didapatkan kurang baik dan tidak berfungsi dengan yang diharapkan karena bertanggung jawab untuk memasukkan kedalam glukosa, dan gula darah, masuk ke sel.

Karena itu, kadar gula darah meningkat. Ketidakpekaan jaringan internal dan sel otot pasien merupakan penyumbang lain dari Diabetes Mellitus Tipe II. Gula darah yang berlebihan menumpuk dalam sirkulasi dalam jangka waktu yang lama karena resistensi insulin, yang mencegah glukosa memasuki sel (Kementerian Kesehatan, 2020)... Insulin, yang disekresikan oleh kelenjar pankreas, membantu sel-sel menggunakan glukosa, gula yang ditemukan dalam darah, untuk energi (Dene fries sumah, 2019).

Resistensi insulin adalah Ketidakmampuan insulin untuk melakukan pengaruh biologi yang pada tingkat gula darah khusus. menunjukkan resistensi pada insulin ketika diperlukan insulin tambahan untuk mempertahankan Tingkat glukosa pada darah dalam batas normal. Resistensi insulin sering terjadi pada setelah postreseptor sel target di sel hati dan otot rangka. Pada kerusakan yang dialami oleh postreseptor ini menyebabkan kompensasi sekresi pada insulin oleh sel beta, yang dapat menyebabkan hiperinsulinemi baik saat puasa ataupun postprandial. Sangat sulit untuk mengukur resistensi insulin. Metode yang dianggap baku untuk mengukur resistensi insulin dengan menggunakan teknik klem insulin pada Binatang yang menjadi percobaan dengan mengukur jumlah rata-rata pada glukosa yang diberikan melalui intravena untuk menjaga normoglikemi selama infus pada insulin.

Kemampuan insulin untuk mengurangi konsentrasi glukosa darah melalui stimulasi penggunaan glukosa di jaringan otot dan lemak dikenal

sebagai sensitivitas insulin dan mengurangi jumlah glukosa yang dihasilkan oleh hati. Resistensi pada insulin adalah keadaan dimana sensitivitas jaringan terhadap kerja pada insulin menurun. pada sebagian orang, pada kepekaan jaringan terhadap kerja insulin tetap dipertahankan, tetapi dengan orang lain, resistensi insulin telah mencapai tingkat yang lebih tinggi. Pendidikan, nutrisi, aktivitas fisik, dan farmakologi adalah empat komponen yang harus diketahui penderita diabetes melitus. Untuk mengelola kondisi mereka dengan baik, penderita diabetes harus memiliki informasi dan kemampuan yang diuraikan dalam pilar pertama. Memenuhi kebutuhan kalori dengan diet yang bervariasi dan seimbang adalah prinsip kedua dari perencanaan diet. Adapun pilar ketiga, olahraga, biasanya tubuh membutuhkan glukosa selama beraktivitas; memasok ini dapat membantu mengembalikan kadar gula darah menjadi normal. Pengobatan, jika perlu, adalah pilar keempat. Ketika perubahan gaya hidup seperti makan dengan baik dan berolahraga gagal menurunkan kadar glukosa darah, obat diabetes oral dapat membantu dengan meniru efek insulin sehingga mengurangi pelepasan glukosa di hati. Ini membantu menjaga kadar glukosa darah tetap terkendali. Putra A.W (2015).

Menurut PusDatin 2020, Federasi Diabetes Internasional (FDI) Mengatakan bahwa diabetes melitus adalah 25% jiwa di semua dunia yang berusia dari 20 tahun hingga 79 tahun. Kasus tahun 2019,

ditemukan bahwa kondisi ini semakin umum. Indonesia memiliki tingkat DM tertinggi dengan 10,7 persen (Riskesdas 2018).

Peningkatan gula darah adalah penyakit metabolik yang dikenal sebagai diabetes melitus tipe II (Suryati, 2021). Diabetes mellitus tipe II terjadi ketika tubuh tidak memproduksi cukup insulin atau tidak dapat menggunakan insulin yang dihasilkannya secara efektif. Retensi insulin: faktor-faktor yang berkontribusi terhadap resistensi insulin pada diabetes melitus tipe II antara lain kelebihan berat badan, memiliki riwayat penyakit dalam keluarga, dan kurang olahraga (Manurung, 2018).

Pendidikan, nutrisi, aktivitas fisik, dan farmakologi adalah empat komponen pengelolaan yang harus diketahui oleh penderita pada diabetes melitus.

2. Etiologi

Tanda dan gejala diabetes secara garis besar dapat dikategorikan menjadi tiga kelompok, seperti yang dikemukakan oleh Helmawati (2021):

- a. Gejala awal adalah gejala utama sering muncul seperti istilah 3P (Poliuria, Polidipsi, dan Polifagia)
 - 1.) Seseorang dengan poliuria buang air kecil lebih sering dari biasanya. Pasien sering dan sering buang air kecil, biasanya dalam jumlah yang cukup banyak pada malam hari.

- 2.) Polidipsia, penyakit terkait poliuria dapat menimbulkan rasa haus yang berlebihan, yang pada gilirannya membuat orang lebih sering minum.
 - 3.) Polifagia, disebabkan oleh peningkatan nafsu makan, sering bermanifestasi sebagai kenaikan berat badan yang stabil selama waktu ini.
- b. Gejala tahap lanjut atau akut sering terjadi karena gejala awal tidak teratasi dengan baik dan mencakup:
- 1.) Perasaan lesu dan lelah yang sering terjadi tanpa pemicu yang jelas.
 - 2.) Karena rasanya yang enak, bak mandi biasanya penuh dengan semut.
 - 3.) Menghasilkan pengurangan lemak tubuh yang dramatis tanpa sebab yang jelas.
- c. Gejala yang menahun atau kronik biasanya muncul setelah mengidap diabetes selama bertahun-tahun:
- 1.) Jaringan tangan dan kaki mengalami kesemutan.
 - 2.) Seperti tusukan, kulitnya terasa panas, kental, dan nyeri.
 - 3.) Kram menstruasi sering terjadi.
 - 4.) Ketika kemerahan, iritasi, atau hilangnya ketebalan kulit secara umum adalah tanda-tanda kondisi kulit.
 - 5.) Perasaan lesu dan lelah tanpa sebab yang jelas sering terjadi.
 - 6.) Pada pria mengalami penurunan kemampuan seksual.

- 7.) Gangguan pada penglihatan (pandangan terasa kabur).
- 8.) Masalah dengan mulut dan gigi.
- 9.) Gatal kelamin pada wanita.
- 10.) Berbagai tempat ketidaknyamanan, terutama di punggung bagian bawah dan anggota badan, adalah gejala yang umum.
- 11.) Jika kadar glukosa darah dan urin meningkat secara signifikan.
- 12.) Luka membutuhkan waktu lama untuk sembuh.

Berdasarkan Helmawati (2021), diagnosis diabetes biasanya dilakukan melalui tes urine menggunakan tes laboratorium sampel urine sebagai bahan pemeriksaan kadar glukosa penderita diperiksa dengan sampel darah. Sampel darah pertama diambil setelah 15 menit untuk tes ini. Saat ingin pengambilan sampel darah seseorang diharuskan berpuasa selama 8-12 jam atau yang disebut dengan (Gula Darah Puasa/GDP), dan melakukan pengecekan kembali sampel darah yang kedua pada saat dua jam setelah makan. Selama dua belas jam, individu dengan diabetes juga dapat memantau kadar gula darahnya sendiri dengan menggunakan glukometer atau argometer.

3. Tanda dan Gejala

Ada beberapa penyebab pada diabetes melitus Poliuria, yang berarti sering kencing. Polidipsia, yang berarti sering minum, dan Poliphagia, adalah sering makan. Tiga gejala klasik diabetes melitus yang tidak dapat dipisahkan. Karena glukosa masuk ke urin, kadar gula yang tinggi di atas 160-80mg/dl menyebabkan poliuria. Namun, jika kadar

gula naik, ginjal akan membuang air tambahan untuk mengencerkan sejumlah besar glukosa. Gula menyebabkan Poliuria (banyak kencing) karena menarik air. Polidipsia terjadi karena tubuh mengimbangi keluarnya urin dengan banyak minum. Untuk menghindari dehidrasi, penderita diabetes selalu menginginkan minuman segar dan dingin. Polipagia terjadi karena insulin yang tidak sehat, yang berarti lebih sedikit gula dimasukkan ke dalam sel-sel tubuh, sehingga lebih sedikit energi yang dapat diproduksi.

Dalam beberapa hari dan minggu, pasien yang dengan diabetes tipe 1 sering mengalami gejala polidipsi, gejala poliuria, penurunan pada berat badan, gejala polifagia, lemah dan somnolen. Sebaliknya, jika pasien yang menderita diabetes tipe 2 mungkin tidak memiliki gejala sama sekali dan hanya dapat didiagnosis melalui pemeriksaan darah di bagian laboratorium.

Biasanya, mereka tidak mengalami ketoasidosis insulin hanya sedikit, bukan total. Sekresi insulin terus berlanjut, yang cukup untuk mencegah ketoasidosis. Untuk menormalkan glukosa, terapi insulin mungkin diperlukan jika pasien memiliki hiperglikemia berat dan tidak menunjukkan reaksi pada terapi diet atau obat hipoglikemik oral. Berkurangnya sensitivitas perifer pada insulin biasanya terlihat pada pasien. Kadar insulin pasien bisa turun, normal, atau bahkan bisa tinggi, tetapi tidak bisa untuk menjaga agar gula darah tetap normal.

5. Patofisiologi

Kekhawatiran dengan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin tidak dapat dipisahkan. Kerja insulin yang normal membutuhkan pengikatan pada reseptor permukaan tertentu pada sel. Akibatnya, ini memicu serangkaian peristiwa yang berkaitan dengan metabolisme glukosa setelah mengikat reseptor ini. Karena resistensi insulin pada diabetes tipe 2 dikaitkan dengan berkurangnya respons intraseluler, insulin tidak dapat merangsang penyerapan jaringan. Langkah pertama dalam membalikkan resistensi insulin dan menghentikan produksi glukosa darah adalah peningkatan insulin yang disekresikan.

Produksi insulin yang berlebihan membuat kadar glukosa tetap rendah pada individu dengan toleransi glukosa yang berkurang. Ketika sel beta tidak dapat memenuhi kebutuhan insulin tubuh yang lebih tinggi, diabetes tipe 2 berkembang. Tubuh masih memproduksi insulin yang cukup untuk menghentikan pemecahan lemak dan produksi keton, bahkan jika kelainan sekresi insulin merupakan ciri khas diabetes tipe 2. Oleh karena itu, ketoasidosis sangat jarang terjadi pada penderita diabetes tipe 2, tetapi sindrom hiperglikemik tetap muncul jika DM tipe 2 tidak dapat terkontrol.

6. Klasifikasi

Klasifikasi terbagi menjadi empat jenis, Antara lain:

a. Diabetes Melitus pada Tipe 1

Kebanyakan orang menganggap diabetes melitus tipe 1 sebagai

respons autoimun, Dimana system kekebalan menyerang sel-sel yang mensekresi insulin pancreas, menyebabkan pancreas tidak dapat menghasilkan insulin. Penyebab dari reaksi ini tidak diketahui. Meskipun jika terdapat kerusakan pada pancreas, diabetes tipe I hanya terjadi secara individu yang memiliki kecenderungan pada genetik. Dan pada diabetes tipe I biasanya muncul secara tiba-tiba, penghancuran sel-sel penghasil insulin bisa dimulai dalam beberapa bulan atau tahun sebelumnya. Dan sekitar 80% atau bisa lebih dari sel yang rusak dan gejala biasanya muncul.

b. Diabetes Melitus pada Tipe 2

Diabetes Melitus tipe 2 menyebabkan pada insulin tidak bisa dihasilkan oleh pankreas dan sel tidak bisa menanggapi dengan baik. Akibatnya, pada gula darah tidak dapat diubah dan tidak bisa diubah menjadi energi. Untuk menanggapi resistensi pada insulin, pankreas membuat lebih banyak insulin pada awalnya, tetapi pada akhirnya pankreas tidak dapat menangani permintaan yang meningkat. inilah alasan mengapa pengobatan diabetes tipe 2 yang sering berubah seiring waktu dan akhirnya cenderung membutuhkan insulin. Kelebihan berat badan dan penumpukan timbunan lemak di sekitar hati dan pancreas adalah hubungan lain yang sering terjadi karena diabetes tipe 2.

c. Diabetes gestasional

Timbulnya diabetes biasanya terjadi selama kehamilan, dan kondisi

ini dikenal sebagai diabetes gestasional. Diabetes tipe 1 atau tipe 2 tidak selalu terdeteksi pada waktunya untuk kehamilan. Di sisi lain, sering bermanifestasi untuk pertama kalinya antara usia 24 dan 28 minggu selama kehamilan dan hilang begitu bayi lahir. Diabetes tipe 2 persisten, diabetes gestasional pada kehamilan berturut-turut adalah risiko yang lebih besar bagi wanita yang menderita diabetes jenis ini dalam beberapa tahun mendatang. Untuk memenuhi kebutuhan bayi yang sedang tumbuh, tubuh pasien meningkatkan glukosa darahnya saat hamil, yang membutuhkan lebih banyak insulin. Namun, jika produksi insulin pasien tidak dapat mengatasi penurunan, produksi hormon plasenta membuat insulin menjadi kurang efektif. Pada Gambaran ini, glukosa tetap ada di dalam darah.

d. Adapun Diabetes melitus yang berbeda

Ada beberapa DM tipe lain (ADA, 2020) yaitu:

- (1) Diabetes monogenik, atau yang muncul pada bayi baru lahir
- (2) Penyakit yang menyerang pankreas
- (3) Diabetes yang diinduksi secara kimiawi disebabkan oleh penggunaan glukokortikoid selama infeksi HIV/AIDS atau setelah transplantasi pada organ.

