

## **KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES  
MELITUS TIPE 2 DI RUANGAN AGUS SALIM  
RS TK.III Dr. REKSODIWIRYO PADANG**



**NADIYAH MAY FIRAH  
223110260**

**PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
KEMENKES POLTEKKES PADANG  
2025**

## **KARYA TULIS ILMIAH**

### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI RUANGAN AGUS SALIM RS TK.III Dr. REKSODIWIRYO PADANG**

Diajukan ke Program Studi Diploma III Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang sebagai Persyaratan Untuk Memperoleh Ahli Madya Keperawatan



**NADIYAH MAY FIRA  
223110260**

**PRODI DIPLOMA III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
KEMENKES POLTEKKES PADANG  
2025**

**PERSETIWAAN PAPERBEROD**

Projek Penilaian Kabinet Kepemerintahan Pada Tahun Pelajaran 2019/2020  
di Sekolah Agama Islam Negeri Tengku Sultan Iskandar

Disyuruh oleh

DR. HABIBI  
Ketua MAs. Pem.  
(KEM)

Yudhi Mulyana  
(YUDI)

dan diwakili oleh penulis penggalan

DR. HABIBI

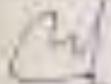
(HABIBI)

Penulis penggalan

  
Dr. Habibi  
Ketua MAs. Pem.  
(KEM)

Telp: 011109109090909

Penulis penggalan

  
Dr. Zainal  
M. A., M. Ed., M. Kom.  
(ZAINAL)

Telp: 08121001001001001



**HALAMAN PENGETAHUAN**

**NAMA PENGARAH**

"Selamat datang di Muka Bumi, Diklatku Maka, Terci di Kepriku dan  
Selamat Datang di Rumahku Rumah"

Dikarun (Dik)

W.M.K. Mukarrif May 1998

NIM. 20110004

Waktu diketahui dan ditulis dalam halaman ini pada hari ini  
20 Agustus 1998

**HALAMAN PENGETAHUAN**

**Borang**  
Dikarun "Dr. Dikarun M. KARIM"  
NIP. 19630120197501

Malacca, 17/8/98  
Kepada Dikarun M. KARIM

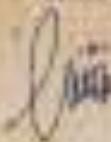


Dr. Dikarun M. KARIM  
NIP. 19630120197501

HALAHAN PERINTAHAN GRESIKAH DENG

Untuk Tujuan ini adalah bukti bahwa perintah ini telah diterima dan dikenal dengan  
dilengkapi dengan tanda tangan oleh pihak yang bersangkutan

Nama : Sedjatih May Iriy  
NRP : 21111000  
Jambi Tonggo



Tanggal : 17 Juni 2011



## PERNYATAAN DINAS PUPR

Tingkatkan kinerja dilaksanakan

Rencana Lantai	Padat Way Flot
NSI	22111030
Tempat Tinggal Laku	Pulang 11 Mei 2010
22111030	NSI
Rantaui	2. Rambutan, 3. Kp. 1&2
Trans Pengembangan Lahan	Wa. Tant. Rambutan, 2. Kp. 1&2
Trans Pengembangan Puskesmas	Wa. Rantaui, 2. Kp. 1&2

Mengetahui bahwa ada makalah berjudul "Jalinan Dukuh dan  
Keluarga Dukuh" dan "Jalinan Dukuh dan Pada  
Pada Tahun 1989" Ppt. 2 di Negeri Agus Selang 15.15.15.16.  
Berkaitan hal"

Analisa di lakukan dan menulis makalah, makalah tersebut  
menjadi makalah resmi dan diterima.

Mengetahui hal ini yang menjadi bukti dalam penyelesaian

Pulang 11 Mei 2010



Padat Way Flot  
6022111030

**JURUSAN KEPERAWATAN**  
**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Juni 2025**

**Nadiyah May Fira**

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Di Ruangan  
Agus Salim RS TK III Reksodiwiryo Padang**

**Isi : xi + 62 halaman + 2 tabel + 1 bagan + 11 lampiran**

**ABSTRAK**

Dampak penyakit Diabetes Melitus yaitu peningkatan risiko untuk komplikasi. Komplikasi terdiri dari makrovaskuler 43% dan mikrovaskuler 57%, kejadian angka diabetes melitus masih tinggi. Berdasarkan survey awal didapatkan data dari RS TK.III Dr Reksodiwiryo Padang meningkat pada tahun 2022 sebanyak 522 kasus. Tujuan penelitian adalah mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II di ruang Agus Salim RS TK.III Dr Reksodiwiryo Padang.

Jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian dilakukan di ruangan Agus Salim RS TK.III Dr Reksodiwiryo Padang. Waktu penelitian di mulai Desember 2024 sampai Juni 2025. Populasi satu pasien diabetes melitus tipe II di ruang Agus Salim. Sampel 1 orang yang sesuai dengan kriteria inklusi dan ekslusi. Teknik pengumpulan data yaitu wawancara, pengukuran, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi.

Hasil pengkajian didapatkan pasien mengeluh badan terasa lemah, kepala terasa pusing, mudah haus, sering pipis, nafsu makan menurun, kebas di tangan dan kaki. Pasien memiliki riwayat hipertensi, jarang berolahraga, makan tidak teratur, dan tidak teratur minum obat. Diagnosis keperawatan yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hiperglikemia, perfusi perifer tidak efektif b.d hiperglikemia, ketidakpatuhan b.d ketidakadekuatan pemahaman. Intervensi berupa manajemen hiperglikemia, edukasi diet, perawatan sirkulasi, perawatan kaki dan dukungan kepatuhan program pengobatan. Hasil dari ketiga evaluasi keperawatan didapatkan masalah keperawatan sudah teratasi.

Diharapkan perawat ruangan agar lebih meningkatkan edukasi dengan media leaflet supaya keluarga atau pasien memahami tentang komplikasi diabetes melitus tipe II.

**Kata kunci : Diabetes Melitus Tipe II, Asuhan Keperawatan**  
**Daftar pustaka : 42 (2017-2024)**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan kurnia Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Ruangan Agus Salim RS TK.III Dr. Reksodiwiryo Padang Tahun 2025”**. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari ibu Ns. Yosi Suryarinilsi, M.Kep, Sp.Kep.MB, selaku pembimbing utama dan ibu Ns. Nova Yanti, M.Kep, S.Kep.MB, selaku pembimbing pendamping serta bantu dari berbagai pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu. Peneliti pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

1. Ibu Renidayati, SKp, M.Kep. Sp.Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang.
2. Ibu Letkol Ckm (K) dr. Hasnita, M.K.M. selaku Kepala Rumah Sakit TK III Dr. Reksodiwiryo Padang.
3. Bapak Tasman, M.Kep, Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma 3 Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang.
5. Bapak N.Rachmadanur S.Kp, MKM selaku Pembimbing Akademik dalam berlangsungnya pendidikan di Program Studi D-III Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang.
6. Bapak/Ibu Dosen dan staf yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.
7. Teristimewa kepada kedua orang tua yang telah memberikan dorongan semangat, do'a restu dan kasih sayang.
8. Sahabat- sahabat yang telah banyak membantu penelitian daam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

9. Teman- temanku yang senasib dan seperjuangan Mahasiswa Kemenkes Poltekkes Padang Program Studi D-III Keperawatan Padang tahun 2022. Terimakasih atas dukungan dan bantuan yang telah diberikan sehingga peneliti bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata, peneliti berharap berkenan membalaq segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Padang, 05 Juni 2025

Peneliti

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING .....	iii
ABSTRAK .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
<b>BAB I. PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	6
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>7</b>
A. Konsep Dasar Diabetes Melitus .....	7
1. Pengertian.....	7
2. Klasifikasi.....	7
3. Etiologi Diabetes Melitus Tipe II.....	9
4. Patofisiologi .....	9
5. Manifestasi Klinis .....	10
6. WOC.....	12
7. Komplikasi .....	13
8. Penatalaksanaan .....	18
9. Pemeriksaan Penunjang.....	28
B. Konsep Asuhan Keperawatan .....	29
1. Pengkajian .....	29
2. Diagnosis Keperawatan.....	32
3. Intervensi Keperawatan .....	33

<b>BAB III. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>39</b>
A. Jenis dan Desain Penelitian .....	39
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	39
C. Populasi dan Sampel.....	39
1. Populasi .....	39
2. Sampel.....	39
D. Alat dan Instrumen .....	40
E. Teknik Pengumpulan Data .....	41
F. Jenis-Jenis Data .....	42
G. Analisis Rencana .....	43
<b>BAB IV. DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS.....</b>	<b>44</b>
A. Deskripsi lokasi penelitian .....	44
B. Deskripsi kasus .....	44
C. Pembahasan kasus .....	50
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>63</b>
A. Kesimpulan .....	63
B. Saran.....	64

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 : Surat izin survey data dari institusi Kemenkes Poltekkes Padang
- Lampiran 2 : Surat izin survey awal dari RS TK.III Dr. Reksodiwiryo Padang
- Lampiran 3 : Surat izin penelitian dari RS TK.III Dr. Reksodiwiryo Padang
- Lampiran 4 : Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing utama
- Lampiran 5 : Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing pendamping
- Lampiran 6 : Gant Chart Kegiatan Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 7 : Inform Consent Penelitian
- Lampiran 8 : Daftar Hadir Penelitian
- Lampiran 9 : Surat Keterangan Selesai Penelitian dari RS TK.III Dr. Reksodiwiryo Padang
- Lampiran 10 : Format Pengkajian Asuhan Keperawatan Medikal Bedah
- Lampiran 11 : Hasil Cek Turnitin (Plagiat)

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar belakang**

Penyakit tidak menular (PTM) saat ini telah menjadi masalah kesehatan masyarakat yang cukup besar khususnya di Indonesia. Hal ini ditandai dengan bergesernya pola penyakit yang sering disebut dengan meningkatnya kematian dan kesakitan akibat penyakit tidak menular. Penyakit tidak menular (PTM), juga dikenal sebagai penyakit kronis, cenderung berlangsung lama dan merupakan hasil kombinasi faktor genetik, fisiologis, lingkungan dan perilaku. Jenis utama penyakit tidak menular adalah penyakit kardiovaskuler seperti serangan jantung, stroke, penyakit kronis seperti kanker, asma, dan diabetes melitus.<sup>1</sup>

Salah satu penyakit tidak menular adalah diabetes melitus. Diabetes melitus merupakan penyakit kronis yang dapat berlangsung tahunan berupa adanya gangguan pada metabolisme yang ditunjukkan melalui meningkatnya kadar glukosa yang terdapat didalam darah namun jumlahnya melebihi normal.<sup>2</sup> Diabetes Melitus sebagai salah satu penyakit *degenerative* menjadi perhatian penting karena bagian dari empat prioritas penyakit tidak menular yang selalu mengalami peningkatan setiap tahun. Diabetes melitus ini menjadi penyakit kronis yang terbilang kompleks sehingga memerlukan perawatan medis seperti edukasi kesehatan serta adanya upaya meminimalisir risiko *multifactor* yang tidak dikendalikan oleh glikemik.<sup>3</sup>

Diabetes melitus merupakan penyakit kronis yang umumnya terjadi pada dewasa dan membutuhkan pantauan medis dan edukasi perawatan mandiri pada pasien. Namun, bergantung pada Diabetes Melitus dan usia pasien, kebutuhan dan asuhan keperawatan pada pasien dapat sangat berbeda. Diabetes melitus disebut juga penyakit gula atau kencing manis, penyakit ini ditandai dengan kadar glukosa dalam darah yang melewati batas normal disebabkan oleh tubuh kekurangan insulin.<sup>4</sup>

Diabetes Melitus dapat dikategorikan dalam beberapa tipe yaitu Diabetes Melitus Tipe I, Diabetes Melitus Tipe II, Diabates Gestasional yang terjadi pada masa kehamilan, serta terdapat juga Diabetes Melitus Tipe lainnya. Diabetes Melitus Tipe II yang terbanyak yaitu 90% dari keseluruhan diabetes melitus. Diabetes melitus tipe ini secara umum diderita oleh orang yang berumur dewasa, namun belakangan ini kasus diabetes melitus tipe II juga ditemui pada masyarakat yang masih berusia remaja bahkan anak-anak.<sup>5</sup>

Tanda gejala diabetes mellitus tipe 2 tidak hanya dilihat dari kadar glukosa darah saja yang tinggi, namun bisa dilihat dari keseharian yang dialami seperti sering buang air kecil, sukar merasa kenyang, sering merasa haus, pandangan kabur, mudah lelah, lemas, mulut kering, dan mudah mengalami infeksi atau luka.<sup>6</sup> Pasien diabetes mellitus juga sering mengalami kesemutan dan kebas.<sup>7</sup> Tanda gejala yang dapat mengganggu keseharian ini jika terus dibiarkan akan menyebabkan penurunan kualitas hidup seseorang, serta akan menyebabkan komplikasi yang berbahaya.<sup>8</sup>

Dampak penyakit diabetes melitus ini yaitu peningkatan risiko untuk komplikasi, komplikasi tersebut terdiri dari komplikasi makrovaskuler yaitu penyakit arteri coroner, penyakit serebrovaskuler, hipertensi, penyakit pembuluh darah, infeksi. Kemudian ada juga komplikasi mikrovaskuler yaitu retinopati, neufropati, ukus tungkai dan kaki, neuropati autonomy yaitu pupil, jantung, gastrointestinal, urogenital.<sup>4</sup>