7. Faktor Risiko

Faktor-faktor tersebut adalah:

a. Obesitas

Obesitas, yang menyebabkan peningkatan jumlah jaringan lemak,

meningkatkan jumlah reseptor insulin yang terganggu, dan menyebabkan resistensi pada insulin, adalah salah satu factor utama risiko diabetes tipe 2. Namun, obesitas tidak merupakan syarat untuk diabetes tipe 2 seseorang individu indeks massa tubuh (IMT) lebih dari 23 kilogram per meter persegi, atau 120% dari IMT, membawa risiko signifikan terkena diabetes Tipe 2. Risikonya lebih tinggi jika kelebihan lemak disimpan sebagian besar di daerah perut (obesitas sentral) dan titik masalah lainnya seperti pinggul dan paha.

b. Dislipidemia

Orang dengan dislipidemia, kadar trigliserida lebih dari 250 mg / dl, atau kadar kolesterol HDL di bawah 35 mg / dl berisiko lebih tinggi terkena diabetes melitus tipe 2.

c. Ras

Diabetes melitus tipe 2 lebih sering terjadi pada kelompok etnis tertentu dibandingkan dengan populasi secara keseluruhan. Kelompok-kelompok ini termasuk orang kulit hitam, Hispanik, Asia Amerika, dan Indian Amerika, meskipun penyebabnya belum diketahui.

d. Usia

Diabetes melitus tipe 2 sedang meningkat di kalangan generasi muda. Kecenderungan seseorang untuk menambah berat badan meningkatkan kemungkinan terkena diabetes Tipe II seiring

bertambahnya usia, terutama setelah usia 45 tahun, mengurangi massa otot, dan berolahraga.

e. Pre-diabetes

Pasien dengan pradiabetes memiliki kadar glukosa darah yang lebih tinggi dari biasanya tetapi belum cukup tinggi untuk didiagnosis menderita diabetes; ini terjadi ketika kadar glukosa darah puasa di masa lalu di bawah 140 mg/dl. Mengabaikan diabetes melitus tipe 2 terlalu lama meningkatkan risiko perkembangannya.

f. Gaya hidup dan jarang melakukan aktivitas fisik

Karena sel menjadi lebih peka terhadap insulin dan tidak aktif secara fisik menggunakan glukosa sebagai energi, resiko terkena diabetes melitus tipe 2 meningkat.

g. Riwayat keluarga atau herediter

Mereka berisiko terkena diabetes melitus tipe II jika salah satu dari mereka memiliki diabetes melitus tipe 2.

h. Seorang ibu sebelumnya yang mengalami diabetes selama kehamilan dan telah melahirkan bayi dengan berat lebih dari 400gram.

i. Selain itu, diketahui bahwa orang yang menderita hipertensi, penyakit jantung coroner (PJK), dan hipertiroidisme lebih rentan terhadap diabetes.

8. Komplikasi Pada Diabetes Melitus

Komplikasi diabetes akut Konsekuensi parah dari diabetes akut, seperti peningkatan atau penurunan kadar gula darah yang tajam,

memerlukan perhatian medis segera, dapat menyebabkan ketidaksadaran, kejang, dan bahkan kematian. Tiga jenis komplikasi yang mungkin terjadi akibat diabetes akut:

a. Hipoglikemia

Hipoglikemia, penurunan kadar gula darah secara tiba-tiba, dapat terjadi akibat overdosis insulin, penggunaan obat hipoglikemik, atau makan setelah makan berakhir. Gejalanya meliputi penglihatan kabur, jantung berdebar kencang, sakit kepala, tremor, keringat dingin, dan vertigo; kejang, koma, dan pingsan dapat terjadi akibat kadar gula darah yang rendah.

b. Ketoasidosis Diabetik (KAD)

Kondisi diabetes yang dikenal sebagai ketoasidosis diabetik terjadi ketika tubuh memecah lemak dan menghasilkan keton alih-alih gula atau glukosa untuk energi. Jika tidak segera ditangani, akumulasi asam yang ditimbulkannya dapat menyebabkan dehidrasi, koma, sesak napas, dan kematian. Kadar gula darah yang berlebihan menyebabkan masalah ini.

c. *Hyperosmolar hyperglycemic state (HHS)*

Tanda-tanda kondisi hiperglikemi hyperosmolar (HHS) adalah salah satu kegawatan yang paling umum dan berpotensi menyebabkan kehilangan nyawa hingga 20%. Kejang, lemas, kesadaran yang buruk (hingga koma), dan rasa haus yang berlebihan merupakan gejala HHS.

9. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (doenges, 2019):

- a. Tes darah: standar untuk mendiagnosis diabetes adalah peningkatan kadar glukosa setelah puasa semalaman. Pada penderita diabetes, kisaran normal gula darah (GDS) saat ini adalah kurang dari 200 mg / dl. Nilai khas defisiensi protein yang bergantung pada glukosa pada diabetes adalah kurang dari 126 mg / dl. Kisaran khas glukosa dua jam setelah prandial (GD2PP) pada penderita diabetes adalah kurang dari 180 mg / dl. Toleransi glukosa oral yang normal untuk diabetes (TTGO) pada diabetes: 200 mg/dl, normal adalah TTGO: 140 mg/dl.
- b. Cek HbA1c, kadar memberikan perkiraan kadar glukosa plasma selama 1 hingga 3 bulan sebelumnya. Kisaran normalnya adalah antara 4% dan 5,6%. Tingkat target untuk penderita diabetes adalah <7%.
- c. Keton serum, baik yang diproduksi secara sintetis atau alami, adalah kelas molekul lipid.
- d. Osmolalitas serum: mengukur konsentrasi partikel dalam darah untuk mengetahui tekanan darah. Kisaran tipikal adalah antara 280 dan 303 mOsm / K.
- e. Glucagon: hormon yang membuat glukosa darah naik
- f. Hormon peptide insulin, yang memungkinkan tubuh memetabolisme dan menggunakan glukosa.

10. Penatalaksanaan Medis

Menurut Perkeni (2021), orang yang dengan diabetes memerlukan pertimbangan yang sah saat memberikan obat kepada pasien. Berikut adalah alasan:

a. Edukasi

Pasien terkadang menderita diabetes melitus akibat gaya hidup yang tidak banyak bergerak dan pola makan yang buruk karena kendala keuangan. Oleh karena itu, mengharapkan bantuan dari keluarga dan jaringan. klien harus dibantu agar memulai perubahan cara oleh kelompok kesejahteraan. Cara hidup yang efisien dan sehat yang menginspirasi konsumen untuk menjalani gaya hidup sehat dan memasukkan kebiasaan makan yang baik ke dalam rutinitas sehari-hari mereka.

b. Terapi gizi

Dalam pengobatan diabetes melitus secara keseluruhan, gizi medis adalah komponen penting. seluruh tim kesehatan bertanggung jawab atas kesuksesan terapi nutrisi untuk memenuhi kebutuhan nutrisi (Perawat, Dokter, Gizi, Klien, dan Keluarga).

c. Latihan jasmani

Latihan fisik dilakukan dengan rutin tiga atau empat kali setiap minggu selama kira-kira tiga puluh menit, dan istirahat Antara latihan selama lewat dari dua hari berturut-turut. Rencana tersebut membantu menjaga agar badan tetap sehat dan meningkatkan

sensitivitas pada insulin, yang memungkinkan pengendalian glukosa darah. Jalan santai, bersepeda, jogging, dan berenang adalah contoh latihan fisik yang baik.

Sebelum berolahraga, disarankan untuk menjalani pemeriksaan glukosa darah. Pasien yang kadar glukosa darahnya di bawah 100 mg / dl harus mulai mengonsumsi karbohidrat; mereka yang kadarnya di atas 250 mg / dl harus disarankan untuk meminimalkan aktivitas fisik. Pasien yang mengalami gejala diabetes yang berpartisipasi dalam aktivitas fisik berisiko tinggi atau intensitas sedang dibebaskan dari persyaratan untuk evaluasi medis khusus.

11. Intervensi Farmakologi

Menurut (Perkeni, 2021) Pengobatan dalam bentuk oral dan suntik merupakan bagian dari pengobatan farmakologis. Latihan fisik diberikan dengan perawatan ini.

a. Obat antihiperqlikemik oral

Terbagi menjadi 3 golongan yaitu:

1) Pemacu sekresi insulin (Insulin secretagogue)

a) Sulfonilurea

Obat ini merangsang sel beta untuk mengeluarkan lebih banyak insulin. Gejala kenaikan ini termasuk peningkatan lemak tubuh dan hipoglikemia. Pasien yang berisiko tinggi mengalami hipoglikemia (misalnya, orang tua, mereka yang menderita penyakit hati atau ginjal) harus dipantau secara

hati-hati saat minum obat. Di antara obat-obatan tersebut adalah gliclazide, glibenclamide, glipizide, dan gliquidone.

b) Glinid

Sementara obat-obatan ini memiliki mekanisme kerja yang mirip dengan sulfoniurea, efeknya berbeda pada daerah reseptor karena fakta bahwa produk akhir menutupi jendela produksi insulin primer. Obat-obatan seperti nateglinide dan repaglinide, yang masing-masing merupakan turunan dari asam benzoat dan fenilalanin, termasuk dalam kelas ini. Setelah tertelan, obat diserap dengan cepat. Pemberian oral dan ekskresi jantung yang cepat. Peningkatan kadar gula darah merupakan salah satu efek samping yang potensial.

2) Peningkatan Sensitivitas terhadap insulin (Insulinsensitizers)

a) Metformin

Mengurangi gluconeogenesis (pembentukan pada glukosa dalam hati) dan meningkatkan pengambilan glukosa di jaringan adalah dua efek utama metformin. Dalam beberapa waktu, pengobatan pertama untuk diabetes melitus pada tipe II adalah metformin. pada pasien yang mengalami gangguan kemampuan pada ginjal, filter glomerular rate (GFR 30-60ml/menit/1,73 m²), dosis metformin berkurang. jika seseorang memiliki kelemahan hati yang serius atau kecenderungan, metformin tidak boleh diberikan.

Hipoksemi, seperti penyakit serebrovaskuler, sepsi syok, penyakit paru-paru obstruktif konstan (PPOK), dan kerusakan kardiovaskular. Sistem pencernaan seperti dyspepsia adalah efek sekunder yang mungkin terjadi.

b) **Thiazolidinedione**

karena dapat memperparah edema atau meningkatkan pemeliharaan cairan tubuh, pasien dengan gangguan kardiovaskular tidak boleh mengonsumsi pioglitazone.

3) **Penghambatan alfa glukosa:**

Obat ini efektif karena menghambat enzim saluran pencernaan alfa glukosidase. Ini mencegah penyerapan glukosa melalui usus kecil. Irritable bowel syndrome (IBS) adalah kondisi fungsi hati yang parah yang tidak merespons penghambat ini. Kembung, atau akumulasi gas di usus, yang sering menyebabkan perut kembung, merupakan salah satu efek samping yang potensial. Dosis pertama obat-obatan seperti acarbose biasanya agak ringan untuk mengurangi keparahan efek samping ini. Pada kondisi ini, HHS adalah salah satu kegawatan dan presentase kematian hingga 20%. Karakteristik hiperglycemic hyperosmolar state (HHS), yang meliputi rasa haus yang sangat besar, kejang, lemas, dan penurunan kesadaran hingga koma.

B. Konsep Masalah Keperawatan

Ketidakstabilan kadar glukosa darah merupakan ciri khas diabetes melitus tipe 2, yang berkembang ketika tubuh menjadi resisten terhadap insulin sehingga menghambat proses metabolisme energi di dalam pembuluh darah. Beberapa komplikasi yang berpotensi ditimbulkan oleh diabetes termasuk perubahan pada pembuluh darah mikrovaskular seperti (retinopati, diabetik, dan makrovaskular seperti masalah pada pembuluh darah otak, jantung, dan kaki). Penderita diabetes melitus dan kadar glukosa darah yang tidak stabil menjadi fokus penelitian ini, yang bertujuan untuk mencari alternatif pengobatan bagi mereka.

Untuk menjaga kestabilan kadar glukosa darah, terapi ini bertujuan untuk meredakan gejala seperti kelelahan, keluhan lapar, berkurangnya rasa haus, dan peningkatan kadar glukosa darah. tindakan yang digunakan untuk mengontrol kadar gula darah tinggi dan menjaganya tetap stabil, serta untuk mengurangi kemungkinan masalah, Pendidikan Kesehatan, diet, snam kaki, dan pengobatan. Manajemen diabetes melitus harus dilakukan dengan tepat dan konsisten, disertai dengan dukungan keluarga.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Memeriksa tanda-tanda vital pasien, berbicara dengan pasien atau orang yang dicintainya, melakukan pemeriksaan fisik, dan meninjau riwayat kesehatan pasien adalah contoh penyelidikan yang mengumpulkan data subjektif dan objektif (NANDA, 2018).

a) Biodata

Informasi berikut diperlukan untuk mengidentifikasi klien: nama, usia (Diabetes tipe I biasanya dimulai sebelum usia 30 tahun dan diabetes tipe II biasanya dimulai setelah usia 30 tahun dan biasanya memburuk pada usia 65 tahun), jenis kelamin, status agama, diagnosis, profesi, tingkat pendidikan, dan tanggal Ibu.

b) Riwayat kesehatan

Kelelahan merupakan gejala yang umum terjadi pada penderita diabetes melitus, yang merupakan keluhan utama, dan keluhan pada berat badan yang menurun dan sering haus, mata mengalami kabur, sering kencing (poliuria), sering makan (polifagia), dan sering minum (polidpsi). *Ulkus diabetic* biasanya mengalami luka yang lama untuk pulih.

c) Riwayat pada kesehatan sekarang

Gejala seperti sering lapar, haus, dan buang air kecil sering terjadi pada klien yang pernah mengalami penurunan berat badan sebelumnya, penglihatan menjadi kabur, dan cepat mengantuk dan lelah.

d) Riwayat Kesehatan Dahulu

Individu diabetes bermanifestasi tanpa tanda-tanda penyakit luar. Diperlukan penelitian untuk penyakit-penyakit yang berpotensi memicu diabetes melitus, antara lain:

1) Kanker pankreas

- 2) Masalah dengan penerimaan insulin
 - 3) Fluktuasi kadar hormon
- e) Riwayat pada Kesehatan Keluarga
- Memmanifestasikan dirinya ketika ada **riwayat** diabetes melitus dalam keluarga.
- f) Pemeriksaan Fisik
- Menurut Doengoes (2019), **Penelitian** berikut melibatkan pasien diabetes:
- 1) Aktivitas/istirahat
- Kelemahan, mudah lelah, kesulitan berjalan dan bergerak, kram pada otot, dan gangguan kekuatan otot adalah beberapa gejalanya.
- Gejalanya meliputi detak jantung yang cepat, sesak napas dengan atau tanpa olahraga, otot yang lemah, dan dispnea.
- 2) Sirkulasi
- Tanda dan gejala: serangan jantung mendadak, ulkus tungkai, penyembuhannya lambat.
- Tanda: Kebingungan, disorientasi (hipoglikemia), takikardia, perubahan tekanan darah, denyut nadi menurun.
- 3) Integritas ego
- Gejala: stress, termasuk kekhawatiran finansial terkait dengan kehidupannya.
- Tanda: merasa Cemas, mudah tersinggung.

4) Eliminasi

Gejala: sering kencing yang berlebihan (poliuria), nokturia, terasa nyeri dan terasa terbakar, susah saat berkemih, nyeri perut, kembung, diare.

Tanda: Urin keruh, berbau (infeksi), bising usus berkurang, diare.

5) Makanan/cairan

Gejala: Pasien dengan diabetes, anoreksia, muntah, mual, atau penurunan berat badan yang cepat tidak boleh mematuhi rencana makan yang ditentukan.

Tanda: Kemerahan, panas, kekeringan, dan kurangnya turgor pada kulit merupakan gejala dehidrasi parah, seperti halnya mata yang cekung.

6) Neurosensori

Gejala: Pusing, gangguan penglihatan, kesemutan, kelemahan otot.

Tanda: Kebingungan, mengantuk, lesu, stupor, kejang, reflex tendon dalam (RTD).

7) Nyeri/ketidaknyamanan

Gejala: Perut kembung, dan nyeri.