Menurut *World Health Organization* (2018), menyebutkan bahwa tercatat 422 juta orang di dunia menderita Diabetes Melitus atau terjadi peningkatan sekitar 8,5% pada populasi orang dewasa dan diperkirakan terdapat 2,2 juta kematian dengan persentase akibat penyakit Diabetes Melitus yang terjadi sebelum usia 70 tahun, khususnya di negara-negara dengan status ekonomi rendah dan menengah.<sup>9</sup> Bahkan diperkirakan akan terus meningkat sekitar 600 juta jiwa pada tahun 2035. Diabetes melitus tipe II berisiko dialami oleh orang-orang yang tidak menjaga pola makan, kelebihan berat badan, orang dengan resistensi insulin, orang yang

memang keturunan diabetes melitus, pernah mengalami Diabetes Gestational, orang yang jarang berolahraga, usia lanjut, dan perokok juga beresiko menerima Diabetes Melitus Tipe II.<sup>10</sup>

Menurut Survey Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 mengatakan hasil temuan SKI lebih tinggi dibandingkan estimasi prevalensi standar usia di Indonesia pada tahun 2021 dan IDF, yaitu 10,6% untuk kelompok usia 20-79 tahun. Berdasarkan tipe diabetes, SKI menemukan bahwa diabetes melitus tipe 2 lebih banyak ditemukan dibandingkan dengan diabetes tipe 1, baik pada kelompok usia produktif (18-59 tahun) maupun usia lanjut (60 tahun ke atas). Presentase diabetes melitus tipe 2 ditemukan pada 52,1% kelompok usia produktif dan 48,9% pada kelompok usia lanjut, sementara presentase diabetes tipe 1 adalah 15,5% pada kelompok usia produktif dan 17,8% pada kelompok usia lanjut. SKI 2023 juga mengidentifikasi sekitar 30% responden dari masing-masing kelompok usia tidak mengetahui tipe diabetesnya.<sup>11</sup>

Data Dinas Kesehatan Provinsi Sumatra Barat (2022), jumlah kasus Diabetes Melitus di Sumatra Barat berjumlah 37.063 kasus, dengan kasus tertinggi berada di Padang dengan 6.464 kasus. Sumatra Barat memiliki prevalensi Diabetes Melitus sebanyak 1,6% pada 2018, dan Sumatra Barat berada di urutan ke 21 dari 34 provinsi yang ada di Indonesia.<sup>12</sup> Penderita DM di Kota Padang tahun 2023 berjumlah 13.946 orang, dari jumlah tersebut terdapat 13.433 orang atau 96,3% penderita DM yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.<sup>13</sup>

Peran perawat untuk pasien dengan diabetes melitus tipe 2 yaitu dengan melakukan asuhan keperawatan. Perawat melakukan pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, membuat perencanaan keperawatan, melakukan implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Penatalaksanaan keperawatan yang dilakukan antara lain pengaturan diet, latihan gerak, pemantauan kadar gula darah, terapi (jika diperlukan), dan pendidikan kesehatan.<sup>14</sup>

Audrey Sheyla Putri (2023) menjelaskan dalam penelitiannya tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Ruangan Penyakit Dalam di RS TK.III Dr. Reksodiwiryo Padang, pada seseorang pasien dengan penyakit diabetes melitus tipe II yang mana ditemukan pasien dengan keluhan mengalami penurunan nafsu makan, gula darah diatas nilai normal, mengalami kesemutan. Diagnosis keperawatan yang ditemukan adalah ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah berhubungan dengan resistensi insulin dengan rencana tindakan manajemen hiperglikemi dan identifikasi risiko. Implementasi yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan masalah utama teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan perawat rumah sakit.<sup>15</sup>

Berdasarkan survey awal yang dilakukan tanggal 29 November 2024 di RS TK.III Dr. Reksodiwiryo Padang, didapatkan data rekam medik untuk kasus Diabetes Melitus Tipe II pada tahun 2021 sebanyak 595 pasien, pada tahun 2022 didapatkan 522 pasien, dan pada tahun 2023 didapatkan 506 pasien. Hasil observasi catatan implementasi keperawatan di RS TK.III Dr Reksodiwiryo Padang pada pasien Diabetes Melitus Tipe II di dapatkan perawat melakukan asuhan keperawatan, mulai dari pengkajian terhadap identitas pasien, keluhan pasien dan pemeriksaan fisik secara umum terhadap pasien, menegakkan diagnosa sesuai kondisi yang dialami pasien.

Hasil wawancara yang dilakukan pada tanggal 29 November 2024 di RS TK.III Dr. Reksodiwiryo Padang pada salah satu pasien diabetes melitus tipe II yang sedang rawat inap Agus Salim RS TK.III Dr. Reksodiwiryo Padang berumur 52 tahun dengan gula darah sewaktu 500 mg/dl. Pasien masuk ke Rumah Sakit dengan diagnosa Diabetes Melitus Tipe 2, pasien mengatakan nafsu makan berkurang, pandangan kabur, badan lemah, mual dan tampak cemas dengan keadaan saat ini. Dari hasil survey didapatkan perawat sudah melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien, mulai dari pengkajian terhadap identitas pasien, keluhan pasien dan pemeriksaan fisik secara umum terhadap pasien, perawat menetapkan satu diagnosa sesuai dengan kondisi pasien. Evaluasi tindakan yang dilakukan masih seperti evaluasi yang dilakukan sebelumnya.

Berdasarkan uraian dan latar belakang di atas, maka dilakukan penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II di RS TK. III Dr. Reksodiwiryo Padang Tahun 2025”.

#### **A. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan peneliti, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus tipe II di RS TK. III Dr. Reksodiwiryo Padang tahun 2025.

#### **B. Tujuan Penelitian**

##### 1. Tujuan umum

Mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II di RS TK. III Dr. Reksodiwiryo Padang tahun 2024.

##### 2. Tujuan khusus

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus tipe II di RS TK. III Dr. Reksodiwiryo Padang tahun 2025.
- b. Mendeskripsikan rumusan diagnosis keperawatan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus tipe II di RS TK. III Dr. Reksodiwiryo Padang tahun 20245.
- c. Mendeskripsikan rencana asuhan keperawatan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus tipe II di RS TK. III Dr. Reksodiwiryo Padang tahun 2025.
- d. Mendeskripsikan implementasi keperawatan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus tipe II di RS TK. III Dr. Reksodiwiryo Padang tahun 2025.
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus tipe II di RS TK. III Dr. Reksodiwiryo Padang tahun 2025.

**D. Manfaat Penelitian**

## 1. Aplikatif

## a. Bagi peneliti

Diharapkan hasil kegiatan penelitian dapat menambah wawasan dan pengalaman nyata bagi peneliti dalam melakukann penilitian tentang asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2.

## b. Lokasi peneliti

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan bagi petugas Kesehatan dalam meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2.

## c. Bagi institusi kemenkes poltekkes padang

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebgai referensi akademik untuk pengembangan pembelajaran Prodi D III Keperawatan Padang, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 di RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang.

## 2. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi data dasar dan sebagai pembanding untuk peneliti selanjutnya.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Diabetes Melitus**

##### **1. Pengertian**

Diabetes Melitus merupakan suatu penyakit atau gangguan metabolisme kronis dengan multi etiologi di tandai dengan tingginya kadar glukosa dalam darah disertai dengan gangguan metabolisme karbohidrat, lipid, dan protein sebagai akibat insufiensi fungsi insulin. Diabetes Melitus adalah suatu penyakit kronis yang bersifat menahun dengan terganggunya metabolisme.<sup>2</sup>

Diabetes Melitus adalah penyakit yang disebabkan terganggunya proses metabolisme glukosa di dalam tubuh yang disertai berbagai kelainan metabolismik akibat gangguan hormonal, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, dan pembuluh darah, disertai dengan luka pada membrane basalis dengan karakteristik hiperglikemia.<sup>16</sup>

##### **2. Klasifikasi**

Menurut mengklasifikasikan Diabetes Melitus menjadi :<sup>17</sup>

###### **a. Diabetes Melitus Tipe I**

Diabetes Melitus tipe 1 atau insulin Dependen Diabetes Melitus (INDDM) yaitu Diabetes Melitus yang bergantung pada insulin . yang menderita penyakit ini tidak banyak, namun jumlah nya terus meningkat 3% setiap tahun. Diabetes Melitus tipe 1 ini disebabkan karena kerusakan sel beta pankreas yang menghasilkan insulin. Hal ini berhubungan dengan kombinasi antara faktor genetik, imunologi dan lingkungan, seperti virus.

Terdapat juga hubungan terjadi Diabetes Melitus 1 dengan beberapa antigen leukosit manusia (HLAs) dan adanya autoimun antybody sel islet (ICAs) yang dapat merusak sel-sel beta pankreas. Ketidak mampuan sel beta menghasilkan insulin mengakibatkan glukosa yang

berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati dan tetap berada dalam darah sehingga menimbulkan hiperglikemia.<sup>17</sup>

b. Diabetes Melitus Tipe II

Diabetes Melitus tipe II atau non Insulin Dependen Diabetes Melitus (NIDDM). Kurang lebih 90% sampai 95% penderita Diabetes Melitus adalah Diabetes Melitus tipe ini. Diabetes Melitus tipe II masih bisa memproduksi insulin, tetapi kualitas insulinya buruk, tidak dapat berfungsi dengan baik sebagai kunci memasukan gula ke dalam sel. Akibatnya, gula dalam darah meningkat, pasien biasanya tidak perlu tambahan suntikan insulins dalam pengobatannya, tetapi memerlukan obat untuk memperbaiki fungsi insulin, menurunkan glikosa darah dan memperbaiki pengelolaan gula di hati. Pada Diabetes Melitus tipe II reaksi dalam sel kurang efektif karena kurangnya insulin yang berperan dalam menstimulasi glukosa masuk ke jaringan dan pengaturan pelepasan glukosa dihati.<sup>17</sup>

c. Diabetes Melitus Gestasional

Diabetes Melitus Gestasional yaitu Diabetes Melitus yang terjadi pada masa kehamilan, dapat di diagnosa dengan menggunakan test toleran glukosa, terjadi kira-kira pada 24 minggu kehamilan. Individu Diabetes Melitus gestasional 25% akan berkembang menjadi Diabetes Melitus.<sup>17</sup>

d. Diabetes Melitus tipe lain

Diabetes Melitus tipe lain adalah Diabetes Melitus sekunder atau akibat dari penyakit lain, yang mengganggu produksi insulin atau memengaruhi kerja insulin atau mengurangi kerja insulin. Penyebab Diabetes Melitus ini seperti penyakit eksokrin pankreas (pankreatitis, neoplasma, trauma atau pankreatectomy), endokrineopati (akromegali, pheochromacytoma, dan cushing's syndrome), obat-obatan atau zat kimia (glikokortioid, hormon tiroid, dan dilantin), penyakit infeksi (congenital rubella, infeksi cytomegal rubella, infeksi cytomegalovirus), serta syndrome genetik diabetes (*syndrome down*).

### 3. Etiologi Diabetes Melitus tipe II

Etiologi Diabetes Melitus Tipe 2 yaitu :<sup>18</sup>

#### a. Diabetes Melitus Tergantung Insulin

Diabetes melitus tergantung insulin ditandai dengan penghancuran sel-sel beta pankreas yang disebabkan oleh :

##### 1) Faktor genetik

Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri, tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecendrungan genetik kearah terjadinya diabetes tipe I

##### 2) Faktor imunologi

Pada DM tipe I terdapat bukti adanya suatu respon autoimun. Ini merupakan respon abnormal dimana antibody terarah pada jaringan di tubuh dengan cara beki pada jaringan yang dianggap jringan asing.

##### 3) Faktor lingkungan

Faktor eksternal yang dapat memicu sel B pankreas, sebagai contoh hasil penyelidikan menyatakan bahwa virus atau toksin tertentu yang memecu autoimun dan menimbulkan destruksi sel B pankreas.

#### b. Diabetes tipe gestasional

Diabetes tipe ini ditandai dengan kenaikan gula darah pada selama masa kehamilan. Gangguan ini biasanya terjadi pada minggu ke-24 kehamilan dan akan kembali normal setelah persalinan.

### 4. Patofisiologi

Terdapat beberapa keadaan yang berperan yaitu, resistensi insulin dan disfungsi sel B pankreas. Diabetes melitus tipe II bukan disebabkan oleh kurangnya sekresi insulin, namun karena sel sel sasaran insulin gagal atau tidak mampu merespon insulin secara normal, keadaan ini lazim disebut sebagai “resistensi insulin”. Resistensi insulin banyak terjadi akibat obesitas dan kurangnya aktivitas fisik penuaan. Pada penderita diabetes melitus tipe II dapat juga terjadi produksi glukosa hepatis yang

berlebihan namun tidak terjadi pengrusakan sel sel B langerhans secara autoimun seperti diabetes melitus tipe II. Difisiensi fungsi insulin pada penderita diabetes melitus tipe II hanya bersifat relative dan tidak absolut.<sup>19</sup>

Pada awal perkembangan diabetes melitus tipe II, sel B menunjukan gagnguan pada sekresi insulin fase pertama, artinya sekresi insulin gagal mengkompensasi resistensi insulin. Apabila tidak ditangani dengan baik, pada perkembangan selanjutnya akan terjadi kerusakan sel B pankreas. Kerusakan sel B pankreas akan terjadi secara progresif seringkali akan menyebabkan defisiensi insulin, sehingga akirnya penderita memerlukan insulin eksogen. Pada penderita diabetes melitus tipe II memang umumnya ditemukan kedua faktor tersebut, yaitu resistensi insulin dan defisiensi insulin.<sup>19</sup>

Walaupun sekresi insulin terganggu, akan tetapi masih ada insulin dengan jumlah yang cukup dalam proses terpecahnya lemak yang diiringi dengan pembentukan keton. Dengan begitu, diabetes melitus tipe II tidak menimbulkan ketoasidosis diabetik. Walaupun demikian, kondisi diabetes melitus tipe II yang tidak terkendali dapat mengakibatkan masalah-masalah lain. Salah satu masalah yang timbul yaitu terjadinya sindrom hiperglikemik hiperosmoler nonketotik. Upaya primer dalam menangani diabetes melitus tipe II yaitu berupaya dalam penurunan berat badan. Hal ini dikarenakan obesitas memiliki keterkaitan dengan resistensi insulin.<sup>19</sup>

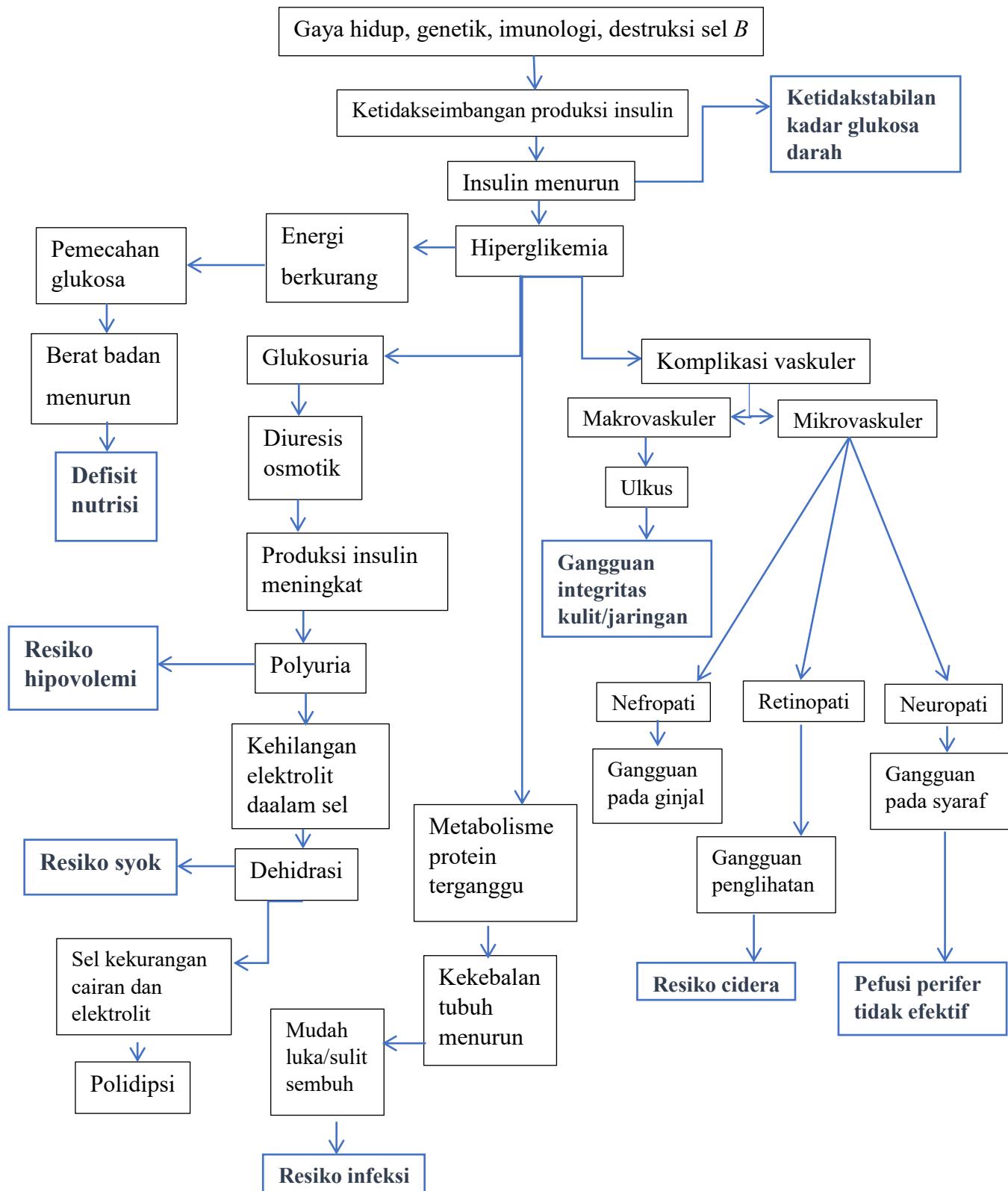
## 5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis DM tergantung pada tingkat hiperglikemia yang dialami oleh pasien. Manifestasi DM pada umumnya adalah polyphagia (banyak makan), polidipsi (banyak minum, polyuria (sering BAK). Penderita DM juga mengalami gejala lainnya yaitu berat badan menurun, kelelahan, kelemahan, tiba-tiba terjadi perubahan pandangan, kebas pada tangan/kaki, kulit kering, luka sulit sembuh dan sering muncul infeksi.

Kondisi ini menunjukkan kadar glukosa dalam darah tidak terkontrol dan jika tidak ada dilakukan penanganan yang tepat, lama kelamaan timbul penyulit yang dapat terjadi pada semua pembuluh darah, di antaranya pembuluh daah otak, pembuluh darah mata, pembuluh darah ginjal dan lain-lain. Jika sudah terjadi penyulit maka usahakan menormalkan sangat sulit, karna itu pencegahan dini sangat dipelukan.DM dapat dicegah sedini mungkin dengan mempertahankan pola makan sehari-hari sehat imbang dengan meningkatkan konsumsi syuran, buah dan serat, membatasi makanan tinggi karbohidrat, protein dan lemak, mempertahankan BB ideal sesuai umur dan TB, serta olahraga teratur.<sup>20</sup>

Kadang-kadang manifestasi yang mucul tidak berat atau mungkin tidak ada, sebagai kosekuensi adanya hiperglikemia yang cukup lama menyebabkan perubahan patologi dan fungsional yang sudah terjadi lama sebelum diagnose dibuat. Efek jangka panjang DM meliputi perkembangan progresif komplikasi spesifik renopati yang berpotensi menimbulkan kebutaan , nefropati yang dapat menyebabkan terjadinya gagal ginjal, dan neuropati dengan resiko ulkus diabetic, amputasi, serta saraf autonomy meliputi disfungsi seksual.<sup>21</sup>

## 6. Bagan WOC Diabetes Melitus Tipe 2



Sumber: Ramadanti, (2022) dengan Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017), mutaqqin (2014).

**Gambar 2.1** Bagan WOC Diabetes Melitus Tipe 2

## 7. Komplikasi

Komplikasi diabetes digolongkan menjadi dua kategori :<sup>20</sup>

### a. Komplikasi Akut

Komplikasi akut terjadi sebagai akibat dari ketidakseimbangan jangka pendek dalam glukosa darah. Ada tiga komplikasi akut pada diabetes yang penting berhubungan dengan gangguan keseimbangan kadar glukosa darah jangka pendek.

#### 1) Hipoglikemia

Hipoglikemia terjadi kalau kadar glukosa darah turun dibawah 50-60 mg/dl. Keadaan ini dapat terjadi akibat pemberian insulin atau preparat oral yang berlebihan, konsumsi makanan yang terlalu sedikit atau karena aktivitas fisik yang berat. Hipoglikemia dapat terjadi setiap saat pada siang atau malam hari. Kejadian ini bisa dijumpai sebelum makan, khususnya jika waktu makan tertunda atau bila pasien lupa makan cemilan. Gejala hipoglikemia dapat dikelompokan menjadi dua kategori : gejala adrenergik dan gejala sistem saraf pusat.<sup>20</sup>

Pada hipoglikemia ringan, ketika kadar glukosa darah menurun, sistem saraf simpatik akan terangsang. Pelimpahan adrenalin ke dalam darah menyebabkan gejala seperti tremor, takikardia, pingsan, dan kegelisahan dan rasa lapar. Pada hipoglikemia sedang, penurunan kadar glukosa darah menyebabkan sel-sel otak tidak memperoleh cukup bahan bakar untuk bekerja dengan baik. Tanda-tanda gangguan fungsi pada sistem saraf pusat mencakupi ketidakmampuan konsentrasi, sakit kepala, vertigo, konfusi, penurunan daya ingat, matirasa di daerah bibir serta lidah bicara pelo, gerakan tidak terkoordinasi, perubahan emosional perilaku yang tidak rasional, penglihatan ganda, dan perasaan ingin pingsan. Pada hipoglikemia berat, fungsi sistem saraf pusat mengalami gangguan yang sangat berat sehingga pasien memerlukan pertolongan orang lain untuk mengatasi

hipoglikemia yang dideritanya. Gejala dapat mencakup perilaku yang mengalami disorientasi, serangan kejang, sulit dibangunkan dari tidur, atau bahkan kehilangan kesadaran

## 2) Diabetes Ketoasidosis

Diabetes ketoasidosis disebabkan oleh tidak adanya insulin atau tidak cukupnya jumlah insulin yang nyata. Keadaan ini menyebabkan gangguan pada metabolisme karbohidrat protein dan lemak. Ada tiga gambaran klinis yang penting pada diabetes ketoasidosis yaitu, dehidrasi, kehilangan elektrolit dan asidosis.

Apabila jumlah insulin berkurang jumlah glukosa yang memasuki sel akan berkurang pula. Di samping itu produksi gula hati menjadi tidak terkendali pula. Kedua faktor ini menimbulkan hiperglikemia. Dalam upaya untuk menghilangkan glukosa yang berlebihan dari dalam tubuh, ginjal akan mengekskresikan glukosa bersama-sama air dan elektrolit seperti natrium dan kalium. Diuresis osmotic yang ditandai dengan oleh urinasi berlebihan ini akan menyebabkan dehidrasi dan kehilangan elektrolit.

Akibat defisiensi insulin yang lain adalah pemecahan lemak menjadi asam-asam lemak bebas dan gliserol. Asam lemak bebas akan diubah menjadi badan keton oleh hati. Pada ketoasidosis diabetik terjadi produksi badan keton yang berlebihan sebagai akibat dari kekurangan insulin yang secara normal akan mencegah keadaan tersebut. Badan keton bersifat asam dan bila bertumpuk di sirkulasi darah, badan keton akan menimbulkan asidosis metabolik.

Hiperglikemia pada ketoasidosis akan menimbulkan polyuria dan polidipsi, pasien juga mengalami penglihatan kabur, kelemahan dan sakit kepala. Pasien dengan penurunan volume intravaskuler

yang nyata mungkin juga mengalami hipotensi ortostatik.

Ketosis dan asidosis yang merupakan ciri khas diabetes asidosis mengalami gejala gastrointestinal seperti anoreksia, mual, muntah, dan nyeri abdomen. Nyeri abdomen dan gejala fisik pada pemeriksaan dapat begitu berat sehingga tampaknya terjadi proses intra abdominal yang memerlukan tindakan pembedahan. Nafas pasien mungkin berbau aseton sebagai akibat meningkatnya badan keton.

3) Sindroma Hipoglikemi Hiperosmolar Nonketotik

Sindrom hipoglikemi hyperosmolar nonketotik merupakan keadaan yang mendominasikan oleh hiperosmolaritas dan hiperglikemia disertai perubahan tingkat kesadaran. Pada saat yang sama tidak ada atau sedikit terjadi ketosis ringan. Kelainan dasar biokimia pada syndrome ini berupa kekurangan insulin efektif. Keadaan hiperglikemia persisten menyebabkan diuresis osmotic sehingga terjadi kekurangan cairan dan elektrolit. Untuk mempertahankan keseimbangan osmotic, cairan akan berpindah dari ruang intrasel ke dalam ruang ekstrasel. Dengan adanya glukosuria dan dehidrasi, akhirnya terjadi keadaan hypernatremia dan peningkatan osmolaritas. Terdiri atas gejala hipotensi, dehidrasi berat, takikardi, dan tanda neurologis yang bervariasi.<sup>20</sup>

b. Komplikasi Kronis

1) Komplikasi Makrovaskular

a) Penyakit Arteri Koroner

Perubahan atheroskerotik dalam pembuluh darah besar sering terjadi pada diabetes. Perubahan atherosklerotik dalam pembuluh arteri koroner menyebabkan peningkatan insidens infark miokard pada pasien. Salah satu ciri unik pada penyakit arteri koroner yang diderita oleh pasien-pasien diabetes adalah tidak terdapatnya gejala iskemik yang khas. Jadi, pasien mungkin tidak memperlihatkan tanda-tanda awal penurunan aliran darah koroner dan dapat mengalami infark miokard.

asiptomatik ini hanya dijumpai melalui pemeriksaan EKG. Kurangnya gejala iskemik ini disebabkan oleh neuropati otonom.

b) Penyakit Serebrovaskular

Perubahan arterosklerotik dalam pembuluh darah serebral atau pembenrukan embolus di tempat lain dalam sistem pembuluh darah yang kemudian terbawa aliran darah sehingga terjepit dalam pembuluh darah serebral dapat menimbulkan serangan iskemia sepintas dan stroke. gejala penyakit serebrovaskuler ini dapat menyerupai gejala pada komplikasi akut diabetes. Gejala tersebut mencakup keluhan pusing atau vertigo, gangguan penglihatan, bicara pelo dan kelemahan.<sup>20</sup>

c) Penyakit Vaskuler Perifer

Perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah besar pada ekstermitas bawah merupakan penyebab meningkatnya insidens penyakit oklusif arteri perifer pada pasien-pasien diabetes. Bentuk penyakit oklusif arteri yang parah pada ekstermitas bawah ini merupakan utama meningkatnya insidens gangrene dan amputasi pada pasien-pasien diabetes.