Tanda: tampak meringis, palpasi perut.

8) Pernapasan

Gejala: Batuk, dengan tanpa dahak (infeeksi).

Tanda: Takipnea, mengi, dahak berwarna kuning dan kehijauan (infeksi).

9) Keamanan

Gejala: Kulit kering, terasa gatal, ulserasi kulit.

Tanda: Demam, kelemahan dan kelumpuhan otot, penurunan kekuatan rentang gerak (ROM), tanda-tanda infeksi lainnya.

10) Pertimbangan pada rencana pemulangan

Mungkin perlu bantuan diet. monitor gula darah, monitor obat dan stok, kebersihan diri.

2. Diagnosa Keperawatan

Untuk menentukan pengobatan terbaik bagi klien, analisis keperawatan merupakan komponen penting. untuk meningkatkan kinerja seseorang. Analisis keperawatan merencanakan untuk membedakan reaksi klien agar menjadi lebih baik (Doenges, 2019).

Setelah informasi dikumpulkan dari evaluasi informasi dan analisis keperawatan yang teliti. Berikut ini adalah masalah yang dihadapi banyak penderita diabetes melitus (Doenges, 2019):

- a. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Dalam Darah (D. 0027)
- b. Hipervolemia (D.0022)
- c. Defisit Nutrisi (D. 0019)
- d. Gangguan Volume Cairan (D. 0055)
- e. Kerusakan Integritas Kulit (D. 0129)
- f. Resiko Infeksi (D. 0142)

- g. Nyeri Akut (D. 0077)
- h. Keletihan (D.0057)
- i. Ketidakpatuhan (D.0114)

3. Perencanaan

Tabel 1 perencanaan

No.	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah	<p>Kestabilan kadar glukosa darah</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x diharapkan ketidakstabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kordinasi <p>Keterangan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengantuk 2. Pusing 3. Lelah/lesu 4. Keluhan lapar <p>Keterangan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>Manajemen Hiperglikemia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 1.2 Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kambuhan) 1.3 Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 1.4 Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 1.5 Monitor intake dan output cairan 1.6 Monitor keton urine, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.7 Berikan asupan cairan oral 1.8 Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk 1.9 Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.10 Anjurkan membawa karbohidrat sederhana setiap saat 1.11 Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl 1.12 Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 1.13 Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 1.14 Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu 1.15 Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat

			<p>oral, monitor asupan cairan pengganti karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.16 Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</p> <p>1.17 Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu</p> <p>1.18 Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu</p> <p>Manajemen Hipoglikemia</p> <p>Observasi</p> <p>1.19 Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia</p> <p>1.20 Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.21 Berikan karbohidrat sederhana, jika perlu</p> <p>1.22 Berikan glucagon, jika perlu</p> <p>1.23 Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet</p> <p>1.24 Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>1.25 Pertahankan akses IV, jika perlu</p> <p>1.26 Hubungi layanan medis darurat, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>1.27 Anjurkan membawa karbohidrat sederhana setaip saat</p> <p>1.28 Anjurkan memakai identitas darurat yang tepat</p> <p>1.29 Anjurkan monitor kadar glukosa darah</p> <p>1.30 Anjurkan berdiskusi dengan tim perawatan diabetes tentang penyesuaian program pengobatan</p> <p>1.31 Jelaskan interaksi antara diet, insulin/agen oral, dan olahraga</p> <p>1.32 Ajarkan pengelolaan hipoglikemia (mis. Tanda dan gejala, faktor risiko, dan pengobatan hipoglikemia)</p> <p>1.33 Ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia (mis. Mengurangi insulin/agen oral dan meningkatkan asupan makanan untuk olahraga)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.34 Kolaborasi pemberian</p>
--	--	--	--

			<p>dekstrose, jika perlu</p> <p>1.35 Kolaborasi pemberianglucagon, jika perlu</p>
2.	Hipervolemia	<p>Keseimbangan cairan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan 2. Haluaran cairan 3. Asupan makanan <p>Keterangan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan <p>4. Dehidrasi</p> <p>Keterangan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>Manajemen Hipervolemia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dyspnea, edema, JVP/CVP meningkat, reflex hepatojugular positif, suara napas tambahan) 2.2 Identifikasi penyebab hipervolemia 2.3 Monitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, POMP, CO, CI), jika tersedia 2.4 Monitor intake dan output cairan 2.5 Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urin) 2.6 Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. Kadar protein dan albumin meningkat) 2.7 Monitor kecepatan infus secara ketat 2.8 Monitor efek samping diuretic (mis. Hipotensi ortostatik, hypovolemia, hypokalemia, hyponatremia) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.9 Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 2.10 Batasi asupan cairan dan garam 2.11 Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.12 Anjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam 2.13 Anjurkan melapor jika bb bertambah > 1 kg dalam sehari 2.14 Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan 2.15 Ajarkan cara membatasi cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.16 Kolaborasi pemberian diuretik 2.17 Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik

			2.18 Kolaborasi pemberian <i>continuous renal replacement therapy</i> (CRRT), jika perlu
3.	Defisit Nutrisi	<p>Status Nutrisi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Porsi makanan yang dihabiskan</p> <p>Keterangan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat <p>2. Berat badan</p> <p>3. Indeks massa tubuh (IMT)</p> <p>Keterangan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	<p>Manajemen Nutrisi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Identifikasi status nutrisi 3.2 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3.3 Identifikasi makanan disukai 3.4 Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 3.5 Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 3.6 Monitor asupan makanan 3.7 Monitor berat badan 3.8 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.9 Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 3.10 Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 3.11 Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 3.12 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 3.13 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 3.14 Berikan suplemen makanan, jika perlu 3.15 Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.16 Anjurkan posisi duduk, jika mampu 3.17 Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.18 Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemetik), jika perlu 3.19 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu

4.	Gangguan volume cairan	<p>Keseimbangan cairan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan 2. Haluaran urine 3. Kelembapan membran mukosa <p>Keterangan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan <p>4. Edema 5. Dehidrasi</p> <p>Keterangan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>Manajemen Cairan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Monitor status hidrasi (mis. Frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 4.2 Monitor berat badan harian 4.3 Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisi 4.4 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. Hematocrit, Na, K, Cl, berat jenis urine, BUN) 4.5 Monitor status hemodinamik (mis. MAP, CVP, PAP, PCWP jika tersedia) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.6 Catat intake-output dan hitung balance cairan 24 jam 4.7 Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan 4.8 Berikan cairan intravena <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.9 Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu
5.	Gangguan integritas kulit	<p>Integritas kulit dan jaringan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan 2. Kerusakan lapisan kulit <p>Keterangan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>Perawatan integritas kulit Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.2 Ubah posisi tiap 2 jam tirah baring 5.3 Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 5.4 Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 5.5 Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 5.6 Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 5.7 Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.8 Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) 5.9 Anjurkan minum air yang cukup

			<p>5.10 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>5.11 Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</p> <p>5.12 Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem</p> <p>5.13 Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah</p> <p>5.14 Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</p>
6.	Resiko Infeksi	<p>Tingkat Infeksi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam 2. Kemerahan 3. Nyeri 4. Bengkak <p>Keterangan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.2 Batasi jumlah pengunjung 6.3 Berikan perawatan kulit pada area edema 6.4 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 6.5 Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.6 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6.7 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 6.8 Ajarkan etika batuk 6.9 Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 6.10 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6.11 Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.12 Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
7.	Nyeri akut	<p>Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri 2. meringis 3. gelisah 4. kesulitan tidur <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.1 identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 7.2 identifikasi skala nyeri 7.3 identifikasi respon nyeri non verbal 7.4 identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 7.5 identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

		<p>3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun</p>	<p>7.6 identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7.7 identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7.8 monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 7.9 monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 7.10 berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Akupresur, terapi music, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 7.11 kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 7.12 fasilitasi istirahat dan tidur 7.13 pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 7.14 jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 7.15 jelaskan strategi meredakan nyeri 7.16 anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 7.17 anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 7.18 ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 7.19 kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
8.	Keletihan	<p>Tingkat Keletihan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x diharapkan tingkat keletihan membaik dengan kriteria hasil: 1.verbalisasi kepulihan energi 2. tenaga 3.kemampuan melakukan aktivitas rutin Keterangan: 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang</p>	<p>Manajemen Energi Observasi 8.1 identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 8.2 monitor kelelahan fisik dan emosional 8.3 monitor pola dan jam tidur 8.4 monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 8.5 sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)</p>

		<p>4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan 4. verbalisasi lelah 5. lesu 6. sakit kepala Keterangan: 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 7. selera makan 8. pola istirahat Keterangan: 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik</p>	<p>8.6 lakukan latihan rentang gerak pasif dan/ atau aktif 8.7 berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8.8 fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 8.9 anjurkan tirah baring 8.10 anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 8.11 anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 8.12 ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 8.13 kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
9.	Ketidakpatuhan berhubungan dengan dukungan kepatuhan program pengobatan	<p>Tingkat Kepatuhan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x diharapkan tingkat kepatuhan meningkat dengan kriteria hasil: 1. verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan/pengobatan (5) 2. verbalisasi mengikuti anjuran (5) Keterangan: 1. menurun 2. cukup menurun 3. sedang 4. cukup meningkat 5. meningkat 3. perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan (5) 4. perilaku menjalankan anjuran (5) Keterangan: 1. memburuk 2. cukup memburuk 3. sedang 4. cukup membaik 5. membaik</p>	<p>Dukungan kepatuhan program pengobatan Observasi 9.1 identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan Terapeutik 9.2 buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik 9.3 buat jadwal pendampingan keluarga untuk bergantian menemani pasien selama menjalani program perawatan/pengobatan, jika perlu 9.4 dokumentasikan aktivitas selama menjalani proses pengobatan 9.5 diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan 9.6 libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani Edukasi 9.7 informasikan program pengobatan yang harus dijalani 9.8 informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan 9.9 anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan</p>

			9.10 anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan terdekat, jika perlu
--	--	--	--

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah strategi yang dipikirkan dengan matang yang membutuhkan upaya individu dan kelompok. Di sini, perawat menangani kasus diabetes melitus baik kelompok maupun individu. Mereka bekerja secara mandiri dan bergantung pada pendekatan ini. (Susanto, 2022).

5. Evaluasi

Tahap terakhir dalam proses perawatan adalah evaluasi. Selama fase ini, terdapat ketidaksesuaian yang terkendali dan disengaja antara hasil pengobatan dan hasil yang diharapkan atau hasil awal. Tujuan dari penilaian ini adalah untuk mengetahui seberapa baik terapi tersebut bekerja dan memberikan beberapa saran untuk perbaikan. Membandingkan SOAP dengan tujuan dan standar hasil yang ditetapkan adalah cara untuk mengetahui jika masalah sudah teratasi, teratasi sebagian, tidak teratasi, atau bisa muncul Kembali. menggunakan Format evaluasi menggunakan:

S: Informasi yang diperoleh dari tujuan, Bersama dengan kriteria hasil

O: Data yang diperoleh dari pengamatan, pemeriksaan, Setelah pengamatjan disiapkan, dan para perawat melakukan pengukuran.

A: Memisahkan data subjektif dan objektif, serta hasil standar dan objektif, adalah inti dari analisis. Langkah selanjutnya adalah

menentukan apakah masalah telah diperbaiki seluruhnya atau sebagian, atau jika masalah baru telah muncul.

P: Hasil analisis ini dapat menginformasikan kelanjutan, modifikasi, atau pembatalan rencana keperawatan lanjutan jika muncul masalah baru atau jika tujuan telah tercapai. Sosantino (2022).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain penelitian

Tujuan dari studi kasus deskriptif ini adalah untuk memberikan penjelasan tentang bagaimana perawat dapat lebih memperhatikan kebutuhan aktivitas fisik pasien diabetes mereka. Observasi, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi merupakan langkah-langkah utama asuhan keperawatan yang dimanfaatkan dalam studi kasus. Tahun 2022 ditetapkan oleh Aprita.

B. Subyek studi kasus

Situasi klien individu, keluarga, atau kelompok masyarakat diperiksa dengan cermat dalam studi kasus. Karena itu, mereka tidak menggunakan populasi dan sampel. Sebaliknya mereka menggunakan istilah “subyek”. Kriteria untuk masuk dan keluar klien harus dibuat.

C. Fokus studi

Perawatan keperawatan pasien diabetes melitus tipe 2 dan kadar glukosa darah tidak stabil di Area Kerja Puskesmas Loa Bahu Samarinda

D. Definisi Operasional

Asuhan keperawatan diabetes melitus tipe II merupakan salah satu bentuk asuhan pasien secara langsung dalam bidang keperawatan. Skema pelayanan medis ini mencakup penelitian diagnose keperawatan, desain intervensi, dan evaluasi asuhan keperawatan.

E. Instrumen Studi Kasus

1. Dengan kadar gula darah sebagai indikatornya, pengukuran yang disebut biofisiologis berfokus pada bagian fisiologis tubuh manusia.
2. Observasi terstruktur adalah keadaan yang telah disusun atau diatur secara sistematis dan menggunakan lembar observasi untuk melakukan pemeriksaan gula darah pada pagi hari sebelum makan jam 07.30 dan dua jam setelah makan.
3. Prosedur sistematis untuk mengumpulkan informasi tentang klien melalui Tanya jawab dalam format penelitian dikenal sebagai wawancara terstruktur.

F. Tempat dan waktu studi kasus

Pada kasus tersebut dilakukan di wilayah kerja Puskesmas loa bahu Samarinda, lama penelitian ini di laksanakan kurun waktu 3 hari dimulai tanggal 30 bulan Mei tahun 2024.

G. Prosedur penelitian

a. Prosedur Adminitrasi

Proses pengumpulan data dari kampus ke puskesmas hingga ke penderita.

- 1) Lembaga Penelitian Fakultas Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur untuk Program Diploma III Keperawatan memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian.

- 2) Pengambilan sampel dilakukan berdasarkan penderita yang tersedia dan diatur.
- 3) Mengunjungi responden dan keluarganya, menjelaskan tujuan penelitian
- 4) Anggota keluarga setuju untuk mengambil bagian dalam penelitian.
- 5) Kerabat diberi waktu yang cukup untuk mengajukan pertanyaan.
- 6) Formulir persetujuan ditandatangani oleh keluarga dan penderita. selain itu, keluarga dan penyidik membuat kontrak waktu untuk wawancara lanjutan. kontrak pada pertemuan selanjutnya.

b. Prosedur asuhan keperawatan

Pada bagian ini diberikan kepada pasien sejak awal pemeriksaan hingga evaluasi dan dokumentasi yang tepat

- 1) Pemeriksaan melakukan penilaian terhadap responden dan anggota keluarga melalui wawancara observasional dan pemeriksaan fisik.
- 2) Pengkaji memberikan diagnosis keperawatan kepada responden
- 3) Pengkaji akan membuat program perawatan yang akan diberikan kepada responden.
- 4) Informasi diberikan asuhan keperawatan oleh pengkaji
- 5) Penyidik menilai perawatan yang diberikan kepada responden, dan peneliti menilai intervensi perawatan.
- 6) Peneliti akan mencatat proses perawatan yang diberikan kepada responden. pertama, kami menilai tindakan yang dilakukan.
- 7) Hasil perawatan yang diterima responden.