Para peneliti diabetes masih terus menyelidiki hubungan antara diabetes dan penyakit makrovaskuler. Ada faktor resiko tertentu yang berkaitan dengan percepatan atherosclerosis. Factor ini mencakup kenaikan kadar lemak darah, hipertensi, kebiasaan merokok, obesitas, kurangnya latian dan riwayat keturunan. Apabila komplikasi makrovaskuler terjadi, penanganannya sama dengan penanganan para pasien nondiabetic. Disamping itu pengendalian kadar glukosa darah juga harus diperhatikan.

2) Komplikasi Mikrovaskular

Penyakit mikroangiopati ditandai ole penebalan membarane basalis pembuluh kapiler. Membrane basalis mengelilingi sel-sel endotel kapiler. Ada dua tempat dimana gangguan fungsi kapiler

dapat berakibat serius, kedua tempat tersebut adalah mikrosirkulasi retina mata dan ginjal. Retinopati diabetic yang diakibatkan oleh mikroangiopati merupakan penyebab kebutaan yang utama pada individu yang berusia antara 20 hingga 74 tahun di Amerika Serikat.

a) Retinopati Diabetic

Kelainan patologis mata yang disebut retinopati diabetic disebabkan oleh perubahan dalam pembuluh-pembuluh darah kecil disekitar retina. Retina merupakan bagian mata yang menerima bayangan dan mengirimkan informasi tentang bayangan tersebut ke otak. Bagian ini mengandung banyak sekali pembuluh darah arteri serta vena kecil, arteriol, venula, dan kapiler. Ada tiga stadium utama retinopati diabetic; retinopati nonproliferatif, retinopati praproliferatif, dan retinopati proliferative.

b) Nefropati

Bukti menunjukan bahwa segera sesudah terkena diabetes, khususnya bila kadar glukosa darah meninggi, maka mekanisme filtrasi ginjal akan mengalami stress yang menyebabkan kebocoran protein darah ke dalam urine. Kenaikan tersebut diperkirakan berperan sebagai stimulus untuk terjadinya nefropati.

c) Neuropati Diabetik

Neuropati pada diabetes mengacu kepada sekelompok penyakit yang menyerang semua tipe saraf, termasuk saraf perifer, otonom dan spinal. Kelainan tersebut tampak beragam secara klinis dan bergantung pada lokasi sel saraf yang terkena. Pathogenesis neuropati dalam diabetes dapat dikaitkan dengan mekanisme vaskuler atau metabolic atau keduanya, meskipun perannya yang berhubungan mekanisme ini masih belum berhasil ditentukan. Penebalan membrane basalis kapiler dan penutupan kapiler dapat dijumpai. Di samping itu mungkin

terdapat demieliniasi saraf yang diperkirakan berhubungan dengan hiperglikemia.<sup>20</sup>

## 8 Penatalaksanaan

### a. Tujuan Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan secara umum adalah meningkatkan kualitas hidup pasien diabetes, tujuan pelasanaan meliputi:

- 1) Tujuan jangka pendek: menghilangkan keluhan diabetes melitus, memperbaiki kualitas hidup, dan mengurasi risiko komplikasi akut.
- 2) Tujuan jangka Panjang: mencegah dan menhhambat progresivitas penyulit mikroangiopati dan makroangiopati.
- 3) Tujuan akhir pengolahan adalah turunnya mordibitas dan motalitas diabetes.

### b. Jenis Penatalaksanaan

Ada lima penatalaksanaan diabetes melitus diantaranya:<sup>21</sup>

#### 1) Edukasi

Edukasi dengan tujuan promosi hidup sehat, perlu selalu dilakukan sebagai bagian dari upaya pencegahan dan merupakan bagian yang sangat penting dari pengelolaan diabetes melitus secara holistik. Materi edukasi terdiri dari materi edukasi tingkat awal dan materi edukasi tingkat lanjutan.

##### a) Materi edukasi pada tingkat awal dilaksanakan di Pelayanan

Kesehatan Primer yang meliputi:

- (1) Materi tentang perjalanan penyakit DM.
- (2) Makna dan perlunya pengendalian dan pemantauan DM secara berkelanjutan.
- (3) Penyulit DM dan risikonya.
- (4) Intervensi non-farmakologi dan farmakologis serta target pengobatan.
- (5) Interaksi antara asupan makanan, aktivitas fisik, dan obat antihiperglikemiaoral atau insulin serta obat-obatan lain.

- (6) Cara pemantauan glukosa darah dan pemahaman hasil glukosa darah atau urin mandiri (hanya jika alat pemantauan glukosa darah mandiri tidak tersedia)
  - (7) Mengenal gejala dan penanganan awal hipoglikemia
  - (8) Pentingnya latihan jasmani yang teratur
  - (9) Pentingnya perawatan kaki.
  - (10) Cara menggunakan fasilitas perawatan kesehatan.
- b) Materi edukasi pada tingkat lanjut dilaksanakan di Pelayanan Kesehatan Sekunder dan/atau Tersier, yang meliputi:
- (1) Mengenal dan mencegah penyulit akut DM.
  - (2) Pengetahuan mengenai penyulit menahun DM.
  - (3) Penatalaksanaan DM selama menderita penyakit lain.
  - (4) Rencana untuk kegiatan khusus (contoh: olahraga prestasi)
  - (5) Kondisi khusus yang dihadapi (contoh: hamil, puasa, kondisi rawat inap)
  - (6) Hasil penelitian dan pengetahuan masa kini dan teknologi mutakhir tentang DM.
  - (7) Pemeriharaan/perawatan kaki.
- c) Perilaku hidup sehat bagi pasien diabetes melitus adalah memenuhi anjuran:
- (1) Mengikuti pola makan sehat.
  - (2) Meningkatkan obat diabetes melitus dan obat lainnya pada keadaan khusu secara aman dan teratur.
  - (3) Melakukan pemantauan glukosa darah mandiri (PGDM) dan memanfaatkan hasil pemantauan untuk menilai keberhasilan pengobatan.
  - (4) Memiliki perawatan kaki secara berkala.
  - (5) Memiliki kemampuan untuk mengenal dan mneghadapi keadaan sakit akut dengan tepat.
  - (6) Mempunyai keterampilan mengatasi masalah yang sederhana dan mau bergabung dengan kelompok pasien

diabetes melitus serta mengajak keluarga untuk mengerti pengelolaan pasien diabetes melitus.

(7) Mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

d) Prinsip yang perlu diperhatikan pada proses edukasi diabetes melitus adalah:

- (1) Memberikan dukungan dan nasehat yang positif serta hindari terjadinya kecemasan.
- (2) Memberikan informasi secara bertahap, dimulai dengan hal-hal yang sederhana dan dengan cara yang mudah dimengerti.
- (3) Melakukan pendekatan untuk mengatasi masalah dengan melakukan simulasi.
- (4) Mendiskusikan program pengobatan secara terbuka, perhatikan keinginan pasien. Berikan penjelasan secara sederhana dan lengkap tentang program pengobatan yang diperlukan oleh pasien dan diskusikan hasil pemeriksaan laboratorium.
- (5) Melakukan kompromi dan negosiasi agar tujuan pengobatan dapat diterima.
- (6) Memberikan motivasi dengan memberikan penghargaan.
- (7) Melibatkan keluarga/pendamping dalam proses edukasi.
- (8) Perhatikan kondisi jasmani dan psikologis serta tingkat pendidikan pasien dan keluarganya.
- (9) Gunakan alat bantu audio visual.

## 2) Diet

Prinsip pengaturan makan pada pasien diabetes melitus hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum, yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Pasien diabetes melitus perlu diberikan penekanan mengenai pentingnya keteraturan jadwal

makan, jenis dan jumlah kandungan kalori, terutama pada mereka yang menggunakan obat yang meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin itu sendiri.<sup>21</sup>

a) Komposisi Makanan yang Dianjurkan

(1) Karbohidrat

- (a) Karbohidrat yang dianjurkan sebesar 45 – 65% total asupan energi. Terutama karbohidrat yang berserat tinggi.
- (b) Pembatasan karbohidrat total < 130 g/hari tidak dianjurkan.
- (c) Glukosa dalam bumbu diperbolehkan sehingga pasien diabetes dapat makan sama dengan makanan keluarga yang lain.
- (d) Sukrosa tidak boleh lebih dari 5% total asupan energi.
- (e) Dianjurkan makan tiga kali sehari dan bila perlu dapat diberikan makanan selingan seperti buah atau makanan lain sebagai bagian dari kebutuhan kalori sehari.

(2) Lemak

- (a) Asupan lemak dianjurkan sekitar 20 – 25% kebutuhan kalori, dan tidak diperkenankan melebihi 30% total asupan energi.
- (b) Komposisi yang dianjurkan:
  - ◆ Lemak jenuh (SAFA) < 7 % kebutuhan kalori.
  - ◆ Lemak tidak jenuh ganda (PUFA) < 10 %.
  - ◆ Selebihnya dari lemak tidak jenuh tunggal (MUFA) sebanyak 115%
  - ◆ Rekomendasi perbandingan lemak jenuh: lemak tak jenuh tunggal: lemak tak jenuh ganda = 0.8 : 1.2: 1.
- (c) Bahan makanan yang perlu dibatasi adalah yang banyak mengandung lemak jenuh dan lemak trans

- antara lain: daging berlemak dan susu fullcream.
- (d) Konsumsi kolesterol yang dianjurkan adalah <200 mg/hari.
- (3) Protein
- Sumber protein yang baik adalah ikan, udang, cumi, daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, produk susu rendah lemak, kacang-kacangan, tahu dan tempe. Sumber bahan makanan protein dengan kandungan *saturated fatty acid* (SAFA) yang tinggi seperti daging sapi, daging babi, daging kambing dan produk hewani olahan sebaiknya dikurangi untuk dikonsumsi.
- (4) Natrium
- (a) Anjuran asupan natrium untuk pasien diabtes melitus sama dengan orang sehat yaitu < 1500 mg per hari.
- (b) Pada upaya pembatasan asupan natrium ini, perlu juga memperhatikan bahan makanan yang mengandung tinggi natrium antara lain adalah garam dapur, monosodium glutamat, soda, dan bahan pengawet seperti natrium benzoat dan natrium nitrit.
- (5) Serat
- (a) Pasien diabetes melitus dianjurkan mengonsumsi serat dari kacang-kacangan, buah dan sayuran serta sumber karbohidrat yang tinggi serat.
- (b) Jumlah konsumsi serat yang disarankan adalah 20 – 35 gram per hari.

b) Kebutuhan Kalori

Ada beberapa cara untuk menentukan jumlah kalori yang dibutuhkan pasien diabetes melitus, antara lain dengan memperhitungkan kebutuhan kalori basal yang besarnya 25 – 30 kal/kgBB ideal. Jumlah kebutuhan tersebut ditambah atau dikurangi bergantung pada beberapa faktor yaitu: jenis kelamin,

umur, aktivitas, berat badan, dan lain-lain. Beberapa cara perhitungan berat badan ideal adalah sebagai berikut:

Perhitungan berat badan ideal (BBI) menggunakan rumus Broca yang dimodifikasi:

$$\text{Berat badan ideal} = 90\% \times (\text{TB dalam cm} - 100) \times 1 \text{ kg}$$

Bagi pria dengan tinggi badan di bawah 160 cm dan wanita di bawah 150 cm, rumus dimodifikasi menjadi:

$$(\text{TB dalam cm} - 100) \times 1 \text{ kg}$$

- ❖ BB normal : BB ideal  $\pm 10\%$
- ❖ Kurus : kurang dari BB ideal  $- 10\%$
- ❖ Gemuk : lebih dari BB ideal  $+ 10\%$

Perhitungan berat badan ideal menurut Indeks Massa Tubuh (IMT). Indeks massa tubuh dapat dihitung dengan rumus :

$$\text{IMT} = \text{BB (kg)} / \text{TB (m}^2\text{)}$$

- ❖ BB kurang  $< 18,5$
- ❖ BB normal  $18,5 - 22,9$
- ❖ BB lebih  $\geq 23,0$ 
  - Dengan risiko  $23,0 - 24,9$
  - Obese I  $25,0 - 29,9$
  - Obese II  $\geq 30$

### 3) Aktivitas

Latihan fisik merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan diabetes melitus tipe 2. Program latihan fisik secara teratur dilakukan 3 – 5 hari seminggu selama sekitar 30 – 45 menit, dengan total 150 menit per minggu, dengan jeda antar latihan tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. Kegiatan sehari-hari atau aktivitas sehari-hari bukan termasuk dalam latihan fisik. Latihan fisik selain untuk menjaga kebugaran juga dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin, sehingga akan memperbaiki kendali glukosa darah. Latihan fisik yang dianjurkan berupa latihan

fisik yang bersifat aerobik dengan intensitas sedang (50 – 70% denyut jantung maksimal) seperti jalan cepat, bersepeda santai, jogging, dan berenang. Denyut jantung maksimal dihitung dengan cara mengurangi 220 dengan usia pasien.