8) Sampai pada kesimpulan.

H. Metode Pengumpulan Data

a. Metode wawancara

1) Wawancara

2) Tanyakan tentang kepribadian

3) Tanyakan tentang penyakit klien saat ini, penyakit sebelumnya, dan riwayat Kesehatan keluarga.

b. Observasi/monitor

1) Berbagai metode digunakan dalam pemeriksaan fisik, termasuk pemeriksaan, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

2) Rekaman asuhan keperawatan.

c. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen berikut digunakan selama proses asuhan keperawatan: alat cek GDS, tensi meter, stetoskop, dan timer. setelah TTV, pemeriksaan gula darah dilakukan lalu prosedur terapi, pemeriksaan gula darah.

I. Keabsahan Data

1. Data Primer

Informasi yang dikumpulkan dari sumber asli, seperti data pengamatan objek dan wawancara dengan penderita.

2. Data Sekunder

Data dapat dikumpulkan melalui umpan balik orang lain atau secara langsung dari orang terdekat pasien.

3. Data Tersier

Data didapat dari rekam medis dan tulisan keperawatan penderita.

J. Analisis Data dan Penyajian Data

Menjawab rumusan dan tujuan penelitian, metode ini menarasikan jawaban dari wawancara dan observasi.

Sejak awal studi, peneliti telah menganalisis data dan melacak kemajuan pasien melalui perawatan harian. Peneliti melakukan wawancara dan observasi pasien untuk mendapatkan data. Berikut adalah daftar hasil analisis data:

1. Data dikumpulkan melalui studi, observasi, pemeriksaan fisik, dan wawancara. Hasilnya ditulis dalam catatan terstruktur. Pengkajian dilanjutkan dengan diagnosis keperawatan, rencana perbaikan masalah, dan evaluasi untuk setiap tindakan.
2. Pengolahan data yang terkumpul, yang kemudian dibagi menjadi kategori data objektif dan subjektif.

K. Etika Studi Kasus

Pengumpulan data harus mempertimbangkan etika penelitian:

1. Keadilan (*Justice*)

Asas keadilan adalah persamaan hak bagi semua orang. Salah satu definisi lainnya yaitu harus adil terhadap sesama, sopan, dan layak sesuai dengan haknya. Situasi adil terjadi ketika seseorang mendapat manfaat atau tanggung jawab sesuai dengan keadaan mereka. Situasi yang tidak adil adalah ketika seseorang tidak memberikan manfaat kepada orang

yang memiliki hak tau tanggung jawab yang tidak sama. prinsip keadilan yaitu dari kenyataan bahwa ketersediaan barang dan jasa pelayanan sangat terbatas, sedangkan kebutuhan seing melebihi ketersediaan. selanjutnya, prinsip keadilan diperlukan dalam pengambilan keputusan tersebut.

2. Kejujuran (*veracity*)

Konsep dasar kebenaran mengacu pada kemampuan seseorang untuk berbicara jujur. Oleh karena itu, Penyedia perawatan medis memiliki tanggung jawab kepada pasien mereka untuk mengatakan yang sebenarnya dan memeriksa apakah mereka memahaminya. Untuk memudahkan pemahaman dan penerimaan materi. informasi harus akurat, komprehensif, dan objektif. selain itu, informasi harus memberitahu klien yang sebenarnya tentang semua berhubungan dengan kondisi kesehatannya selama perawatan. tetapi ada beberapa argument yang menyatakan bahwa kejujuran memiliki batasan, seperti apakah kesalahan prognosis klien tentang kesembuhan benar atau adanya hubungan paternalistik karena setiap orang memiliki hak untuk mendapatkan informasi lengkap tentang keadaan mereka karena mereka bertindak sendiri. untuk membangun hubungan yang saling percaya, kebenaran sangat penting.

3. Berbuat Baik (*Benefiece*)

Charity secara harfiah berarti pengampunan, kebaikan, kemurahan hati, menempatkan kepentingan orang lain daripada kepentingan diri sendiri,

cinta, dan kemanusiaan. Dalam arti luas, berarti bertindak untuk kepentingan orang lain. prinsip moral amal menyatakan bahwa kita harus bertindak untuk kebaikan atau keuntungan orang lain (pasien). Teori ini telah digambarkan sebagai cara untuk diterima begitu saja atau diterima begitu saja, dan dianggap sebagai tujuan kedokteran yang rasional.

4. Tidak Mengganggu (*Nonmaleficence*)

Konsep ini berarti bahwa klien tidak akan mengalami bahaya atau cedera fisik atau mental.

5. Menepati Janji (*fidelity*)

Menurut prinsip loyalitas, seseorang harus menghargai janji dan komitmen yang dibuat orang tersebut. perawat setiap pekerjaan mereka, menjaga janji dan menjaga rahasia pasien. ketaatan dan kesetiaan adalah tanggung jawab pribadi untuk memenuhi janji. loyalitas berarti mengikuti kode etik. tanggung jawab utama pengasuh adalah meningkatkan kesehatan, menghindari penyakit, memperbaiki kesehatan, dan mengurangi kesedihan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Tempat Lokasi Penelitian

Desa Lok Bahu di Kecamatan Sungai Kunjang Kota Samarinda Provinsi Kalimantan Timur menjadi lokasi penelitian. Berlokasi di wilayah 64720604, Desa Lok Bahu berdiri pada tanggal 13 Oktober 1987. Ada 51 RT di daerah lok bahu, kota samarinda. Dan terdiri dari 6 kelurahan. Nomor kode pos 75125. Gambaran wilayah pada kelurahan lok bahu yaitu adanya persawahan, perladangan, pertambangan, perikanan, perindustrian. Lok Bahu memiliki luas 3293,94 Km².

Untuk studi kasus ini, penelitian dilakukan di RT 31 Jalan Revolusi Gang Berkah No 13 dari tanggal 30 Mei 2024 hingga 1 Juni 2024.

2. Pengkajian

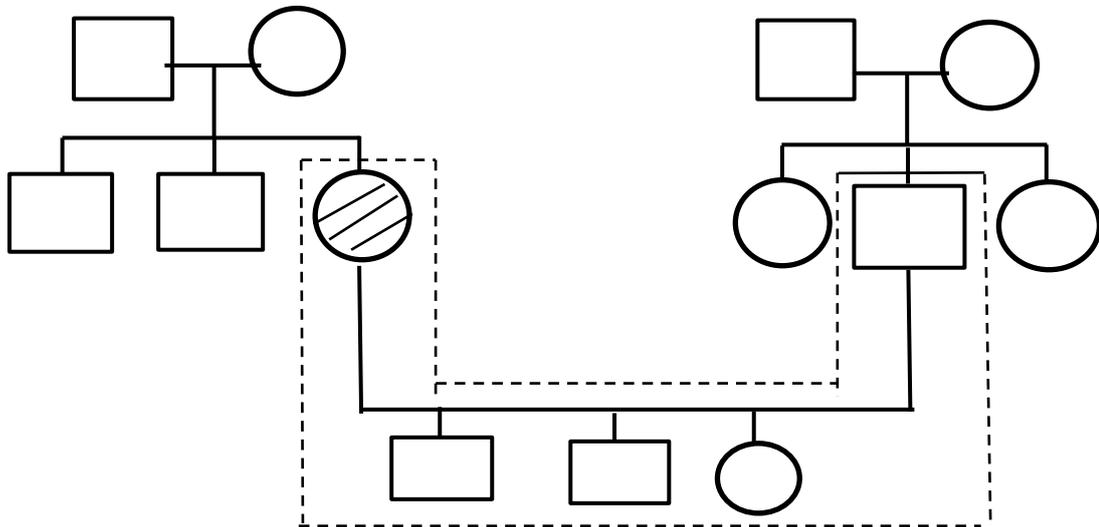
a. Identitas dari Pasien

Ibu U Muslim berusia 28 tahun ini berasal dari suku Banjar. Pekerjaannya saat ini adalah sebagai ibu rumah tangga, dan pendidikan formal terakhirnya adalah di sekolah menengah pertama. Pasien sudah menikah dan tinggal di Jl. Revolusi, Gg Berkah, Samarinda. Tanggal penelitian adalah 30 Mei 2024.

b. Riwayat Penyakit

- 1) Keluhan Utama Saat melakukan penelitian (pada 29 Mei 2024)
Pasien menyampaikan nyeri pada kaki dan nyeri pada perut karena habis lahiran sc, pasien menyampaikan sakit kepala dan pandangan kabur
- 2) Riwayat penyakit sekarang Pasien menyampaikan waktu hamil 7 bulan anak kedua pasien menyampaikan tangan nya sering sakit dan pandangan kabur lalu pasien pergi ke puskesmas untuk mengecek kandungan dan diperiksa gula darah, gula darah pasien 270 mg/dl. Dan saat hamil anak ketiga anak pasien meninggal karena gula darah pasien tinggi 400mg/dl. Saat hamil anak ke empat pasien disuruh untuk menggunakan insulin rutin, setelah lahir anak ke empat pasien berhenti untuk insulin dan tidak pernah control ke rumah sakit. Saat diperiksa gula darah pada tanggal 30 Mei 2024 GDS 445mg/dl dan pada tanggal 31 Mei 2024 GDP 273mg/dl.
- 3) Riwayat Kesehatan pasien sebelumnya menyampaikan bahwa pasien tidak memiliki diabetes tetapi sebelumnya pasien memiliki penyakit maag.
- 4) Riwayat penyakit keluarga klien menyampaikan bahwa tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga.

c. Genogram



Keterangan: ○ : perempuan
 □ : Laki-Laki
 ○ (shaded) : Pasien
 | : garis keturunan
 ----- : garis tinggal serumah
 ——— : garis pernikahan

3. Pengkajian keperawatan

a. Neurosensori

Gejala: Pasien menggambarkan perasaan pusing, penglihatan kabur, pendengaran normal, penciuman normal, kesemutan di tangan kiri, dan mati rasa di seluruh tubuh.

Tanda: GCS: E4 V5 M6, Jumlah GCS 15, Kesadaran compos mentis, Selama percakapan, pasien memiliki pendengaran yang baik, menyadari lingkungan sekitarnya dan wajah orang-orang yang

mengunjungnya, dan pupilnya bereaksi dengan isokor sebesar 4 mm.

12 saraf di otak: Nerveus hidung: individu menunjukkan diskriminasi penciuman. Ketika seorang pasien menderita nerveus opticus, penglihatannya menjadi kabur. Seorang pasien dengan nerveus okulomotor dapat melihat, tetapi penglihatannya kabur. Pasien memiliki kapasitas untuk menurunkan bola matanya karena nerveus trochlearis. Penderita nerveus trigeminus bisa mengunyah makanan. Pasien dapat mengalihkan pandangannya ke samping, yang dikenal sebagai Nerveus abducentis. Seorang pasien dengan nerveus facialis dapat mengerutkan alisnya dan menyeringai. Seorang pasien dengan nerveus vestibulokoklearis memiliki pendengaran yang normal. Kepala dan leher Pasien memiliki nerveus, yang berarti mereka dapat merasakan asin dan manis secara terpisah. Nerveus vagus: menelan adalah mungkin. Dengan nerveus aksesorius, pasien memiliki mobilitas leher. Pasien dengan nerveus hypoglossus dapat menjulurkan dan menarik lidahnya dengan cara yang berbeda.

b. Sirkulasi

Gejala: Individu tersebut tidak memiliki riwayat medis tekanan darah tinggi atau masalah jantung sebelumnya; Namun, mereka menyebutkan mengalami kesemutan di tangan kiri mereka.

Tanda: TD = 110/80mmHg, N = 80x/menit, T = 36,5°C, Capillary
Revil Time (CRT) = < 2 detik, Konjungtiva = Tidak anemis,
Sklera = Tidak ikterik, Akral = Teraba dingin

c. Pernafasan

Gejala: Pasien dinyatakan tidak mengalami kesulitan bernapas, tidak ada dahak pada batuknya, warna dahak normal, tidak ada masalah dengan aromanya, dan tidak ada riwayat penyakit pernapasan.

Tanda: Pasien tidak mengandalkan otot ekstra untuk bernafas, RR = 22 kali per menit, tidak mengalami dispnea, tidak memiliki alat nasal, dan tidak menggunakan alat pernapasan secara keseluruhan.

d. Nyeri / ketidaknyamanan

Gejala: Pasien melaporkan ketidaknyamanan level 5 pada skala nyeri, yang menunjukkan bahwa area di bagian bawah kakinya terasa seperti telah ditusuk.

Tanda: Saat rasa sakit mulai, pasien terlihat seperti sedang kesakitan; mereka bergerak dengan hati-hati; dan tidak ada tanda-tanda luka atau nanah.

e. Makanan/cairan

Gejala: Berat badan turun dari 83 kg menjadi 65 kg, pasien tidak mengalami mual atau muntah, mengkonsumsi 2-3 liter cairan sehari, dan menyediakan tiga kali makan sederhana setiap hari.

Tanda: Pasien sekarang 65 kg, memiliki mukosa bibir yang lembab, mengembalikan elastisitas kulit dalam 3 detik, tampak memiliki kulit lembab yang tidak bersisik, buang air besar 16 kali per menit, dan BB 65 kg. Obesitas, dengan indeks massa tubuh (IMT) 27,08.

f. Eliminasi

Gejala: Pasien harus mengoleskan BAB dua kali sehari dengan warna kecoklatan, konsistensi BAB rata, dan tidak ada goresan pada kuku. Untuk breed kecil (PUNGGUNG), 6-7 kali per hari, dengan warna urine kuning dan tidak ada bercak yang konsentris dengan urine.

Tanda: Pasien tidak mengalami edema, kateter terpasang, atau sensasi kandung kemih yang tidak normal; meskipun demikian, pasien memang mengalami nyeri tekan akibat penyakit maag.

g. Seksualitas

Gejala: Pasien menyampaikan sudah menikah, pasien mengatakan memiliki 3 anak, pasien mengatakan statusnya sudah menikah.

Tanda: Pasien didampingi dengan suami dan anaknya.

h. Aktivitas / istirahat

Gejala: Pasien menyampaikan saat dirumah beraktivitas, pasien menyampaikan tidur pada malam hari sekitar 5 jam, dan siang hari 2 jam, pasien kesulitan tidur saat nyeri kaki timbul.

Tanda: Karena Pasien sering mengalami kesemutan dan mati rasa di tangan kirinya, kita dapat menyimpulkan bahwa otot ekstremitas

atasnya kuat (kanan 5 dan kiri 4), dan matanya tidak tampak cekung. Selain itu, dia sering menguap.

i. Hygiene

Gejala: Klien menyediakan 2 kali mandi setiap hari, serta sesi mandi dan keramas, pasien menyampaikan gosok gigi 2 kali sehari waktu mandi, dan pasien menyampaikan gatal pada kakinya.

Tanda: Tanda-tanda vital pasien berada dalam kisaran normal, dan mereka hadir dengan cara yang bersih dan terawat; rambut mereka bebas dari ketombe dan kutu, kuku mereka bersih, dan pakaian mereka rapi.

j. Integritas ego

Gejala: Pasien telah menerima kondisinya saat ini.

Tanda: Pasien ini sepertinya agak khawatir.

k. Interaksi sosial

Gejala: Pasien memberikan getaran yang akrab kepada orang lain di sekitar mereka.

Tanda: Pasien ini sepertinya mengenal ibu dan tetangganya.

l. Penyuluhan/pembelajaran

Gejala: Pasien mengungkapkan pemahaman tentang penyakitnya.

Tanda: Pasien fasih dan dapat menggambarkan kondisinya saat ditanyai.

4. Pemeriksaan Fisik

Kepala: Studi tentang bentuk oval kepala, Kepala, termasuk kulit kepala, memiliki warna putih kekuningan yang simetris, dan mata, hidung, dan telinga semuanya memiliki bentuk yang serasi. Setelah palpasi kulit kepala yang bersih, tidak adanya ketombe dan kutu disimpulkan.

Leher: Trakea pasien dalam kondisi baik, dan pemeriksaan leher tidak menunjukkan asimetri. Saat palpasi, vena jugularis tidak tampak membesar, dan otot-otot di bagian belakang leher tampak sehat.

Thorak: Memverifikasi kondisi tulang rusuk adalah hal yang biasa. Gerakan dada pasien normal, tidak ada patah tulang, dan penggunaan otot aksesori juga normal. Fremitas dapat diraba dengan gerakan fokus normal, dan tidak ada krepitasi. Pemeriksaan bunyi nafas vesikular dengan auskultasi.

Abdomen: Berdasarkan pemeriksaan, tampak tidak ada tanda-tanda cedera, perubahan warna kulit, atau nyeri yang terlihat. Palpasi perut menunjukkan tidak ada ketidaknyamanan atau pembesaran hati. Berat terasa di saluran telinga. Deteksi suara suara khas usus 16 kali setiap menit

Inguinal: Inspeksi tidak terkaji. Palpasi tidak terkaji

Ekstermitas: Tampaknya tidak ada bukti nyata adanya kerusakan, perubahan warna kulit, atau nyeri berdasarkan penilaian. Palpasi tidak ada fraktur pada ekstermitas

	Kalau dalam 24 jam: 40,6 x 24: 974 cc		
4.	Ds: Pasien menyampaikan sering merasa lelah Do: Tampak lesu	Manajemen energi	Keletihan
5.	Ds: Pasien menyampaikan terdapat luka pada bagian jidat dan agak lambat untuk sembuh Do: terdapat luka sekitar 1 cm di bagian jidat	Penyakit kronis (Diabetes Melitus)	Resiko Infeksi
6.	Ds: Pasien menyampaikan tau dengan penyakit dan mempunyai alat cek gula darah tetapi jarang untuk digunakan Do: gula darah tidak stabil	Dukungan kepatuhan program pengobatan	Ketidakpatuhan

6. Diagnosa Keperawatan Prioritas

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa berhubungan dengan Manajemen Hiperglikemia
- b. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik
- c. Resiko Hipovolemia berhubungan dengan Manajemen hypovolemia
- d. Keletihan berhubungan dengan Manajemen Energi
- e. Resiko infeksi berhubungan dengan pencegahan infeksi
- f. Ketidakpatuhan berhubungan dengan dukungan kepatuhan program pengobatan

7. Perencanaan Keperawatan

Tabel 3 perencanaan keperawatan

No.	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Manajemen Hiperglikemia	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x diharapkan ketidakstabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengantuk menurun (5) 2. Pusing menurun (5) 3. Lelah/lesu menurun (5) 4. Keluhan lapar menurun (5) <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 	<p>Manajemen Hiperglikemia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 1.2 Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 1.3 Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis poliuria, polydipsia, polifagia, pandangan kabur, sakit kepala) 1.4 Monitor intake dan output cairan

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun <ol style="list-style-type: none"> 1. Kadar glukosa dalam darah cukup membaik (4) <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5 berikan asupan cairan oral 1.6 Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk 1.7 fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.8 Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 1.9 Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 1.10 Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 1.11 Anjurkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan pengganti asupan karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)
			<p>Manajemen Hipoglikemia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.12 Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia 1.13 Identifikasi kemungkinan terjadi penyebab hipoglikemia <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.14 Berikan krbohidrat sederhana, jika perlu 1.15 Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.16 anjurkan membawa karbohidrat sederhana setiap saat 1.17 anjurkan monitor kadar glukosa darah 1.18 ajarkan pengelolaan hipoglikemia (mis. Tanda dan gejala, faktor risiko, dan pengobatan hipoglikemia)
2.	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik	<p>Tingkat nyeri</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.2 Identifikasi skala nyeri <p>Terapeutik</p>

		<p>4. Kesulitan tidur menurun (5)</p> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>2.3 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>2.4 Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>2.5 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>2.6 Jelaskan strategi meredakan nyeri</p>
3.	Hipervolemi berhubungan dengan manajemen hipervolemia	<p>Keseimbangan Cairan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x diharapkan status keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan meningkat (5) 2. Haluaran urin meningkat (5) 3. Asupan makanan meningkat (5) <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat <p>4. Dehidrasi menurun (5)</p> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. meningkat 2. cukup meningkat 3. sedang 4. cukup menurun 5. menurun 	<p>Manajemen Hipovolemia</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, reflex hepatojugular positif, suara napas tambahan)</p> <p>3.2 idenitfkasi penyebab hipervolemia</p> <p>3.3 monitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, POMP, CO, CI), jika tersedia</p> <p>3.4 monitor intake dan output cairan</p> <p>3.5 monitor efek samping diuretic (mis. Hipotensi ortostatik, hypovolemia, hypokalemia, hyponatremia)</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.6 timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama</p> <p>3.7 batasi asupan cairan dan garam</p> <p>3.8 tinggikan kepala tempat tidur 30-40</p> <p>Edukasi</p> <p>3.9 anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari</p> <p>3.10 ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan</p> <p>3.11 ajarkan cara membatasi cairan</p>
4.	Keletihan berhubungan dengan manajemen energi	<p>Tingkat Keletihan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x</p>	<p>Manajemen Energi</p> <p>Observasi</p> <p>4.1 identifikasi gangguan fungsi</p>

		<p>diharapkan tingkat keletihan membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. verbalisasi kepulihan energi (5) 2. tenaga (5) 3. kemampuan melakukan aktivitas (5) <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menurun 2. cukup menurun 3. sedang 4. cukup membaik 5. membaik <ol style="list-style-type: none"> 4. verbalisasi lelah (5) 5. lesu (5) 6. sakit kepala (5) <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. meningkat 2. cukup meningkat 3. sedang 4. cukup menurun 5. menurun 	<p>tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.2 monitor kelelahan fisik dan emosional 4.3 monitor pola dan jam tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.4 sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 4.5 lakukan latihan gerak pasif dan aktif <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.6 anjurkan tirah baring 4.7 anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
5.	Resiko infeksi berhubungan dengan pencegahan infeksi	<p>Tingkat infeksi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. demam 2. kemerahan 3. nyeri 4. bengkak <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. meningkat 2. cukup meningkat 3. sedang 4. cukup menurun 5. menurun 	<p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.2 batasi jumlah pengunjung 5.3 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.4 jelaskan tanda dan gejala infeksi 5.5 ajarkan cara mencuci tangan yang benar 5.6 anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5.7 anjurkan meningkatkan cairan
6.	Ketidakpatuhan berhubungan dengan dukungan kepatuhan program pengobatan	<p>Tingkat kepatuhan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x diharapkan tingkat kepatuhan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan (4) 2. verbalisasi mengikuti anjuran <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menurun 	<p>Dukungan kepatuhan program pengobatan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1 identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.2 buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik 6.3 buat jadwal pendampingan keluarga untuk bergantian menemani pasien selama menjalani program

		<ol style="list-style-type: none"> 2. cukup menurun 3. sedang 4. cukup meningkat 5. meningkat <ol style="list-style-type: none"> 3. perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan 4. Perilaku menjalankan anjuran <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	<p>pengobatan, jika perlu</p> <p>6.4 dokumentasikan aktivitas selama menjalani proses pengobatan</p> <p>6.5 libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani</p> <p>Edukasi</p> <p>6.6 informasikan program pengobatan yang harus dijalani</p> <p>6.7 informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan</p>
--	--	--	--

8. Implementasi Keperawatan

Tabel 4 implementasi keperawatan

Inisial klien: Ny. U

Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi respon	Paraf
Kamis, 30 Mei 2024 Jam 13.00	1.1 Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia	Ds: Pasien mengatakan pandangan kabur Do: tidak fokus melihat sesuatu	
Jam 13.30	2.1 Mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri	Ds: Pasien mengatakan nyeri di telapak kaki P: nyeri kaki Q: nyeri seperti ditusuk R: rasa sakitnya menyebar di kaki S: skala nyeri 5 T: hilang timbul Do: Pasien tampak meringis	
Jam 14.00	1.2 Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu	Ds: Pasien mengatakan tidak pernah cek gula darah Do: gula darah pasien 445mg/dl	
Jam 14.20	1.9 Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)	Ds: Pasien mengatakan tidak menggunakan insulin lagi Do: gula darah tidak stabil	
Jam 14.30	2.2 Mengidentifikasi skala nyeri	Ds: Pasien mengatakan nyeri pada kaki Do: skala nyeri 5	
Jam 14.40	2.4 Memfasilitasi istirahat dan tidur	Ds: Pasien mengatakan tidak bisa tidur sebelum kakinya dipijat oleh suaminya Do: -	

Jam 14.50	6.1 Mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan	Ds: pasien mengatakan tidak pernah memeriksa gula darah dengan alat nya sendiri Do: gula darah tidak stabil	
Jum'at 31 Mei 2024 Jam 10.00	2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Ds: Pasien mengatakan nyeri pada kaki P: nyeri kaki Q: nyeri seperti ditusuk R: rasa sakitnya menyebar di kaki S: skala nyeri 5 T: hilang timbul Do: Pasien tampak meringis	
Jam 10.20	1.2 Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu	Ds: Pasien mengatakan pandangan kabur Do: GDP 273mg/dl TD: 110/80mMhg T: 36,5 C N: 85x/menit RR: 20x/menit	
Jam 10.30	2.2 Mengidentifikasi skala nyeri	Ds: Pasien mengatakan nyeri pada kaki nya terasa tertusuk Do: Pasien meringis	
Jam 10.35	6.2 membuat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik	Ds: pasien mengatakan jarang menggunakan alat cek gula darah nya Do: gula darah tidak stabil	
Jam 10.37	6.3 Membuat jadwal pendampingan keluarga untuk bergantian menemani pasien selama menjalani program pengobatan, jika perlu	Ds: pasien mengatakan kadang lupa untuk mengecek gula darah Do: suami pasien kerja dan pasien hanya bersama dengan anak	

9. Evaluasi Keperawatan

Tabel 5 evaluasi

Inisial pasien: Ibu U

Evaluasi hari kamis 30 Mei 2024

No dx	Hari/tanggal/jam	Evaluasi	Paraf																								
1.	Kamis,30 Mei 2024 Jam 13.00	<p>S: Pasien menyampaikan pandangan nya kabur, sakit kepala, dan kaki nyeri O: tampak meringis A: masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>awal</th> <th>target</th> <th>akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengantuk</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Pusing</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Lelah/lesu</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Keluhan lapar</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kadar glukosa dalam darah</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan 1.1 mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 1.2 memonitor kadar glukosa darah, jika perlu</p>	SLKI	awal	target	akhir	Mengantuk	3	5	3	Pusing	2	5	2	Lelah/lesu	2	5	2	Keluhan lapar	2	5	2	Kadar glukosa dalam darah	2	4	2	
SLKI	awal	target	akhir																								
Mengantuk	3	5	3																								
Pusing	2	5	2																								
Lelah/lesu	2	5	2																								
Keluhan lapar	2	5	2																								
Kadar glukosa dalam darah	2	4	2																								
2.	Jam 13.30	<p>S: pasien menyampaikan nyeri di kaki P: nyeri kaki Q: nyeri seperti ditusuk R: rasa sakitnya menyebar di kaki S: skala nyeri 5 T: hilang timbul O: pasien meringis A: masalah nyeri akut belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>awal</th> <th>target</th> <th>akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>meringis</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>gelisah</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kesulitan tidur</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: intervensi dilanjutkan 2.1 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.2 mengidentifikasi skala nyeri</p>	SLKI	awal	target	akhir	Keluhan nyeri	1	5	1	meringis	2	5	2	gelisah	2	5	2	Kesulitan tidur	2	5	2					
SLKI	awal	target	akhir																								
Keluhan nyeri	1	5	1																								
meringis	2	5	2																								
gelisah	2	5	2																								
Kesulitan tidur	2	5	2																								
3.	Jam 14.00	<p>S: pasien menyampaikan sering haus dan sring BAK saat malam hari, minum 2liter dalam sehari O: pasien tampak haus A: masalah hipervolemi belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>awal</th> <th>target</th> <th>akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Asupan cairan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Haluaran cairan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Asupan makanan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Dehidrasi</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: intervensi dilanjutkan 3.1 memeriksa tanda dan gejala hypervolemia</p>	SLKI	awal	target	akhir	Asupan cairan	2	5	2	Haluaran cairan	2	5	2	Asupan makanan	3	5	3	Dehidrasi	2	5	2					
SLKI	awal	target	akhir																								
Asupan cairan	2	5	2																								
Haluaran cairan	2	5	2																								
Asupan makanan	3	5	3																								
Dehidrasi	2	5	2																								

		3.2 mengidentifikasi penyebab hipervolemia																													
4.	Jam 14.25	<p>S: Pasien menyampaikan lelah dan lesu O: tampak lesu A: masalah kelelahan belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>awal</th> <th>target</th> <th>akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi kepulihan energi</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>tenaga</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan melakukan aktivitas</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi lelah lesu</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Sakit kepala</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan 4.2 Memonitor kelelahan fisik dan emosional 4.3 Memonitor pola dan jam tidur</p>	SLKI	awal	target	akhir	Verbalisasi kepulihan energi	2	5	2	tenaga	2	5	2	Kemampuan melakukan aktivitas	3	5	3	Verbalisasi lelah lesu	2	5	2	Sakit kepala	3	5	3		2	5	2	
SLKI	awal	target	akhir																												
Verbalisasi kepulihan energi	2	5	2																												
tenaga	2	5	2																												
Kemampuan melakukan aktivitas	3	5	3																												
Verbalisasi lelah lesu	2	5	2																												
Sakit kepala	3	5	3																												
	2	5	2																												
5.	Jam 14.35	<p>S: Pasien menyampaikan terdapat luka pada jidat O: terdapat luka pada jidat pasien sekitar 1 cm A: masalah resiko infeksi belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>awal</th> <th>target</th> <th>akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>demam</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>kemerahan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>nyeri</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>bengkak</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan 5.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistenmik 5.4 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p>	SLKI	awal	target	akhir	demam	3	5	3	kemerahan	3	5	3	nyeri	1	5	1	bengkak	3	5	3									
SLKI	awal	target	akhir																												
demam	3	5	3																												
kemerahan	3	5	3																												
nyeri	1	5	1																												
bengkak	3	5	3																												
6.	Jam 14.40	<p>S: Pasien menyampaikan mempunyai alat cek gula darah tetapi jarang untuk digunakan O: gula darah tidak stabil A: Masalah ketidakpatuhan belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>awal</th> <th>target</th> <th>akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan dan pengobatan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi mengikuti anjuran</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Perilaku mengikuti</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	SLKI	awal	target	akhir	Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan dan pengobatan	2	5	2	Verbalisasi mengikuti anjuran	2	5	2	Perilaku mengikuti	2	5	2													
SLKI	awal	target	akhir																												
Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan dan pengobatan	2	5	2																												
Verbalisasi mengikuti anjuran	2	5	2																												
Perilaku mengikuti	2	5	2																												