Pasien diabetes dengan usia muda dan bugar dapat melakukan 90 menit/minggu dengan latihan aerobik berat, mencapai > 70% denyut jantung maksimal. Pemeriksaan glukosa darah dianjurkan sebelum latihan fisik. Pasien dengan kadar glukosa darah < 100 mg/dL harus mengkonsumsi karbohidrat terlebih dahulu dan bila > 250 mg/dL dianjurkan untuk menunda latihan fisik. Pasien diabetes asimptomatis tidak diperlukan pemeriksaan medis khusus sebelum memulai aktivitas fisik intensitas ringan-sedang, seperti berjalan cepat. Subjek yang akan melakukan latihan intensitas tinggi atau memiliki kriteria risiko tinggi harus dilakukan pemeriksaan medis dan uji latih sebelum latihan fisik.<sup>21</sup>

Pada pasien diabetes melitus tanpa kontraindikasi (contoh: osteoarthritis, hipertensi yang tidak terkontrol, retinopati, nefropati) dianjurkan juga melakukan resistance training (latihan beban) 2 – 3 kali/perminggu sesuai dengan petunjuk dokter. Latihan fisik sebaiknya disesuaikan dengan umur dan status kesegaran fisik. Intensitas latihan fisik pada pasien diabetes melitus yang relatif sehat bisa ditingkatkan, sedangkan pada pasien diabetes melitus yang disertai komplikasi intesitas latihan perlu dikurangi dan disesuaikan dengan masing-masing individu.

#### 4) Farmakologis

Terapi farmakologis diberikan bersama dengan pengaturan makan dan latihan jasmani (gaya hidup sehat). Terapi farmakologis terdiri dari obat oral dan bentuk suntikan.

a) Obat antihiperglikemia oral

- (1) Sulfonilurea
- (2) Glinid
- (3) Metformin
- (4) Tiazolidinedion (TZD)

b) Obat anti hiperglikemia suntik

(1) Insulin

(a) Insulin digunakan pada keadaan :

- HbA1c saat diperiksa 7.5% dan sudah menggunakan satu atau dua obat antidiabetes.
- HbA1c saat diperiksa > 9%
- Penurunan berat badan yang cepat
- Hiperglikemia berat yang disertai ketosis
- Krisis hiperglikemia
- Gagal dengan kombinasi OHO dosis optimal
- Stres berat (infeksi sistemik, operasi besar, infark miokard akut, stroke)
- Kehamilan dengan DM/diabetes melitus gestasional yang tidak terkendali dengan perencanaan makan
- Gangguan fungsi ginjal atau hati yang berat
- Kontraindikasi dan atau alergi terhadap OHO
- Kondisi perioperatif sesuai dengan indikasi

(b) Jenis dan Lama Kerja Insulin :

- Insulin kerja cepat (*Rapid-acting insulin*)
- Insulin kerja pendek (*Short-acting insulin*)
- Insulin kerja menengah (*Intermediate-acting insulin*)
- Insulin kerja panjang (*Long-acting insulin*)
- Insulin kerja ultra panjang (*Ultra long-acting insulin*)
- Insulin campuran tetap, kerja pendek dengan menengah dan kerja cepat dengan menengah (*Premixed insulin*)

- Insulin campuran tetap, kerja ultra panjang dengan kerja cepat

(c) Efek samping terapi insulin :

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

(2) Agonis GLP-1/incretin Mimetic

Inkretin adalah hormon peptida yang disekresi gastrointestinal setelah makanan dicerna, yang mempunyai potensi untuk meningkatkan sekresi insulin melalui stimulasi glukosa. Dua macam inkretin yang dominan adalah *glucose-dependent insulinotropic polypeptide* (GIP) dan GLP-1. GLP-1 RA mempunyai efek menurunkan berat badan, menghambat pelepasan glukagon, menghambat nafsu makan, dan memperlambat pengosongan lambung sehingga menurunkan kadar glukosa darah postprandial. Efek samping yang timbul pada pemberian obat ini antara lain rasa sebah dan muntah. Obat yang termasuk golongan ini adalah: *Liraglutide, Exenatide, Albiglutide, Lixisenatide dan Dulaglutide*.

5) Monitoring

a) Pemantauan Glukosa Darah Mandiri

Frekuensi pemantauan glukosa darah mandiri berbeda-beda untuk masing-masing individu tergantung ketersediaan alat dan kemampuan anak untuk mengidentifikasi hipoglikemia. Untuk mengoptimalkan kontrol glikemi, pemantauan glukosa

darah mandiri harus dilakukan 4-6 kali sehari, yaitu pagi hari setelah bangun tidur untuk melihat kadar glukosa darah setelah puasa malam hari, setiap sebelum makan, pada malam hari untuk mendeteksi hipoglikemia atau hiperglikemia, serta 1,5-2 jam setelah makan.

b) Pemeriksaan HbA1c

Menurut Perkeni (2021), pemeriksaan HbA1c nilai normalnya  $\geq 6,5\%$ . Target ini harus disesuaikan dengan tujuan untuk mencapai nilai sedekat mungkin dengan nilai normal, menghindari hipoglikemia berat, ringan hingga sedang, dan stres berlebihan pada anak dan keluarganya. Fasilitas pengukuran HbA1c harus tersedia di semua pusat kesehatan yang menangani anak dan remaja dengan diabetes. HbA1c harus dipantau sebanyak 4-6 kali per tahun pada anak yang lebih muda dan 3-4 kali per tahun pada anak yang lebih besar. Faktor yang harus dipertimbangkan dalam menetapkan target secara individu, tetapi tidak terbatas pada akses teknologi, pengetahuan gejala hipoglikemia dan hiperglikemia, riwayat hipoglikemia berat, riwayat kepatuhan dengan terapi, anak adalah glikator tinggi atau rendah, dan anak yang terus melanjutkan produksi insulin endogen.<sup>21</sup>

c) Pemeriksaan Keton

Pemeriksaan keton darah lebih baik daripada keton urin. Normal keton darah adalah 3,0 mmol/L biasanya disertai asidosis, sehingga harus segera dibawa ke IGD. Keton darah  $<0,6$  mmol/L biasa ditemukan setelah puasa malam hari.

Pemeriksaan keton harus tersedia dan dilakukan pada saat:

- (1) Sakit disertai demam dan/atau muntah
- (2) Jika gula darah sewaktu  $>250$  mg/dL (14mmol/L) pada anak sakit atau jika meningkat secara persisten
- (3) Jika terdapat poliuria persisten disertai peningkatan gula

darah sewaktu, terutama jika disertai nyeri abdomen atau napas cepat

- (4) Pemeriksaan keton darah sebaiknya tersedia bagi anak yang lebih muda atau pasien yang menggunakan pompa insulin.

## 9 Pemeriksaan Penunjang

Menurut pemeriksaan penunjang diabetes melitus antara lain:

- a. Pemeriksaan glukosa darah.

Pada pasien diabetes meatus tipe II biasanya meningkat 100-200 mg/dl atau lebih. Pemeriksaan glukosa darah terdiri dari :

1. Pemeriksaan gula darah puasa atau *fasting blood sugar* (FBS)  
GDP ( gula darah puasa ) merupakan keadaan puasa selama 12 jam, diperbolehkan minum. Darah diambil dari pembuluh darah vena. Hasil normal gula darah puasa normalnya < 100 mg/dl, 101-125 mg/dl untuk gula darah puasa terganggu, dan > 125 mg/dl untuk diabetes.

2. Glukosa darah sewaktu

Glukosa darah sewaktu bisa dilakukan kapanpun, nilai normalnya adalah < 200 mg/dl.

3. Pemeriksaan gula darah postparandial

Bertujuan untuk menentukan gula darah setelah makan. Pasien diberikan makan kira kira 100gram karbohidrat, dua jam kemudian diambil gula darah venanya. Nilai normal gula darah postparandial adalah 140-199 mg/dl.

- b. Tes toleransi glukosa

Tes ini dilakukan dengan lebih teliti yakni dengan cara pemeriksaan laboratorium gula darah setelah 10 jam puasa. Lalu, pasien akan diminta minum glukosa 75gram untuk dosis anak-anak dan 1,75gram per kg berat badan. Dua jam sesudah mengkonsumsi glukosa makan akan dilakukan lagi pemeriksaan gula darahnya.

c. HbA1c

Pemeriksaan HbA1c merupakan pemeriksaan yang mencerminkan kadar glukosa darah rata-rata selama kurun waktu 2-3 bulan atau 120 hari sebelum dilakukannya pemeriksaan. Pemeriksaan HbA1c dapat digunakan sebagai acuan untuk monitoring penyakit diabetes melitus karena HbA1c ini dapat memberikan informasi yang lebih jelas tentang keadaan yang sebenarnya pada penderita diabetes melitus.<sup>21</sup>

## B. Konsep Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dari proses keperawatan. Sebelum memula seluruh proses, perawat akan melakukan pengkajian awal terhadap kondisi pasien. Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu dalam menentukan status kesehatan dan pola pertahanan penderita, mengidentifikasi, kekuatan dan kebutuhan penderita yang dapat diperoleh melalui anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya.<sup>22</sup>

#### a. Identitas Pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnose medis.

#### b. Keluhan Utama

Biasanya klien datang kerumah sakit dengan keluhan peningkatan nafsu makan atau poliphagi, sering merasa haus atau polidipsi, mual, muntah, penurunan atau peningkatan berat badan, perubahan pola berkemih (poliuria), nyeri kepala, kesemutan pada ekstremitas, penglihatan kabur, gatal-gatal pada kulit yang disertai bisul atau lalu tidak sembuh-sembuh, kesemutan atau rasa berat, luka diabetes, kelelahan dan keletihan.<sup>22</sup>

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya pasien dirawat dengan keluhan yang dominan adanya penurunan berat badan secara drastis, sering buang air kecil, sering merasa haus dan lapar. Selain itu pasien juga engeluh gatal pada kulit disertai luka tidak sembuh-sembuh, terjadinya kesemutan pada ekstremitas, dan menurunnya ketajaman penglihatan.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Adanya riwayat DM atau penyakit-penyakit lain yang ada kaitannya dengan kekurangan insulin misalnya penyakit pankreas, adanya riwayat penyakit jantung, obesitas, maupun arterosklerosis, tindakan medis yang dapat maupun obat-obatan yang biasa digunakan oleh pasien.<sup>23</sup>

3) Riwayat kesehatan keluarga

Dari genogram keluarga biasanya terdapat salah satu anggota keluarga yang menderita DM atau penyakit keturunan yang dapat menyebabkan terjadinya difesiensi insulin misalnya, hipertensi, jantung.<sup>23</sup>

4) Riwayat psikososial

Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan dan emosi yang dialami pasien sambungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit pasien.<sup>23</sup>

5) Pemerikasaan fisik

(a) Meliputi keadaan umum yang Nampak pada pasien: compositus, apatis, somnolen, delirium, stupor ataupun koma.

(b) IMT (Indeks Masa Tubuh)

IMT dihitung sebagai berat badan dalam kilogram (kg) dibagi tinggi badan dalam meter dikuadratkan (m<sup>2</sup>) dan tidak terkait dengan jenis kelamin. Penggunaan IMT hanya berlaku untuk orang dewasa yang berusia 18 tahun keatas.

(c) Tanda tanda vital

Frekuensi nadi dan tekanan darah: biasanya takikardi (terjadinya kekurangan energy dalam sel sehingga jantung melakukan kompensasi untuk meningkatkan pengiriman), hipertensi (karena peningkatan viskositas darah oleh glukosa sehingga terjadi peningkatan tekanan pada dinding pembuluh darah dan berisiko pada pembuluh darah. Kondisi ini terjadi pada fase diabetes melitus yang sudah lama atau pasien yang memang mempunyai hipertensi).

(d) Pemeriksaan fisik head to toe

(1) Status kesehatan umum

Meliputi keadaan pasien, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan, dan tanda-tanda vital.

(2) Kepala

Kaji keadaan kepala, bentuk, fungsi kepala, liat apakah ada kelainan pada kepala atau terdapat bejolan pada kepala.

(3) Leher

Lakukan emeriksaan pada leher apakah ada pembesaran kelenjer tiroid

(4) Rambut

Pada rambut kaji apakah rambut bersih, ketombe, rusak, dan kering.

(5) Mata

Sklera biasanya normal dan ikterik konjunktiva biasanya anemis pada pasien kekurangan nutrisi dan pasien yang sulit tidur karena sering buang air kecil di malam hari dan pupil biasanya miosis, midrosis ansokor.

(6) Mulut

Biasanya sianosis, pucat (apabila mengalami asidosis atau penurunan perfusi jaringan).

(7) Sistem kardiovaskuler

Biasanya perfusi jaringan menurun, nadi perifer lemah, takikardi atau bradikardi, hipertensi atau hipotensi, dan kardiomegalis merupakan tanda dan gejala pasien diabetes melitus.

(8) Sistem gastrointestinal

Biasanya terdapat polifagia, polidipsi, mual, muntah, diare konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkar abdomen, dan obesitas.

(9) Sistem muskuloskletal

Biasanya terjadi penurunan massa otot, cepat lelah, lemah, nyeri, dan adanya gangren di ekstremitas.

(10) System neurologis

Biasanya terjadi penurunan sensori, sakit kepala, latergi, mengantuk, reflek lambat, dan disoriensi.

(11) Sistem integument

Tugor kulit menurun, adanya luka atau warna kehitaman bekas luka, kelembaban dan suhu kulit didaerah sekitar ulkus dan gangrene, kemerahan pada kulit sekitar luka tekstur rambut dan kuku.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Menurut PPNI SDKI 2018 ada beberapa kemungkinan diagnosis yang muncul pada pasien diabetes melitus tipe II, yaitu:<sup>24</sup>

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah (hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin
- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- d. Risiko hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan
- e. Risiko syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan
- f. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas.

### 3. Intervensi Keperawatan

Menurut PPNI 2018 ada beberapa tujuan (SLKI)<sup>25</sup> dan intervensi (SDKI)<sup>24</sup> keperawatan yang mungkin muncul pada pasien diabetes melitus tipe II:

Tabel 2.1 Tabel Intervensi

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
<p><b>1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin</b></p> <p><b>Definisi :</b> Variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal.</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Subjektif Mengantuk, pusing lelah dan lesu</li> <li>2) Objektif Gangguan koordinasi Kadar glukosa dalam darah/urin rendah Kadar glukosa darah/urin tinggi</li> </ol> <p><b>Gejala dan Tanda Minor :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Subjektif Palpitasi Mengeluh lapar</li> <li>2) Objektif Gemetar Kesadaran menurun Perilaku aneh Sulit berbicara Berkeringat</li> </ol>	<p><b>Kestabilan kadar glukosa darah :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kesadaran meningkat</li> <li>2) Tidak ada mengantuk</li> <li>3) Tidak ada pusing</li> <li>4) Tidak ada lelah/lesu</li> <li>5) Tidak ada keluhan lapar</li> <li>6) Tidak ada rasa haus</li> <li>7) Kadar glukosa dalam darah dalam rentang normal</li> <li>8) Kadar glukosa dalam urine dalam rentang normal</li> <li>9) Palpitasi membaik</li> <li>10) Jumlah urine normal</li> </ol> <p><b>Perilaku Mepertahankan Berat Badan :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Memantau berat badan</li> <li>2) Menjaga asupan kalori harian sesuai kebutuhan</li> <li>3) Menyeimbangkan latihan dengan asupan kalori</li> <li>4) Memilih makanan yang bernutrisi</li> <li>5) Mempertahankan keseimbangan cairan</li> </ol> <p><b>Kontrol Risiko :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kemampuan memodifikasi gaya hidup</li> <li>2) Penggunaan fasilitas kesehatan</li> <li>3) Pemantauan perubahan status kesehatan</li> </ol>	<p><b>Manajemen hiperglikemi Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>2) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat</li> <li>3) Monitor kadar glukosa darah</li> <li>4) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>5) Monitor intake dan output cairan</li> <li>6) Monitor keton urin, kadar glukosa darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berikan asupan cairan oral</li> <li>2) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl</li> <li>2) Anjurkan monitor glukosa darah secara mandiri</li> <li>3) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</li> <li>4) Ajarkan pengelolaan</li> </ol>

		<p>diabetes</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian insulin</li> <li>2) Kolaborasi pemberian cairan</li> </ol> <p><b>Pemantauan Nutrisi Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi faktor yang mempengaruhi asupan gizi</li> <li>2) Identifikasi perubahan berat badan</li> <li>3) Identifikasi kelainan pada kulit</li> <li>4) Identifikasi pola makan</li> <li>5) Identifikasi kelainan eliminasi</li> <li>6) Monitor asupan oral</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Timbang berat badan</li> <li>2) Ukur antropometri komposisi tubuh</li> <li>3) Hitung perubahan berat badan</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> </ol>
<p><b>2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia</b></p> <p><b>Definisi :</b> Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Subjektif ( - )</li> <li>2) Objektif <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pengisian kapiler &gt;3 detik</li> <li>b. Nadi perifer menurun atau</li> </ul> </li> </ol>	<p><b>Perfusi perifer :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Penyembuhan luka meningkat</li> <li>2) Warna kulit pucat tidak ada</li> <li>3) Edema perifer tidak ada</li> <li>4) Nyeri ekstremitas tidak ada</li> <li>5) Kelehanan otot tidak ada</li> <li>6) Kram otot tidak ada</li> <li>7) Akral hangat</li> <li>8) Tugor kulit elastis</li> <li>9) Tekanan darah normal</li> </ol>	<p><b>Manajemen Sensasi Perifer</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi penyebab perubahan sensasi</li> <li>2) Identifikasi penggunaan alat pengikat, prostheses, sepatu dan pakaian</li> <li>3) Periksa perbedaan sensasi panas atau dingin</li> <li>4) Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda</li> <li>5) Monitor adanya trombopilebitis dan</li> </ol>

<p>tidak teraba</p> <p>c. Akral teraba dingin</p> <p>d. Warna kulit pucat</p> <p>e. Tugor kulit menurun</p>		<p><b>tromboemboli vena</b></p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anjurkan penggunaan thermometer untuk menguji suhu air</li> <li>2) Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah</li> </ol> <p><b>Pengaturan posisi</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Atur posisi tidur yang disukai</li> <li>2) Posisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat</li> <li>3) Tinggikan tempat tidur bagian kepala</li> <li>4) Motivasi terlibat dalam perubahan posisi sesuai kebutuhan</li> <li>5) Hindari posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka</li> <li>6) Minimalkan gesekan tarikan saat mengubah posisi</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanik tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi</li> </ol>
---	--	--

<p><b>3.Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme</b></p> <p><b>Definisi :</b> Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Subjektif             <ul style="list-style-type: none"> <li>(-)</li> <li>2) Objektif                     <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Berat badan menurun minimal 10% dibawah ideal</li> </ol> </li> </ul></li></ol> <p><b>Gejala dan Tanda Minor</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Subjektif             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Cepat Kenyang setelah makan</li> <li>b. Kram/nyeri abdomen</li> <li>c. Nafsu makan menurun</li> </ol> </li> <li>2) Objektif             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Bising usus hiperaktif</li> <li>b. Otot pengunyah lemah</li> <li>c. Otot menelan lemah</li> <li>d. Membrane mukosa pacat</li> <li>e. Sariawan</li> <li>f. Serum albumin menurun</li> <li>g. Rambut rontok belebihan</li> <li>h. Diare</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>Status nutrisi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Porsi makan yang dihabiskan</li> <li>2) Perasaan cepat kenyang menurun</li> <li>3) Frekuensi makan dalam batas normal</li> <li>4) Nafsu makan membaik</li> <li>5) Membrane mukosa membaik</li> </ol> <p><b>Nafsu makan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Keinginan makan meningkat</li> <li>2) Asupan makanan membaik</li> <li>3) Energi untuk makan meningkat</li> <li>4) Kemampuan menikmati makanan meningkat</li> <li>5) Kemampuan merasakan makanan meningkat</li> </ol> <p><b>Berat badan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berat badan membaik</li> <li>2) Indeks massa tubuh membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nutrisi Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi status nutrisi</li> <li>2) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</li> <li>3) Monitor asupan makanan</li> <li>4) Monitor berat badan</li> <li>5) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fasilitasi menentukan pedoman diet</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi dengan ahli gizi menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan</li> <li>2) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</li> </ol> <p><b>Edukasi Diet Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini</li> <li>2) Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu</li> <li>3) Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan Kesehatan</li> <li>2) Berikan kesempatan pasien dan keluarga yang bertanya</li> </ol>
---	--	--

		<p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan</li> <li>2) Informasikan makanan yang diperbolehkan atau dilarang</li> <li>3) Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi</li> <li>4) Ajarkan cara merencanakan makanan yang sesuai diprogramkan</li> </ol>
<p><b>4.Risiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif</b></p> <p><b>Definisi :</b> Berasiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, intertisial, dan intramuskuler</p>	<p><b>Status cairan :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Frekuensi nadi membaik</li> <li>2) Tekanan darah normal</li> <li>3) Tekanan nadi membaik</li> <li>4) Membrane mukosa membaik</li> <li>5) Intake cairan membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hipovolemia Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (frekuensi nadi meningkat, nadi terasa lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi meyempit, tugor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematocrit meningkat, haus, lemah)</li> <li>2) Monitor intake output</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hitung kebutuhan cairan</li> <li>2) Berikan asuan cairan oral</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anjurkan memperbaik asupan cairan oral</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian cairan IV istonis (NaCl, RL)</li> <li>2) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis</li> </ol> <p><b>Pemantauan Cairan Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"><li>2) Monitor frekuensi napas</li><li>3) Monitor tekanan darah</li><li>4) Monitor berat badan</li><li>5) Monitor elastisitas dan tugor kulit</li><li>6) Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urine</li></ul> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</li><li>2) Dokumentasikan hasil pemeriksaan</li></ul> <p><b>Edukasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) Jeaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li><li>2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</li></ul>
--	--

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Desain Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan ada studi deskriptif dengan desain studi kasus, yaitu metode penelitian yang bertujuan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan peristiwa penting berdasarkan fenomena yang dapat melalui studi kasus. Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup penelitian secara intensif. Penelitian ini dilakukan untuk menggambarkan penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Melitus Tipe 2 Diruang Agus Salim RS Dr. Reksodiwiryo Padang tahun 2025.

#### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di ruangan Agus Salim di RS TK.III Dr. Reksodiwiryo Padang. Waktu penelitian dimulai dari bulan Desember 2024 sampai dengan bulan Juni 2025. Waktu melakukan asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus tipe II selama 5 hari di mulai dari tanggal 13 Maret sampai 17 Maret 2025.

#### **C. Populasi dan Sampel**

##### **1. Populasi**

Populasi penelitian ini seluruh pasien Diabetes Melitus tipe II di ruang Agus Salim RS TK.III Dr Reksodiwiryo Padang. Pada saat melakukan asuhan keperawatan didapatkan 1 orang pasien diabetes melitus tipe II.

##### **2. Sampel**

Sampel dalam penelitian ini adalah satu orang pasien diabetes melitus tipe II yang dirawat di ruang Agus salim RS TK.III Dr Reksodiwiryo Padang dengan menggunakan teknik *proposive sampling* yaitu dengan memilih sampel berdasarkan kriteria inklusi dan ekslusi.

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah:

###### **(a) Kriteria Inklusi**

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi yang akan diteliti.

Kriteria inklusi dari pasien yang akan diteliti diantaranya :

- (1) Pasien yang bersedia jadi Responden
- (2) Pasien yang dalam keadaan kooperatif
- (3) Pasien dengan minimal perawatan hari pertama sampai hari ke lima.

(b) Kriteria ekslusi

Kriteria ekslusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan studi karena berbagai sebab.

Kriteria eksklusi dari pasien yang akan diteliti diantaranya :

- (1) Pasien dirujuk ke RS lain, pulang, sebelum dirawat lima hari oleh peneliti.

#### **D. Alat dan Instrumen**

Alat dan instrumen yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah format pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah berupa (pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi). Alat pelindung diri yang terdiri dari masker, handscoot, dan gown pelindung baju, alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari tensimeter, stetoskop, thermometer, dan glukocek.

Instrumen pengumpulan data meliputi :

1. Format pengkajian keperawatan meliputi : identitas pasien, identifikasi penanggung jawab, riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik, data psikologis, data sosial, data spiritual, lingkungan tempat tinggal, pemeriksaan laboratorium, dan program pengobatan.
2. Format analisa data meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, masalah, dan etiologi.
3. Format diagnosis keperawatan meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosis keperawatan, tanggal dan paraf itemukan masalah, serta tanggal dan paraf terselesaikannya masalah.
4. Format rencana asuhan keperawatan meliputi : nama pasien, nomor ream medik, diagnosis keperawatan SDKI, intervensi SIKI, dan luaran SLKI.

5. Format implementasi keperawatan meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan.
6. Format evaluasi keperawatan meliputi : nama pasien, nomo rekam medik, hari dn tanggal, diagnosis keperawatan, evaluasi keperawatan, dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan.

#### **E. Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, pengukuran dan pemeriksaan fisik, serta studi dokumentasi.

##### 1. Wawancara

Wawancara yang akan dilakukan untuk mengumpulkan data pengkajian seperti identitas, riwayat kesehatan (riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu dan riwayat kesehatan keluarga), dan *activity daily living*. Dalam penelitian ini wawancara dengan keluarga responden menggunakan pedoman wawancara bebas.

##### 2. Pengukuran

Pengukuran dilakukan untuk mengetahui kondisi fisik responden. Pengukuran yang dilakukan dalam asuhan keperawatan ini meliputi pemeriksaan status fisiologis, tekanan darah, nadi, pernapasan, dan difokuskan pada kadar glukosa dalam darah.

##### 3. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan cara pengumpulan data dengan melakukan pemeriksaan secara langsung kepada responden yang akan diteliti untuk mencari dan melihat perubahan atau hal-hal yang tidak sesuai dengan keadaan normal. Dalam metode pemeriksaan fisik peneliti melakukan pemeriksaan kepada responden, pemeriksaan dilakukan dengan cara IPPA (inpeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi).

##### 4. Studi Dokumentasi

Penelitian ini menggunakan dokumentasi dari rumah sakit untuk menunjang penelitian yang akan dilakukan. Pengumpulan data dari dokumentasi meliputi data dari rekam medik responden seperti tes

labpratorium darah (hemoglobin, leukosit, hematokrit, dan trombosit), pemerisaan diasnogtik seperti CT-scan, radiologi, dan tindakan yang dilakukan oleh perawat.

Adapun prosedur dalam pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti adalah:

- 1) Peneliti meminta surat izin penelitian dari instansi asal penelitian yaitu Kemenkes Poltekkes Padang.
- 2) Meneruskan surat rekomendasi ke RS TK.III Dr. Resksodiwiryo padang
- 3) Meneruskan surat izin ke Kepala instalasi rawat inap RS TK.III Dr. Resksodiwiryo padang
- 4) Meneruskan surat izin ke Kepala Ruangan di ruangan Agus Salim RS TK.III Dr. Resksodiwirto padang
- 5) Menemui responden serta keluarga dan menjelaskan tentang tujuan penelitian (inform consent) dan memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya, kemudian keluarga dan pasien menandatangani inform consent sebagai persetujuan di jadikan responden dalam penelitian. Selanjutnya peneliti dan keluarga melakukan kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya.