		<table border="1"> <tr> <td>program perawatan/pengobatan</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Perilaku menjalankan anjuran</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </table>	program perawatan/pengobatan				Perilaku menjalankan anjuran	2	5	2	
program perawatan/pengobatan											
Perilaku menjalankan anjuran	2	5	2								
<p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>6.2 Membuat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik</p> <p>6.3 Membuat jadwal pendampingan keluarga untuk bergantian menemani pasien selama pengobatan</p>											

Evaluasi hari jumat, 31 mei 2024

1.	<p>Jumat, 31 Mei 2024</p> <p>Jam 10.00</p>	<p>S: Pasien menyampaikan pandangan kabur dan kaki terasa nyeri</p> <p>O: pasien meringis, GDP: 273mg/dl</p> <p>A: masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>awal</th> <th>target</th> <th>akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>mengantuk</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>pusing</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Lelah/lesu</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Keluhan lapar</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kadar glukosa dalam darah</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>1.6 Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</p> <p>1.9 Menganjurkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan pengganti asupan karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)</p>	SLKI	awal	target	akhir	mengantuk	2	5	3	pusing	3	5	3	Lelah/lesu	3	5	3	Keluhan lapar	2	5	3	Kadar glukosa dalam darah	2	4	3	
SLKI	awal	target	akhir																								
mengantuk	2	5	3																								
pusing	3	5	3																								
Lelah/lesu	3	5	3																								
Keluhan lapar	2	5	3																								
Kadar glukosa dalam darah	2	4	3																								
2.	<p>Jam 10.30</p>	<p>S: Pasien menyampaikan nyeri pada telapak kaki</p> <p>P: nyeri kaki</p> <p>Q: nyeri seperti tertusuk</p> <p>R: rasa menyebar di kaki</p> <p>S: skala 4</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>O: tampak meringis</p> <p>A: masalah nyeri akut belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>awal</th> <th>target</th> <th>akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>meringis</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>gelisah</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kesulitan tidur</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>2.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>2.3 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p>	SLKI	awal	target	akhir	Keluhan nyeri	2	5	2	meringis	2	5	2	gelisah	3	5	3	Kesulitan tidur	2	5	2					
SLKI	awal	target	akhir																								
Keluhan nyeri	2	5	2																								
meringis	2	5	2																								
gelisah	3	5	3																								
Kesulitan tidur	2	5	2																								

3.	Jam 10.50	<p>S: Pasien menyampaikan sering merasa haus O: sering minum A: masalah hipervolemi belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="703 394 1238 555"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>awal</th> <th>target</th> <th>akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Asupan cairan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Haluaran urin</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Asupan makanan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>dehidrasi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan 3.4 memonitor intake dan output cairan 3.7 membatasi asupan cairan dan garam</p>	SLKI	awal	target	akhir	Asupan cairan	3	5	3	Haluaran urin	3	5	3	Asupan makanan	3	5	3	dehidrasi	3	5	3									
SLKI	awal	target	akhir																												
Asupan cairan	3	5	3																												
Haluaran urin	3	5	3																												
Asupan makanan	3	5	3																												
dehidrasi	3	5	3																												
4.	Jam 11.00	<p>S: Pasien menyampaikan lelah nya berkurang O: tampak bersemangat A: masalah kelelahan teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="703 790 1198 1167"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>awal</th> <th>target</th> <th>akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi kepuhian energi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>tenaga</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan melakukan aktivitas</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi lelah</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Lesu</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Sakit kepala</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan 4.1 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 4.6 menganjurkan tirah baring</p>	SLKI	awal	target	akhir	Verbalisasi kepuhian energi	3	5	4	tenaga	2	5	3	Kemampuan melakukan aktivitas	2	5	3	Verbalisasi lelah	2	5	3	Lesu	2	5	3	Sakit kepala	2	5	3	
SLKI	awal	target	akhir																												
Verbalisasi kepuhian energi	3	5	4																												
tenaga	2	5	3																												
Kemampuan melakukan aktivitas	2	5	3																												
Verbalisasi lelah	2	5	3																												
Lesu	2	5	3																												
Sakit kepala	2	5	3																												
5.	Jam 11.30	<p>S: Pasien menyampaikan terdapat luka di jidat O: terdapat luka di jidat pasien sekitar 1 cm A: masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="703 1384 1238 1545"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>awal</th> <th>target</th> <th>akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>demam</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>kemerahan</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>nyeri</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>bengkak</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan 5.4 mengajarkan cara mencuci tangan yang benar 5.6 menganjurkan meningkatkan asupan cairan</p>	SLKI	awal	target	akhir	demam	4	5	5	kemerahan	4	5	4	nyeri	4	5	4	bengkak	4	5	4									
SLKI	awal	target	akhir																												
demam	4	5	5																												
kemerahan	4	5	4																												
nyeri	4	5	4																												
bengkak	4	5	4																												

6.	Jam 11.50	<p>S: Pasien menyampaikan mempunyai alat cek gula darah tetapi lupa untuk menggunakan</p> <p>O: gula darah tidak stabil</p> <p>A: masalah ketidakpatuhan belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="703 427 1238 954"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>Awal</th> <th>target</th> <th>akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi mengikuti anjuran</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Perilaku mengikuti program perawatan dan pengobatan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Perilaku menjalankan anjuran</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>6.4 mendokumentasikan aktivitas selama menjalani proses pengobatan</p> <p>6.5 melibatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani</p>	SLKI	Awal	target	akhir	Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan	2	5	3	Verbalisasi mengikuti anjuran	3	5	3	Perilaku mengikuti program perawatan dan pengobatan	3	5	3	Perilaku menjalankan anjuran	3	5	3	
SLKI	Awal	target	akhir																				
Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan	2	5	3																				
Verbalisasi mengikuti anjuran	3	5	3																				
Perilaku mengikuti program perawatan dan pengobatan	3	5	3																				
Perilaku menjalankan anjuran	3	5	3																				

Evaluasi hari sabtu, 1 juni 2024

No dx	Hari/tanggal/jam	Evaluasi	paraf																								
1.	Sabtu, 1 Juni 2024 Jam 16.20	<p>S: Pasien menyampaikan pandangannya kabur</p> <p>O: GDS: 338mg/dl</p> <p>A: masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="703 1621 1238 1845"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>awal</th> <th>taget</th> <th>akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>mengantuk</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>pusing</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Lelah/lesu</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Keluhan lapar</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kadar glukosa dalam darah</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>1.3 memonitor intake dan output cairan</p> <p>1.8 menganjurkan kepatuhan terhadap diet</p> <p>1.9 menganjurkan monitor kadar glukosa secara mandiri</p>	SLKI	awal	taget	akhir	mengantuk	4	5	4	pusing	4	5	4	Lelah/lesu	4	5	4	Keluhan lapar	4	5	4	Kadar glukosa dalam darah	2	5	3	
SLKI	awal	taget	akhir																								
mengantuk	4	5	4																								
pusing	4	5	4																								
Lelah/lesu	4	5	4																								
Keluhan lapar	4	5	4																								
Kadar glukosa dalam darah	2	5	3																								

2.	Jam 16.45	<p>S: Pasien menyampaikan nyeri pada kaki P: nyeri kaki Q: nyeri seperti tertusuk R: rasa menyebar di kaki S: skala 3 T: hilang timbul O: sedikit meringis A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kesulitan tidur</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>gelisah</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan 2.4 memfasilitasi istirahat dan tidur 2.6 menjelaskan strategi meredakan nyeri</p>	SLKI	Awal	Target	Akhir	Keluhan nyeri	3	5	4	Meringis	3	5	4	Kesulitan tidur	3	5	3	gelisah	4	5	4									
SLKI	Awal	Target	Akhir																												
Keluhan nyeri	3	5	4																												
Meringis	3	5	4																												
Kesulitan tidur	3	5	3																												
gelisah	4	5	4																												
3.	Jam 17.10	<p>S: Pasien menyampaikan sering merasa haus O: Pasien kadang sering minum A: masalah hipervolemi teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Asupan cairan</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Haluaran urin</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Asupan makan</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>dehidrasi</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan 3.4 memonitor intake dan output cairan 3.7 membatasi asupan cairan dan garam</p>	SLKI	Awal	Target	Akhir	Asupan cairan	4	5	4	Haluaran urin	3	5	3	Asupan makan	4	5	4	dehidrasi	4	5	4									
SLKI	Awal	Target	Akhir																												
Asupan cairan	4	5	4																												
Haluaran urin	3	5	3																												
Asupan makan	4	5	4																												
dehidrasi	4	5	4																												
4.	Jam 17.30	<p>S: Pasien menyampaikan lelah nya berkurang karena beristirahat dengan cukup O: tidak tampak lelah A: masalah hipervolemi teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi kepuhian energi</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Tenaga</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan melakukan aktivitas</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi lelah</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>lesu</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Sakit kepala</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan 4.6 menganjurkan tirah baring 4.7 menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p>	SLKI	Awal	Target	Akhir	Verbalisasi kepuhian energi	4	5	4	Tenaga	4	5	5	Kemampuan melakukan aktivitas	4	5	5	Verbalisasi lelah	4	5	5	lesu	4	5	4	Sakit kepala	4	5	5	
SLKI	Awal	Target	Akhir																												
Verbalisasi kepuhian energi	4	5	4																												
Tenaga	4	5	5																												
Kemampuan melakukan aktivitas	4	5	5																												
Verbalisasi lelah	4	5	5																												
lesu	4	5	4																												
Sakit kepala	4	5	5																												

5.	Jam 17.30	<p>S: Pasien menyampaikan luka pada jidat sudah mulai kering O: luka sudah sedikit mengering A: masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="683 423 1238 584"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Demam</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan 5.4 menjelaskan tanda dan gejala infeksi 5.7 menganjurkan meningkatkan cairan</p>	SLKI	Awal	Target	Akhir	Demam	4	5	5	Kemerahan	4	5	4	Nyeri	4	5	4	Bengkak	4	5	4	
SLKI	Awal	Target	Akhir																				
Demam	4	5	5																				
Kemerahan	4	5	4																				
Nyeri	4	5	4																				
Bengkak	4	5	4																				
6.	Jam 18.00	<p>S: Pasien menyampaikan sudah mengecek gula darah tadi pagi O: GDS: 338 mg/dl A: masalah ketidakpatuhan teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="683 797 1238 1267"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan dan pengobatan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi mengikuti anjuran</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Perilaku mengikuti program perawatan/ pengobatan</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Perilaku menjalankan anjuran</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan 6.6 menginformasikan program pengobatan yang harus dijalani 6.7 menginformasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan</p>	SLKI	Awal	Target	Akhir	Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan dan pengobatan	3	5	3	Verbalisasi mengikuti anjuran	4	5	4	Perilaku mengikuti program perawatan/ pengobatan	4	5	4	Perilaku menjalankan anjuran	4	5	4	
SLKI	Awal	Target	Akhir																				
Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan dan pengobatan	3	5	3																				
Verbalisasi mengikuti anjuran	4	5	4																				
Perilaku mengikuti program perawatan/ pengobatan	4	5	4																				
Perilaku menjalankan anjuran	4	5	4																				

B. Pembahasan

akan membahas konsistensi teori dan hasil tindakan yang diterapkan, terutama tentang perawatan ibu U yang didiagnosa menderita diabetes melitus di wilayah kerja puskesmas loa bahu di jln revolusi gang berkah no 31. tahapan perawatan terdiri dari beberapa tahapan, seperti pengkajian, pembuatan diagnosa keperawatan, evaluasi, dan dokumentasi intervensi. Metode ini telah disamakan dengan kebutuhan pasien yang mencakup

berbagai elemen. Penjelasan dalam pembahasan akan disamakan dengan tujuan khusus dari penulisan ini:

1. Pengkajian

Pada pengkajian yang didapatkan pada Ibu U 28 tahun mengalami diabetes melitus keluhan yang dirasakan pada pengkajian sensori didapatkan pandangan kabur, merasakan kesemutan pada tangan kiri dan terasa kebas. Pada pemeriksaan makanan / cairan didapatkan yaitu pasien makan 3 kali sehari dengan porsi sedikit, pada pasien tidak ada mual / muntah, berat badan pasien dari 83 kg menjadi 65 kg. IMT yang didapat penulis yaitu 27,08 (obesitas).

Jumlah lemak tubuh laki-laki meningkatkan resiko gangguan metabolisme, obesitas sentral, yang menyebabkan penimbunan lemak berlebihan di sekitar perut, dan diabetes melitus (Misra et al., 2017; Setiyo Nugroho, 2020). Kelompok usia diatas 45 tahun adalah yang paling berisiko terkena diabetes melitus di negara berkembang seperti Indonesia. Studi ini menunjukkan bahwa usia terkait dengan diabetes melitus. Salah satu factor risiko terkena diabetes melitus adalah bertambahnya usia, karena secara fisiologis, sel beta pancreas menurunkan fungsinya pada system endokrin. Studi sebelumnya menunjukkan hubungan antara usia dan kejadian diabetes melitus (Trisna Setyorogo, 2013; Dafriani, 2016; Nina, 2016; Idris, Hasyim and Utama, 2017; Wang et al, 2018). Kegemukan menyebabkan berkurangnya jumlah reseptor insulin yang dapat bekerja di dalam sel pada otot skeletal

dan jaringan lemak. Menurut penelitian, Kegemukan mengakibatkan peningkatan glukosa darah dan menghambat kemampuan sel beta untuk melepas insulin oleh fanani (2020).

Dari kesenjangan data yang dikumpulkank, hasil pengkajian penulis yang memberikan ulasan teori tentang pasien yang mengalami diabetes melitus berbeda dengan banyaknya yang menderita diabetes pada laki-laki dan orang berusia diatas 45 tahun. Dan dari kesenjangan data yang didapat antara penulis dengan tinjauan teori pada pasien diabetes melitus ada kesamaan yaitu obesitas yang dimana obesitas yang merusak kemampuan sel beta untuk melepas insulin saat terjadi peningkatan glukosa darah.

Disarankan bagi pasien untuk selalu mengendalikan dan mengontrol dengan melakukan pengecekan kesehatan secara berkala (tekanan darah, gula darah, dan kolestrol) berhenti merokok, rajin beraktivitas dan berolahraga, diet yang sehat dan seimbang, dan istirahat yang cukup. Dan menjaga berat badan / menghindari makanan yang bisa memicu kadar gula darah tinggi agar kadar gula darah tetap stabil / normal.

2. Diagnosa keperawatan

Menurut doenges dkk (2019), pasien diabetes melitus tipe 2 dapat mengalami bebrapa diagnosis keperawatan. Ini termasuk k kadar glukosa darah yang berhubungan dengan manajemen hiperglikemia (D.0027), nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077),

hipervolemi berhubungan dengan manajemen hipervolemi (D.0023), kelelahan berhubungan dengan manajemen nyeri (D.0057), resiko infeksi berhubungan dengan pencegahan infeksi (D.0142).

Diagnosa keperawatan pada Ibu U yang sesuai dengan teori adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan manajemen hiperglikemia, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, hipervolemia berhubungan dengan manajemen hipervolemia, kelelahan berhubungan dengan manajemen energi, resiko infeksi berhubungan dengan pencegahan infeksi.

a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan manajemen hiperglikemia Diagnosa ini muncul karena pada saat pengkajian pada pasien didapatkan data ketidakstabilan pada gula darah Ibu U. Mekanisme munculnya diagnosa ini yaitu karena adanya resistensi insulin terkait dengan ketidakstabilan kadar gula darah ini.

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Diagnosa ini muncul karena pada saat pengkajian pada pasien didapatkan data nyeri pada kedua kaki dengan skala 5, rasa sakitnya seperti ditusuk-tusuk dengan frekuensi hilang timbul dan data objektif di kumpulkan pasien tampak meringis. Mekanisme munculnya diagnose ini yaitu dimulai dari glukosa yang tidak dapat masuk sehingga menyebabkan penyembuhan luka terhambat dan

- luka tidak dapat disuplai oksigen dari darah sehingga menimbulkan kerusakan dan kematian jaringan lalu munculah diagnosa nyeri akut.
- c. Resiko Hipervolemi berhubungan dengan manajemen hypervolemia
Diagnosa ini muncul karena saat pengkajian didapatkan data sering merasa haus dan berat badan Ibu U menurun dari 85 kg menjadi 65 kg dan data objektif didapatkan kulit Ibu U kering.
 - d. Keletihan berhubungan dengan manajemen nyeri
Didapatkan saat pengkajian pada Ibu U sering merasa lelah dan didapatkan data objektif pasien tampak lesu dan lelah.
 - e. Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis
Resiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja SDKI DPP, 2017). Didapatkan Ibu U sering merasakan gatal pada betis nya.
 - f. Ketidakpatuhan berhubungan dengan dukungan kepatuhan program pengobatan
Didapatkan saat pengkajian pada ibu u tidak pernah melakukan cek gula darah dengan menggunakan alat gula darah nya dan jarang menggunakan alat cek tersebut, data objektif didapatkan gula darah pasien tidak stabil saat di cek

Dari kesenjangan data yang didapat, data antara penulis dengan tinjauan teori ada kesamaan untuk diagnosa ketidastabilan kadar glukosa darah berkaitan dengan manajemen hiperglikemia (D.0027) pengkajian yang dilakukan oleh penulis adalah melakukan pemeriksaan

gula darah dan menurut tinjauan teori dengan melakukan pemeriksaan gula darah juga.

Disarankan untuk melakukan pengecekan kesehatan secara berkala (cek gula darah, tekanan darah, dan kolestrol) agar kadar gula darah, tekanan darah tetap stabil / normal. Dan disarankan untuk melakukan pengecekan HbA1c setidaknya setahun sekali namun jika kadar gula darah terlalu tinggi dianjurkan untuk melakukan pengecekan HbA1c selama 3-6 bulan sekali.

3. Intervensi Keperawatan

Untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil untuk kelima luaran yang terlibat dalam lima diagnose keperawatan yang dibuat pada pasien, penulis menggunakan standar luaran keperawatan (SLKI) yang disesuaikan dengan kondisi pasien yang menderita diabetes melitus. Penulis membuat perencanaan keperawatan berikut untuk kondisi pasien antara lain:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan manajemen hiperglikemia

Penulis menjelaskan tujuan dalam laporan diagnose ini setelah intervensi keperawatan selama 3 hari berturut-turut. tujuan utamanya adalah untuk menstabilkan kadar glukosa darah (D.0027)), seperti yang ditunjukkan oleh kadar glukosa darah meningkat.

- b. Nyeri akut berhubungan dengan manajemen nyeri

Dalam skenario diagnostik ini, penulis menguraikan tujuan setelah pelaksanaan selama 3 kali berturut-turut. tujuan utamanya adalah untuk mengurangi jumlah nyeri (L.03022), seperti yang ditunjukkan oleh kriteria spesifik seperti berkurangnya keluhan nyeri, berkurangnya ekspresi wajah yang menunjukkan ketidaknyamanan, dan pola tidur yang lebih baik. Mengenai intervensi tindakan yang telah disusun oleh penulis pada Ibu U menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) yaitu dominan manajemen nyeri (1.08238) mencakup proses identifikasi berbagai aspek nyeri seperti lokasi, ciri-ciri, durasi, frekuensi, kualitas, dan tingkat keparahan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menemukanj dan mengevaluasi skala nyeri yang digunakan dalam penelitian.

c. Hipervolemi berhubungan dengan manajemen hipervolemi

Dalam laporan diagnostik ini, penulis menguraikan tujuan setelah serangkaian intervensi yang dilakukan selama 3 kali berturut-turut. Hasil yang diinginkan adalah agar keseimbangan cairan terpenuhi (L.03020). yang diukur dengan kriteria khusus termasuk kemampuan untuk memenuhi kebutuhan cairan. Penulis telah mengembangkan serangkaian intervensi untuk tindakan Ibu U menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) yaitu untuk memenuhi kebutuhan cairan.

d. Keletihan berhubungan dengan manajemen energi

Dalam laporan diagnostik ini, peniulis menguraikan tujuan setelah serangkaian intervensi yang dilakukan selama 3 kali berturut-turut.

Hasil yang diinginkan adalah agar kebutuhan untuk istirahat terpenuhi.

e. Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis

Dalam laporan diagnostik ini, penulis menguraikan tujuan setelah serangkaian intervensi yang dilakukan selama 3 kali berturut-turut.

Hasil yang diinginkan adalah mengurangi terjadinya resiko infeksi pada luka pasien.

Mekanisme munculnya diagnosa ini yaitu dimulai dari ketidakstabilnya kadar glukosa yang terus-menerus dan bisa menyebabkan luka yang lambat untuk sembuh dan berisiko terjadi infeksi.

f. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perawatan integritas kulit

Dalam skenario diagnostik ini, penulis menguraikan tujuan yang diharapkan dapat dicapai setelah pelaksanaan intervensi selama 3 kali berturut-turut. Hasil yang diharapkan adalah peningkatan integritas jaringan (L.14125), yang akan dinilai berdasarkan kriteria spesifik termasuk elastisitas yang lebih besar, berkurangnya kerusakan jaringan, berkurangnya rasa sakit, dan berkurangnya nekrosis.

g. Defisit nutrisi berhubungan dengan manajemen nutrisi

Dalam laporan diagnostik ini, penulis menguraikan tujuan setelah serangkaian intervensi yang dilakukan selama 3 kali berturut-turut.

Hasil yang diinginkan adalah peningkatan nutrisi pada pasien (L.03030). penulis telah mengembangkan serangkaian intervensi tindakan untuk Ibu U menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) yaitu dukungan meningkatkan nutrisi.

h. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan manajemen cairan
Dalam laporan diagnostik ini, penulis menguraikan tujuan setelah serangkaian intervensi yang dilakukan selama 3 kali berturut-turut. Hasil yang diinginkan adalah untuk memenuhi kebutuhan cairan pada pasien.

i. Ketidapatuhan berhubungan dengan dukungan kepatuhan program pengobatan

Dalam laporan diagnostik ini, penulis menguraikan tujuan setelah serangkaian intervensi yang dilakukan selama 3 kali berturut-turut hasil yang diinginkan adalah untuk memenuhi tingkat kepatuhan pada pasien.

Dengan mempertimbangkan perbedaan data, pengobatan ketidakstabilan kadar glukosa darah termasuk melakukan pengecekan gula darah untuk mengetahui hasil dari gula darah tersebut, memonitor hiperglikemia dan memantau tanda-tanda vital lainnya.

Disarankan untuk mengambil perencanaan yang sesuai dengan diagnosa pada pasien atau yang dialami pasien seperti ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah untuk melakukan perencanaan memonitor kadar glukosa darah.

4. Implementasi keperawatan

Pada kasus Ibu U, yang telah didiagnosis dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan manajemen hiperglikemia, pelaksanaan intervensi bertujuan untuk mencapai hasil yang diinginkan seperti ketidakstabilannya kadar glukosa darah. Hal ini dicapai melalui pengecekan gula darah pasien, tekanan darah, suhu, nadi dan pernapasan pasien.

Pada kasus Ibu U yang telah didiagnosis dengan nyeri akut berhubungan dengan manajemen nyeri, intervensi dilakukan dengan tujuan untuk mengurangi tingkat nyeri dan mencapai hasil yang diinginkan, seperti lebih sedikit keluhan nyeri, berkurangnya meringis, dan peningkatan kualitas tidur.

Pada kasus Ibu U yang telah didiagnosis dengan hipervolemia berhubungan manajemen hipervolemia, pelaksanaan intervensi bertujuan untuk meningkatkan cairan tubuh pasien dan mencapai hasil yang diinginkan.

Pada kasus Ibu U yang telah didiagnosis keletihan berhubungan dengan manajemen energi, pelaksanaan intervensi bertujuan untuk meningkatkan energi pasien dalam melakukan aktivitas dan mencapai hasil yang diinginkan.

Pada kasus Ibu U yang telah didiagnosis resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (diabetes melitus), pelaksanaan

intervensi bertujuan untuk mencegah penyebaran infeksi pada pasien dan mencapai hasil yang diinginkan.

Dengan mempertimbangkan kesenjangan data yang ditemukan, implementasi dilakukan setelah intervensi yang telah direncanakan, dengan hanya beberapa intervensi yang pasien tidak dapat melakukan. Penerapan praktik berbasis bukti, khususnya dalam konteks pemantauan gula darah pasien, melibatkan serangkaian langkah. Langkah-langkah ini termasuk menyiapkan alat untuk melakukan pengecekan gula darah, memastikan kebersihan tangan yang tepat dengan mencuci tangan dan mengenakan sarung tangan, kemudian mengambil strip gula dan memasang lanset pada pen alat cek gula darah.

Disarankan pada bagian implementasi untuk melakukan tindakan yang sudah direncanakan di bagian intervensi yang telah disusun, dengan memonitor glukosa darah pasien dan menyiapkan alat untuk mengecek gula darah.

5. Evaluasi

Intervensi keperawatan dilakukan selama 3 kali di wilayah kerja puskesmas lok bahu, samarinda. Jln revolusi gg berkah no 13 pada pasien Ibu U yang dengan diabetes melitus tipe II. penulis melakukan lima diagnosa selama periode ini.

Berdasarkan hasil pengkajian, beberapa diagnosa telah berhasil ditangani, termasuk diagnosa yang berkaitan dengan keletihan berhubungan dengan manajemen energi, hipervolemi berhubungan

dengan manajemen hipervolemi, resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Diagnosis yang belum terselesaikan meliputi ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan manajemen hiperglikemia.

Menurut Kozier (2011), studi ini merupakan tahapan kelima atau terakhir dalam keperawatan. Evaluasi sangat penting karena hasilnya yang menentukan apakah asuhan keperawatan harus dihentikan, dilanjutkan, atau diubah. Pengkajian selama atau segera setelah program keperawatan memungkinkan perawat untuk mengubah intervensi dengan segera. Evaluasi dilakukan pada interval tertentu. Penilaian berlanjut sampai pasien mencapai tujuan kesehatannya atau menyelesaikan pengobatan.

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan manajemen hiperglikemia

Selama penilaian masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah yang terkait dengan gula darah. Pasien melaporkan akan melakukan pengecekan gula darah secara mandiri. Masalah yang berkaitan dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian dan melanjutkan intervensi.

- b. Nyeri akut berhubungan dengan manajemen nyeri

Selama penilaian masalah nyeri akut berhubungan dengan manajemen nyeri terkait dengan nyeri yang pasien alami. Pasien

melaporkan nyeri agak berkurang saat diberikan aromaterapi dan nyeri teratasi sebagian di hari kedua dan melanjutkan intervensi.

c. Hipervolemi berhubungan dengan manajemen hipervolemi

Selama penilaian masalah hipervolemi berhubungan dengan manajemen hipervolemia terkait dengan memenuhi kebutuhan cairan dan kebutuhan cairan teratasi sebagian, melanjutkan intervensi.

d. Keletihan berhubungan dengan manajemen energi

Selama penilaian masalah keletihan berhubungan dengan manajemen energi terkait dengan meningkatkan energi dan keletihan teratasi dan penghentian intervensi.

e. Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis

Selama penilaian masalah resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis terkait dengan mencegah infeksi dan resiko infeksi teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan.

f. Ketidapatuhan berhubungan dengan dukungan kepatuhan program pengobatan

Selama penilaian masalah ketidapatuhan berhubungan dengan dukungan kepatuhan program pengobatan teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan.

Dari kesenjangan data yang didapat, antara penulis dengan teori tinjauan ada kesamaan mengenai bagian evaluasi yaitu untuk menentukan tindakan keperawatan harus dilanjutkan, dihentikan, atau

diubah. Dan mengevaluasi kembali kepada pasien dengan tindakan yang sudah diberikan.

Disarankan pada evaluasi ini untuk melakukan pemantauan pada glukosa darah dan melakukan evaluasi dengan tindakan yang sudah diberikan pada perencanaan yang sudah disusun. Dan melakukan pemantauan pada nyeri yang dikeluhkan pasien.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah penulisan melakukan pengamatan dan pemberian asuhan keperawatan secara langsung pada Ibu U, seorang pasien yang didiagnosa menderita diabetes melitus dan memberikan perawatan di daerah wilayah kerja puskesmas, samarinda. Jln revolusi gang berkah no 13, maka penulis dapat menarik kesimpulan dan memberikan standar pelayanan keperawatan pada pasien diabetes melitus.

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan tentang perawatan pada pasien diabetes melitus, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pemeriksaan yang dilakukan pada tanggal 30 Mei 2024 menunjukkan beberapa keluhan yang dilaporkan Ibu U. keluhan-keluhan tersebut antara lain mengalami nyeri pada kedua kaki dengan skala nyeri 5, sensasi seperti ditusuk-tusuk, pandangan kabur, merasa pusing, sering merasa haus. Selain itu kadar gula darah sewaktu pasien 338mg/dl. Pasien menyatakan jika nyeri pada kaki nya timbul pasien tidak dapat melakukan aktivitas.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang terjadi pada Ibu U meliputi ketidakstabilan kadar glukosa darah yang berkaitan dengan manajemen hiperglikemia,

nyeri akut berkaitan dengan agen pencedera fisik, hipervolemia berkaitan dengan manajemen hipervolemia, kelelahan berkaitan dengan manajemen energi, resiko infeksi berkaitan dengan penyakit akut, defisit nutrisi berkaitan dengan manajemen nutrisi, gangguan volume cairan berkaitan dengan manajemen cairan, gangguan integritas kulit berkaitan dengan perawatan integritas kulit.