## **F. Jenis-Jenis Data**

### **1. Data Primer**

Pengumpulan data primer bertujuan untuk mendapatkan data langsung dari pasien seperti pengkajian kepada pasien, meliputi: Identifikasi pasien, riwayat kesehatan pasien, pola aktifitas pasien, dan pemeriksaan fisik pada pasien.

### **2. Data sekunder**

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh langsung dari rekam medis diruangan Agus Salim RS TK.III Dr. Resksodiwiryo Padang. Data

sekunder umumnya berupa bukti, data penunjang, catatan atau laporan histori yang telah tersusun dalam arsipp yang tidak dipublikasikan.

#### **G. Analisis Data**

Analisis yang dilakukan pada peneliti ini adalah menganalisis semua temuan pada tahapan proses keperawatan dengan menggunakan teori dan konsep keperawatan pada pasien Diabetes Melitus Tipe II. Data yang telah ditemukan dari hasil melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakkan diagnosa, merencanakan tindakan sampai mengevaluasi hasil tindakan akan dinarasikan dan melihat perbedaan antara partisipan dengan konsep teori asuhan keperawatan Diabetes Melitus Tipe II. Analisa yang dilakukan adalah untuk menentukan kesesuaian anta teori dengan kondisi pasien.

## **BAB IV**

### **DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS**

#### **A. Deskripsi Lokasi Penelitian**

Penelitian dilakukan di ruang Agus Salim RS TK.III Dr. Reksodiwiryo Padang pada tahun 2025. Terdapat 30 kasur pasien, dan perawat di bagi 3 shift yaitu pagi, siang, dan malam. Dimana perawat diruangan tersebut perawat tersebut dipimpin oleh 1 orang kepala ruangan dan 3 ketua tim, selain perawat ruangan juga terdapat mahasiswa praktik dari berbagai instansi yang juga ikut dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien di ruangan.

#### **B. Deskripsi kasus**

Asuhan Keperawatan pada pasien Diabetes melitus Tipe II dilakukan selama 5 hari dengan melibatkan satu orang pasien yaitu Ny. A dengan diagnosa diabetes melitus tipe II. Motode pengumpulan data dilakukan dengan wawancara langsung dengan partisipan dan keluarga, observasi kondisi partisipan dan melalui dokumentasi pada status pasien.

##### **1. Pengkajian keperawatan**

Hasil pengkajian yang didapatkan peneliti melalui anamnesa observasi dan dokumentasi pada partisipan adalah sebagai berikut : Ny. A berusia 48 tahun, pendidikan terakhir SMA, pasien seorang ibu rumah tangga beralamat Jl. Seberang Padang. Masuk dengan diagnosa diabetes melitus tipe II dengan penanggung jawab Ny. S anak kandung pasien.

Saat dilakukan pengkajian pada hari Rabu tanggal 13 Maret 2025 pukul 2025 pukul 11. 00 Wib pasien mengatakan badan terasa lemas dan letih, nafsu makan menurun, mual, pusing, kaki dan tangan kesemutan, sering merasa haus dan pasien mengatakan sakit perut, gula darah sewaktu pasien 420 mg/dl. Pasien mengatakan punya riwayat penyakit hipertensi yang terkontrol sejak 2018

yang lalu, pasien baru mengetahui penyakit Diabetes Melitus ini semenjak 3 tahun yang lalu. Pasien juga mengatakan ketiga kali dirawat di rumah sakit dengan diabetes melitus. Pasien mengatakan tidak patuh minum obat dan suka mengkonsumi makanan tidak sehat. Pasien juga suka makanan dan minuman yang manis seperti teh. Pasien mengatakan juga memiliki riwayat penyakit maag karena sering makan tidak beraturan dan sering makan malam. Pasien mengatakan bahwa orang tua pasien yaitu ayah pasien menderita penyakit hipertensi dan tidak ada keluarga yang menderita penyakit diabetes melitus sebelumnya. Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit lainnya.

Saat dilakukan pengkajian mengenai kebutuhan dasar kepada pasien di dapatkan saat sehat makan 3 x sehari dengan porsi nasi lauk dan sayur, pasien juga mengatakan sering makan pada malam hari, dan langsung tidur setelah makan, pasien minum 8-9 gelas perhari, pasien mangatakan sering minum teh di pagi hari, pasien mengatakan sering merasa lapar dan haus. Selama sakit pasien mendapatkan diet MBDD 1700 kkal, dengan jenis nasi, lauk dan sayur, di tambah satu buah. Pasien mengahabiskan  $\frac{1}{2}$  porsi, dan terkadang memakan roti yang di beri keluarga, klien minum 6-7 gelas dalam sehari, dan hannya mengkosumsi air putih. Pasien mengeluh sering haus dan pada malam hari mulai dari pukul 00.00 ke bawah pasien sering kebangun karena terasa ingin BAK 2- 3 kali hingga pagi pukul 05.00. Pola istirahat dan tidur pasien didapatkan hasil pada saat sehat pasien tidur 7- 8 jam dalam sehari dan pada saat sakit pasien tidur 4- 5 jam dalam sehari.

Pada pemeriksaan kepala dan rambut, kulit rambut tampak bersih, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, rambut warna hitam keputihan, dan rambut tidak mudah rontok. Telinga simetris kiri kanan, tampak bersih. Pendengaran masih jelas. Mata simetris kiri kanan, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, pupil iskor kiri kanan, penglihatan klien sudah mulai kabur, mukosa bibir kering, mulut tampak bersih,. Pada pemeriksaan leher didapatkan tidak ada kaku kuduk, tidak ada pembengkakan kelenjer tiroid, tidak terdapat pembesaran

vena jugularis. Pada pemeriksaan thorak di dapatkan hasil bentuk dada simeteris kiri kanan, pergerakan dinding dada sama kiri dan kanan, palpasi fremitus kiri dan kanan sama, perkusi di dapatkan hasil sonor, dan pemeriksaan auskultasi di dapatkan bunyi nafas vesikuler, tidak ada suara bunyi nafas tambahan. Pemeriksaan fisik pada jantung di Ictus cordis tidak terlihat, pada pemeriksaan palpasi di dapatkan ictus cordis teraba di RIC 5, perkusi terdengar suara pekak, dan pada pemeriksaan auskultasi di dapatkan irama jantung regular. Pada pemeriksaan ektremitas atas dan bawah di dapatkan hasil ekstremitas atas terpasang Infus NaCl 0.9 % di tangan kiri pasien. Tidak ada edema, kulit bersih, tangan sebelah kanan terasa lemah. CRT > 3 detik. Pada esktremitas bawah di dapatkan hasil kaki terasa lemah, kulit bersih, tidak ada edema.

Status emosional pada pasien tampak dapat mengontrol emosi, dan menerima keadaannya saat ini. Pola coping klien baik, klien sering berdoa setelah sholat dan yakin akan sembuh dari penyakitnya. Klien menggunakan bahasa minang dalam berkomunikasi, komunikasi dengan klien terarah dan jelas.

Pada pemeriksaan labor pada tanggal 13 Maret 2025 didapatkan hemoglobin 11.9 g/dl, leukosit 7.2 10<sup>3</sup>ul, trombosit 220 ribu/mm<sup>3</sup>, hematokrit 32.9 %, gula darah sewaktu 420 mg/dl. Terapi pengobatan IVFD NaCl 0,9% / 12 jam , Curcuma 2x1, Metformin 2x500 mg, Injeksi Ranitidin 2x1, Amplodipin 5 mg x 1, Injeksi ceftriaxone 2x1, Sucralfat 3x1, Candesartan 8 mg x1.

## 2. Diagnosa keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian keperawatan dan dilakukan pengolahan data dengan mengelompokan data menurut data subjektif dan objektif peneliti telah menyesuaikan dengan SDKI. Setelah didapatkan hasil pengelompokan dan validasi data, dilanjutkan dengan menganalisa data dan ditemukan masalah-masalah keperawatan pada pasien. Dari data tersebut didapatkan 3 diagnosis keperawatan yang ditegakan untuk menangani masalah kesehatan yang dihadapi pasien. Berikut ini diagnosis keperawatan yang muncul.

Diagnosa keperawatan pertama ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia di tegakkan karena pasien mengatakan pusing badan lemas, sering BAK, merasa haus dan lapar, kaki dan tangan sering kesemutan, GDS: 420 mg/dl.

Diagnosa keperawatan yang kedua perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemi, ditegakkan karena klien mengatakan boda terasa lemah dan lelah, kakinya sering kesemutan, CRT : > 3 detik, nadi : 70x/i, tekanan darah : 130/70 mmHg, akral teraba dingin, dan klien tampak pucat.

Diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman ( sekunder akibat defisit kognitif, kecemasan, gangguan penglihatan/pendengaran, kelelahan, kurang motivasi ) yang ditandai dengan pasien mengatakan ketiga kali dirawat di rumah sakit dengan diabetes melitus, pasien mengatakan tidak patuh minum obat penurun gula darah.

### **3. Intervensi keperawatan**

Setelah didapatkan beberapa diagnosis keperawatan yang ditemukan pada pasien, diperlukan rencana keperawatan yang didalamnya terdapat tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dapat mengatasi masalah keperawatan. Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien mengacu pada (SLKI) dan (SIKI), berikut adalah rencana keperawatan pada pasien:

Intervensi keperawatan untuk diagnosis pertama yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia adalah manajemen hiperglikemia dan status nutrisi. Dimana dalam manajemen hiperglikemia terdapat terdapat monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, tekanan darah, dan frekuensi nadi, berikan asupan cairan oral, anjurkan monitor kadar gula darah secara mandiri, anjurkan kepatuhan diit dan olahraga, ajarkan pengelolaan diabetes melitus, kolaborasi pemberian insulin, jika perlu, kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu, kolaborasi pemberian kaliun, jika perlu. Dalam pemantauan nutrisi terdapat, Identifikasi

pola makan, monitor asupan oral, timbang berat badan, hitung perubahan berat badan, dan jelaskan tujuan prosedur pemantauan.

Intervensi keperawatan pada diagnosis kedua yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena adalah perawatan sirkulasi dan perawatan kaki. Dimana dalam perawatan sirkulasi, periksa sirkulasi perifer, monitor suhu tubuh, kemerahan, anjurkan meminum obat secara teratur, ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi, dan informasikan tanda dan gejala darurat yang harus di laporkan. Pada perawatan kaki terdapat, identifikasi perawatan kaki yang bisa dilakukan, periksa adanya iritasi, lesi, retak, kepalan, kelainan bentuk, edema, periksa adanya penembalan kuku, dan perubahan warna, monitor kebersihan kaki, monitor tingkat kelembapan kaki, monitor kadar gula darah, keringkan sela-sela jari kaki, berikan pelembaban kaki sesuai kebutuhan, bersihkan dan potong kuku jika perlu, informasikan pentingnya perawatan kaki, ajarkan cara memotong kuku.

Intervensi diagnosis ketiga yaitu ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman ( sekunder akibat defisit kognitif, kecemasan, gangguan penglihatan/pendengaran, kelelahan, kurang motivasi ) dengan kriteria hasil yaitu verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan pengobatan meningkat, risiko komplikasi penyakit/masalah kesehatan menurun. Sedangkan rencana intervensi yang dilakukan sesuai dengan SIKI dukungan kepatuhan program pengobatan yaitu observasi : identifikasi kepatuhan dalam menjalani program pengobatan, Terapeutik : libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani, Edukasi : informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan.

#### **4. Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien selama 5 hari yang dimulai dari tanggal 13 Maret sampai 17 Maret 2025. Implementasi dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah disusun sebelumnya berpanduan pada SIKI.

Implementasi yang di berikan kepada pasien dengan diagnosis ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia adalah monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, memberikan terapi insulin sesuai terapi dokter, memberikan edukasi diet, memberikan leaflet tentang komplikasi diabetes melitus dan memberikan obat metformin 2x500 mg.

Implementasi yang di berikan kepada pasien dengan diagnosis perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemi adalah monitor CRT, anjurkan untuk berolahraga secara teratur, anjurkan menjaga kebersihan dan kelembapan kaki, dan anjurkan untuk minum obat secara teratur.

Implementasi yang dilakukan pada pasien dengan diagnosis ketidakpatuhan adalah menganjurkan pasien untuk patuh minum obat secara teratur, kepatuhan dalam menjalani program pengobatan dan libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani.

#### **5. Evaluasi**

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada pasien, dilanjutkan dengan evaluasi keperawatan masing-masing diagnosis yang telah ditegakkan. Evaluasi dilakukan setiap hari dalam 5 hari dilakukannya penelitian. Berikut adalah hasil evaluasi yang dilakukan pada pasien.

Evaluasi pada diagnosis keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia pada hari kelima setelah dilakukan

implementasi didapatkan yaitu pasien mengatakan badan terasa lemah dan lelah menurun, kepala terasa pusing menurun, kesemutan pada kaki dan tangan menurun, nafsu makan pasien meningkat dan pasien tampak lebih segar. Pada hasil pemeriksaan didapatkan TD: 124/78 mmHg, Nadi: 88 x/i, Suhu: 36,5 C, RR: 23 x/i, GDS 244 mg/dl. Dari masalah keperawatan tersebut didapatkan hasil bahwa ketidakstabilan kadar glukosa darah sudah teratasi dan intervensi dihentikan.

Evaluasi pada diagnosis keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah diatas nilai normal, hasil evaluasi keperawatan sudah teratasi pada hari kelima, didukung dengan data subjektif dan objektif nadi perifer teraba kuat, akral teraba panas dan kebersihan kaki membaik. Dari masalah keperawatan tersebut didapatkan hasil bahwa perfusi perifer tidak efektif sudah teratasi dan intervensi dihentikan.