3. Intervensi

Melakukan pemeriksaan glukosa darah untuk mengontrol hiperglikemia adalah salah satu cara untuk merawat pasien yang mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah. Pada masalah keperawatan nyeri akut dilakukan intervensi manajemen nyeri. intervensi dilakukan untuk mengendalikan hipervolemia. Pada masalah keperawatan resiko infeksi diberikan intervensi pencegahan infeksi. Pada masalah keperawatan kelelahan diberikan intervensi manajemen energi.

4. Implementasi

Pelaksanaan dimulai pada Ibu U mulai pada tanggal 30 Mei 2024 sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah direncanakan. Dalam kasus Dimana kadar glukosa darah tidak stabil, tindakan perawatan diberikan untuk memantau kadar glukosa darah dengan menggunakan alat tes gula darah.

5. Evaluasi

Penulis melakukan pemeriksaan selama 3 hari pada Ibu U, dengan menggunakan alat cek gula darah, tensi meter, thermometer. Ibu U

menunjukkan total lima diagnosa keperawatan, termasuk diagnosis keletihan yang teratasi yang disebabkan oleh kelelahan atau istirahat yang tidak cukup. Diagnosa yang telah ditangani sebagian termasuk ketidakstabilan kadar glukosa darah yang tidak memadai yang berhubungan dengan gula darah, dan nyeri akut yang berhubungan dengan manajemen nyeri, hipervolemi yang berhubungan dengan manajemen hipervolemi, dan resiko infeksi yang berhubungan dengan penyakit kronis.

B. Saran

1. Bagi Puskesmas Lok Bahu

Disarankan untuk melakukan pengecekan kesehatan secara berkala seperti pengecekan kadar glukosa darah, tekanan darah agar kadar glukosa tetap stabil / normal. Disarankan untuk melakukan pengecekan HbA1c setidaknya setahun sekali namun jika kadar glukosa darah tinggi dianjurkan untuk melakukan pengecekan HbA1c selama 3-6 bulan sekali.

2. Bagi pasien

Pasien disarankan untuk memantau tekanan darah, gula darah, dan kolestrol secara teratur, berhenti merokok, berpartisipasi dalam aktivitas fisik, dan berolahraga, dan selalu mengontrol gula darah mereka.

3. Bagi keluarga

Saran untuk keluarga dapat membantu keluarga belajar banyak tentang diabetes melitus dan memahaminya sehingga mereka dapat

merencanakan dengan baik untuk mendapatkan perawatan medis dan mempertimbangkan Kesehatan mereka dengan bijak.

DAFTAR PUSTAKA

- ADA (*American Diabetes Association*). (2016). Standards of Medical Care in Diabetes
- American Diabetes Association*. (2021). Classification and Diagnosis of Diabetes Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care Volume 44, Supplement 1,17.
- American Diabetes Association (ADA)*, (2013). Diakses tgl 11 juni 2017 Diabetes basic. [Http://www.diabetes.org/diabetes-basics](http://www.diabetes.org/diabetes-basics)
- Anugroho, D. (2018). Hubungan Antara Tingkat Stres Dengan Kadar Gula Pada Pasien Diabetes Melitus. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, vol 7(2):.
- Arania, R., Triwahyuni, T., Esfandiari, F., & Nugraha, F. R. (2021). Hubungan antara usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan dengan kejadian diabetes melitus di klinik Mardi Waluyo Lampung Tengah. *Jurnal Medika Malahayati*, 5(3):146-153
- Boule et al. (2018). *Effects of exercise on glycemic and body mass in type Diabetes Melitus: A meta-analysis of controlled trials*. *Jama*, 286.(10): 1218-1227.
- diabetes. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 1999; 1(supl 1): pp.S1-7 Henry RR, Mudaliar S. Obesity and Type 2 DM. In: Obesity -
- Doengoes, M. E, Et. Editor Monica. (2019). *Nursing Care Plans Guidelines For Planning And Documenting Patient Care*. *American*
- DeFronzo RA. Pathogenesis of type 2 diabetes: metabolic and molecule implication for identifying diabetes genes. *Diabetes Reviews* 1997;5:177-269.
- Dene Fries Sumah. (2019). Hubungan Kualitas Tidur dengan Kadar Gula Darah Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSUD dr. M. Haulussy Ambon. *Jurnal BIOSAINSTEK.*, 1(56–60).
- Desi Susanti dkk. (2020). HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KADAR GULA DARAH PADA PENYANDANG DIABETES MELITUS TIPE 2 DI PUSKESMAS BERINGIN RAYA KOTA BENGKULU. *MALAHAYATI NURSING JOURNAL*,2(3), 451–457.
- Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur. (2016). Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur 2016. Samarinda: Dinas Kesehatan Kalimantan Timur
- Fakultas Kedokteran. (2018). *Basic Physical Examination: Teknik Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan Auskultasi*, (0271).

- Fanani, A. (2020). The Relationship of Risk Factors with Diabetes Mellitus. *Jurnal Keperawatan*, 12(3), 371-378.
- Fitriani, F., & Sanghati, S. (2021). Intervensi Gaya Hidup Terhadap Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Pada Pasien Pra Diabetes. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10, 704–714. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.68>
- Groop LC. Insulin Resistance: The Fundamental trigger of type 2
- Helmawati. 2021. Cegah Diabets Sebelum Terlambat. Editor Herman Adamson. Yogyakarta : Healthy. Diakses pada tanggal 20 Juli 2021.
- Kemendes P2ptm. (2020). *Infodatin-2020-Diabetes-Melitus.pdf*.
- Kementrian Kesehatan RI. Infodatin: Tetap Produktif, Cegah, dan Atasi Diabetes Melitus. 2020,
- Kementrian Kesehatan RI. (2019). Pusat Data dan Informasi: Hari Diabetes Sedunia Tahun 2019. <http://pusdatin.kemendes.go.id>. Di akses pada tanggal 13 Desember 2021.
- Keleng Ante Ginting, A. R. (2021). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penyakit Diabetes Melitus Tipe II Pada Pasien Di Rumah Sakit Granmed Lubuk Pakam. *Jurnal Kesehatan Masyarakat & Gizi*, 3(2)
- Kozier, B. (2011). Buku ajar fundamental keperawatan konsep, proses, & praktik. Jakarta: EGC
- Laakso M. Insulin resistance and its impact on the approach to therapy of type 2 diabetes. *UCP Supplement* 121; 2001: pp. 8-12
- Manurung, N. (2018). Keperawatan Medikal Bedah Konsep, Mind Mapping dan NANDA NIC NOC. Jakarta: TIM.
- Mechanisms and Clinical Management. Eckel RH (ed). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2003: pp 229-35
- Misra, A. et al. (2017) ‘Diabetes, cardiovascular disease, and chronic kidney disease in South Asia: Current status and future directions’, *BMJ* (Online), 357, pp. 1–5. doi: 10.1136/bmj.j1420.
- Paduch, Andrea. (2017). Hambatan Psikososial untuk Penggunaan Layanan Kesehatan di Antara Individu dengan Diabetes Melitus: Tinjauan Sistematis.
- Pusdatin, Kemendes, (2020). Diabetes melitus.
- Perkeni, (2021). Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia. Pb.Perkeni.
- Putra W.A. (2015). Empat Pilar Penatalaksanaan Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2. <http://e-journal.sari-mutiara.ac.id/index.php/JAM/article/view/2685>

- Roglic, G. (2016). WHO Global report on diabetes: A summary. *International Journal of Noncommunicable Diseases*, 1(1), 3. <https://www.itokindo.org/download/kesehatan/diabetes/Resistensi%20Insulin%20pd%20DM%20tipe%202%20-%20CDK%20Kalbe.pdf>
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas).2017. Badan penelitian dan pengembangan Kesehatan
- Saputri, R. D. (2020). *Komplikasi Sistemik Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(2). <https://jurnal.untirta.ac.id/index.php/TMJ/article/view/19529>
- Setyawan, A. B., & Masnina, R. (2018). Efektivitas Teh Bawang Dayak untuk Menurunkan Kadar Gula Darah Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2. *Strada Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 7(2), 7–13.
- [Se♦yo Nugroho, P. \(2020\) 'Hubungan Jenis Kelamin dan Tingkat Ekonomi dengan Kejadian Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Kota Samarinda Tahun 2019', Borneo Student Research \(BSR\), 1\(2\), p. 2020.](#)
- [Trisnawa♦, S. K. and Setyorogo, S. \(2013\) 'Faktor Risiko Kejadian Diabetes Melitus Tipe II Di Puskesmas Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2012', Jurnal Ilmiah Kesehatan, 5\(1\), pp. 6–11.](#)
- World Health Organization (2016) 'Global Report on Diabetes', Isbn, 978, p. 88. doi: ISBN 978 92 4 156525 7.

lampiran 1 Biodata peneliti



A. Data pribadi

Nama : Fitriah
Tempat, tanggal lahir : Bontang, 27 November 2002
Alamat asal : Jln. Sultan hasanuddin, Rt 02, Kota
Bontang
Alamat di samarinda : Jln. Juanda 1 Kota Samarinda
E-mail : fitriahfitri2711@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

Tamat SD Tahun : 2015 di SDN 003 Bontang Selatan
Tamat SMP Tahun : 2018 di SMP Bahrul Ulum Bontang Utara
Tamat SMK Tahun : 2021 di SMK Putra Bangsa Bontang Utara

lampiran 2 melakukan penkes dan pegecekan gula darah



PENCEGAHAN HIPOGLIKEMIA

**FITRIAH
2111102416080**

APA ITU HIPOGLIKEMIA ?

Hipoglikemia adalah kondisi ketika kadar gula dalam darah berada di bawah normal.

Hipoglikemia terjadi bila kadar gula darah di bawah 70 mg/dL. Namun, tergantung pada kondisi pasien, gejala hipoglikemia bisa muncul pada kadar gula darah yang berbeda-beda.

PENYEBAB HIPOGLIKEMIA

- Penggunaan insulin atau obat diabetes yang berlebihan terutama golongan sulfoniurea
- Pola makan yang tidak baik, seperti makan terlalu sedikit atau menunda makan
- Aktivitas fisik atau olahraga berlebihan, tanpa makan yang cukup







KOMPLIKASI HIPOGLIKEMIA

- Pusing dan kehilangan keseimbangan
- Kejang
- Kecelakaan saat berkendara.
- Kehilangan kesadaran terutama pada pengidap penyakit gula yang sedang diet ketat.



ADAPUN GEJALA HIPOGLIKEMIA

- Mudah lapar
- Mudah marah
- Sulit berkonsentrasi
- Kesemutan
- Lelah
- Pusing
- Gemetar atau tremor
- Pucat
- Keringat dingin
- Jantung berdebar



PENCEGAHAN HIPOGLIKEMIA

- Pantau kadar gula darah secara berkala dan selalu waspada gejala hipoglikemia agar cepat tertangani.
- Konsumsi makanan bergizi lengkap dan seimbang secara teratur sesuai jadwal.
- Selalu bawa cemilan atau minuman manis.

Asuhan Keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan masalah ketidak stabilan glukosa

by Arief Budiman



Submission date: 29-Jul-2024 11:18AM (UTC+0800)

Submission ID: 2424075469

File name: KTI_Fitriah_2111102416080_Bab_1-5.docx (1.34M)

Word count: 10960

Character count: 69209

Asuhan Keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan masalah ketidak stabilan glukosa

ORIGINALITY REPORT

14%

SIMILARITY INDEX

13%

INTERNET SOURCES

4%

PUBLICATIONS

4%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

dspace.umkt.ac.id

Internet Source

3%

2

repository.poltekkesbengkulu.ac.id

Internet Source

1%

3

jurnal.htp.ac.id

Internet Source

1%

4

repository.unimugo.ac.id

Internet Source

<1%

5

Agus Miraj Darajat, Devi Fitri, Asep Aep Indarna. "Asuhan keperawatan pada lansia diabetes mellitus tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah", JOURNAL OF Qualitative Health Research & Case Studies Reports, 2023

Publication

<1%

6

eprints.kertacendekia.ac.id

Internet Source

<1%

7

repository.poltekkes-kaltim.ac.id

Internet Source

<1%



lampiran 5 lembar konsultasi

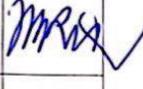
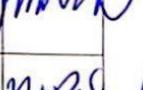
Judul KTI: Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa dalam Darah

Pembimbing : Ns. Maridi M.Dirdjo,M.Kep

NO	TANGGAL	KONSULTASI	HASIL KONSULTASI	PARAF
1.	Senin, 27/Nov 23	menentukan judul karya tulis ilmiah	studi kasus asuhan Keperawatan pada pasien Diabetes melitus Tipe 2 dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah	
2.	Rabu, 29 NOV 2023	menentukan jurnal yang akan diambil	- Jurnal studi kasus asuhan Keperawatan dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah - Jurnal asuhan keperawatan medikal bedah pada diabetes melitus	
3.	Jum'at, 1 Des 2023	mengumpulkan BAB I		
4.	Senin, 8 Jan 2024	KONSUL BAB I, II, III	- menambahkan materi - mengatur tulisan - mengatur spasi - merapikan perencanaan - menyelesaikan diagnosis	
5.	Selasa 9 Jan 2024	KONSUL BAB I, II, III	- mengatur tulisan - mengatur spasi - merapikan perencanaan - memperbaiki daftar pustaka	
6.	Rabu 10 Jan 2024		ACC proposal	

Judul KTI: Studi kasus Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2
 dengan Ketidakstabilan kadar glukosa darah di wilayah kerja Puskesmas
 Loa Bahu Samarinda

Pembimbing: Ns. Maridi M. Dirdjo, M.Kep

No	TANGGAL	KONSULTASI	HASIL KONSULTASI	PARAF
1	Rabu, 29 mei 2024	-Konsul pasien - Konsul terapi BAB 4	- ACC pasien - Perbaiki penulisan BAB 4	
2	Senin, 3 Juni 2024	KONSUL BAB 4	melanjutkan BAB 4	
3	.Selasa 4 Juni 2024	KONSUL BAB 4 KONSUL diagnosa	- melanjutkan BAB 4 - menambahkan diagnosa	
4	, Rabu. 5 Juni 2024	- KONSUL BAB 4 - KONSUL BAB 5	- perbaiki tulisan Lanjutkan	
5	Kamis 6 Juni 2024	- KONSUL BAB 4 - KONSUL BAB 5	- melanjutkan dan Perbaiki penulisan	
6	Jumat 7 Juni 2024	- KONSUL BAB 4 - Pembahasan - BAB 5	- Perbaiki penulisan dan lanjutkan	