Evaluasi pada diagnosis keperawatan ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman yaitu tidak teratur dalam meminum obat, didapatkan pada hari kelima pasien mengatakan sudah mau meminum obat penurunan gula darah secara teratur. Dari masalah keperawatan tersebut didapatkan hasil bahwa ketidakpatuhan sudah teratasi dan intervensi dihentikan.

### **C. Pembahasan kasus**

Pembahasan kasus ini peneliti akan membandingkan hasil penelitian dengan teori tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II yang telah dilakukan diruangan Agus Salim RS TK III. Dr. Reksodiwiryo Padang. Kegiatan ini dilakukan meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, membuat intervensi keperawatan implementasi keperawatan, dan melakukan evaluasi keperawatan dengan uraian sebagai berikut:

## 1. Pengkajian keperawatan

### a. Identitas

Dari hasil pengkajian pada hari rabu yang dilakukan didapatkan hasil pertisipan Ny. A yang berusia 48 tahun dengan diagnosa diabetes melitus tipe II, pasien menderita penyaki DM sejak 3 tahun yang lalu.

Berdasarkan hasil penelitian Suparyanto & Rosad, pada usia lebih usia lebih dari 45 tahun tubuh akan mengalami sebuah proses penuaan yang menyebabkan berkurangnya atau terganggunya kemampuan pankreas dalam memproduksi hormone insulin. Pada seseorang dengan usia yang lebih tua sering ditemukan penurunan aktivitas yang mengakibatkan kadar lemak diotot meningkat sebesar 30% yang berisiko mengakibatkan terjadinya resistens hormon i insulin dan gangguan sekresi hormon insulin<sup>26</sup>.

### b. Riwayat kesehatan sekarang

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan penelitian didapatkan hasil yaitu pasien mengatakan badan terasa lemah, pusing, sering merasa haus, sering merasa ingin buang air kecil.

Menurut hasil penelitian hardianto, pada umum penderita diabetes adalah sebagai berikut meningkatnya rasa haus karena air dan elektrolit dalam tubuh berkurang (polidipsia), meningkatnya rasa lapar karena kadar glukosa dalam jaringan berkurang (polifagia), kondisi urin yang mengandung glukosa biasanya terjadi ketika kadar glukosa darah 180 mg/dL(glikosuria), meningkatkan osmolaritas filtrat glomerulus dan reabosorpsi air dihambat dalam tubulus ginjal sehingga volume urin meningkat (poliuria)<sup>27</sup>.

### c. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan baru mengetahui penyakit Diabetes Melitus ini semenjak 3 tahun yang lalu. Keluarga mengatakan pasien ketiga kalinya

dirawat di rumah sakit dengan diabetes melitus dan tidak minum obat secara teratur. Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi terkontrol sejak 2018 dan maag karena sering makan tidak beraturan dan sering makan malam. Keluarga pasien mengatakan ada keluarga yang merokok di rumah.

Menurut analisa peneliti, ketidakpatuhan minum obat pada pasien diabetes melitus adalah kondisi dimana pasien tidak meminum obat secara teratur hal ini akan berdampak pada peningkatan kadar gula darah. Peningkatan kadar gula darah dapat menyebabkan hiperglikemia.

Menurut Haryono rudi & Ayu brigitta, satu faktor resiko dari diabetes adalah pola makan yang berlebihan atau salah, pola makan yang salah dapat mengakibatkan kurang gizi atau kelebihan berat badan keduanya meningkatkan resiko diabetes mellitus. Kurang gizi dapat merusak pancreas, sedangkan berat badan berlebih mengakibatkan gangguan kerja insulin atau resistensi insulin<sup>28</sup>.

Menurut hasil penelitian Annisa, mengatakan bahwa kadar gula darah tinggi di picu oleh karena pasien tidak mampu beradaptasi dengan kondisi dan pengobatan yang dijalannya, mengakibatkan kurangnya disiplin dalam mengikuti saran<sup>29</sup>.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Berdasarkan data yang didapatkan dari kasus pasien terdapat kesenjangan Teori dan data yang didapatkan dilapangan, dimana pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang terkena penyakit yang sama dengan pasien.

Menurut hasil peneltian suddarth & brunner, mengatakan bahwa penyebab terjadinya diabetes melitus salah satunya faktor keturunan<sup>30</sup>. Intan. N, mengatakan dalam riwayat kesehatan keluarga pasienya mengatakan bahwasanya ayahnya juga menderita penyakit diabetes

melitus, hal ini tidak sesuai dengan data yang ditemukan dilapangan, karena pasien mengatakan tidak ada dari anggota keluarganya yang menderita penyakit diabetes melitus<sup>31</sup>.

e. Makan dan minum

Selama sakit pasien mendapatkan diet MBDD 1700 kkal dengan frekuensi 3 x sehari dengan jenis nasi, lauk, dan sayur di tambah dengan satu buah. Berat badan pasien saat ini 58 Kg dan tinggi badan 160 cm.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Ulfa Aulia Zikra, pasien diberikan diit sesuai dengan keadaan dan keluhan pasien saat ini yaitu MBDD 1700 Kkal serta diit rendah garam, karena kondisi tekanan darah pasien yang tinggi yang berguna untuk membantu mengontrol kadar gula darah mereka. Diet ini mengandung makanan yang kaya serat, rendah lemak jenuh, dan rendah gula sederhana. Hal ini membantu menjaga berat badan, mengatur kadar gula darah, dan mengurangi risiko komplikasi yang terkait dengan diabetes<sup>32</sup>.

f. Pola eliminasi

Keluarga pasien mengatakan pada saat sehat pasien BAB 1X /hari, dengan kosentrasi lunak warna kuning kecoklatan. Keluarga mengatakan saat sehat pasien BAK 5 x perhari warna kuning jernih. Saat Sakit keluarga pasien mengatakan sering buang air kecil 7-8 x.

Menurut Lestari dan Zulkarnain, menjelaskan bahwa buang air kecil lebih sering dari biasanya terutama pada malam hari (poliuria), hal ini dikarenakan kadar gula darah melebihi ambang ginjal ( $>180\text{mg/dl}$ ), sehingga gula akan dikeluarkan melalui urine. Guna menurunkan konsentrasi urine yang dikeluarkan, tubuh akan menyerap air sebanyak mungkin ke dalam urine sehingga urine dalam jumlah besar dapat dikeluarkan dan sering buang air kecil. Dalam keadaan normal, keluar urine harian sekitar 1,5 liter, tetapi pada pasien diabetes melitus yang

tidak terkontrol, keluaran urine lima kali lipat dari jumlah ini. Sering merasa haus dan ingin minum air putih sebanyak mungkin. Dengan adanya ekskresi urine, tubuh akan mengalami dehidrasi atau dehidrasi. Untuk mengatasi masalah tersebut maka tubuh akan menghasilkan rasa haus sehingga penderita selalu ingin minum air terutama air dingin, manis, segar dan air dalam jumlah banyak<sup>33</sup>.

g. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan kepala dan rambut, kulit rambut tampak bersih, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, rambut warna hitam keputihan, dan rambut tidak mudah rontok. Telinga simetris kiri kanan, tampak bersih. pendengaran masih jelas. Mata simetris kiri kanan, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, pupil iskor kiri kanan, penglihatan klien sudah mulai kabur. Hidung simetris kiri kanan, tidak ada lesi, tidak ada pernapasan coping hidung, tampak bersih. Mulut simetris, mukosa bibir kering, mulut tampak bersih,. Pada pemeriksaan leher didapatkan tidak ada kaku kuduk, tidak ada pembengkakan kelenjer tiroid, tidak terdapat pembesaran vena jugularis.

Menurut hasil penelitian subiyanto, pandangan kabur sudah menjadi gejala diabetes melitus, hal ini disebabkan oleh kerusakan mikrovaskuler yang menyebabkan pecahnya pembuluh darah halus di retina, dimana hal tersebut akan menyebabkan kurangnya kekuatan mata dan menghalangi proses penglihatan retina<sup>34</sup>.

h. Pemeriksaan penunjang

Pada pemeriksaan labor pada tanggal 13 Maret 2025 didapatkan hemoglobin 11.9 g/dl, leukosit 7.2 10<sup>3</sup>ul, trombosit 220 ribu/mm<sup>3</sup>, hematokrit 32.9 %, gula darah sewaktu 420 mg/dl. Terapi pengobatan IVFD NaCl 0,9% / 12 jam , Curcuma 2x1, Metformin 2x500 mg, Injeksi Ranitidin 2x1, Amiodipin 5 mg x 1, Injeksi ceftriaxone 2x1, Sucralfat 3x1, Candesartan 8 mg x1.

Menurut hasil penelitian Handayani dkk, menjelaskan bahwa jumlah leukosit penderita diabetes melitus cenderung meningkat dikarenakan kadar glukosa darah yang tinggi menyebabkan sel-sel darah tidak bisa bergerak bebas terutama eritrosit sehingga banyak jaringan yang kekurangan oksigen dan mengalami stres oksidatif. Hal ini menimbulkan inflamasi yang menyebabkan jumlah leukosit meningkat. Selain itu, pada kondisi hiperglikemia yang terus-menerus menunjukkan bahwa tubuh kekurangan insulin. Tubuh yang kekurangan insulin akan merangsang produksi leukosit (terutama neutrofil) di sumsum tulang<sup>35</sup>.

## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai pasien terhadap masalah kesehatan, masalah actual atau masalah resiko dalam proses kehidupan (SDKI):

- a. Diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia di tegakkan karena pasien mengatakan kepala pusing badan lemah dan lelah, sering BAK, merasa haus dan lapar berlebihan, berat badan menurun dalam 2 bulan terakhir, dimana berat badan sebelumnya 60 kg dan sekarang 58 kg, kaki dan tangan sering kesemutan, GDS: 420 mg/ dl, BB: 58 kg.

Diagnosis keperawatan Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Hiperglikemia yang ditandai dengan Gula Darah Puasa dengan hasil 153 mg/dl dan Gula Darah 2 jam setelah makan 272 mg/dl. Serta sering haus, banyak minum, sering kencing, mengeluh badan lemas, tangan dan kaki, sering kebas dan kesemutan. Hal ini sejalan dengan penelitian Renaldi, dkk, yaitu diagnosis keperawatan yang diangkat yaitu Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Hiperglikemia yang ditandai dengan sering merasa kesemutan pada kaki terutama saat setelah duduk atau jongkok dalam waktu yang lama. Hasil pemeriksaan

penunjang yang dilakukan kepada pasien didapatkan bahwa GDS dan didapatkan yaitu 420 g/dl<sup>36</sup>.

Berdasarkan SDKI, ketidakstabilan kadar glukosa darah didefinisikan variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal. Gejala dan tanda mayor/minor dapat ditegakkan bila pasien mengeluh mudah mengantuk, pusing, lelah, mudah haus dan kadar glukosa darah/urin tinggi<sup>24</sup>.

- b. Diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemi, ditegakkan karena klien mengatakan bawa terasa lemah dan lelah, kakinya sering kesemutan, CRT : > 3 detik, nadi : 70x/i, tekanan darah : 130 / 70 mmHg, akral teraba dingin, dan klien tampak pucat.

Hasil penelitian Julianti dkk, menjelaskan bahwa diagnosis keperawatan yang diangkatnya yaitu Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemi yang ditandai dengan pengisian kapiler >3 detik, akral dingin dan nadi perfer menurun. Penelitian Wahyuni, dkk, juga menegakkan diagnosis keperawatan Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemi yang ditandai dengan paresthesia, pengisian capillar >3 detik, akral teraba dingin, turgor kulit tidak elastis<sup>37</sup>.

- c. Diagnosis ketidakpatuhan adalah merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai perilaku individu/ pemberian asuhan tidak mengikuti rencana perawatan/pengobatan yang disepakati dengan tenaga kesehatan, sehingga menyebabkan perawatan/pengobatan tidak efektif. Pengkajian ini ditemukan pasien tidak teratur dalam meminum obat diabetes melitusnya.

Menurut penelitian Srikartika *et al*, yang mengatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kepatuhan minum obat pada pasien diabetes melitus tipe II. Semakin tua usia penderita diabetes melitus

semakin turun daya ingat yang menyebabkan penderita tidak patuh minum obat sehingga perlu dukungan atau pengawasan dari keluarga<sup>38</sup>.

### **3. Intervensi keperawatan**

Intervensi pada kasus ini akan dibuat oleh peneliti mengacu kepada teori Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Intervensi akan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah diungkapkan. Adapun intervensi keperawatan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Intervensi keperawatan pada diagnosis ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia dapat mengidentifikasi faktor resiko, dengan kriteria hasil kestabilan kadar glukosa darah: tidak ada mengantuk, tidak ada pusing, tidak ada lesu/lelah, tidak ada keluhan lapar, tidak ada keluhan haus, kadar glukosa dalam darah dalam rentang normal, kadar glukosa dalam urine dalam rentang normal dan palpitas membaik.

Rencana tindakan meliputi manajemen hiperglikemia yaitu identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, monitor kadar glukosa darah monitor tanda dan gejala hiperglikemia, kadar glukosa darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi. Berikan asupan cairan oral, konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk. Edukasi anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl. anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, kolaborasi pemberian insulin, kolaborasi pemberian cairan. Intervensi pendukung yaitu edukasi latihan fisik. Rencana intervensi yang akan dilakukan Edukasi latihan fisik yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, jelaskan manfaat kesehatan dan efek fisiologis olahraga, jelaskan jenis latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan, jelaskan frekuensi durasi, dan intensitas program latihan yang diinginkan<sup>39</sup>.

Penatalaksanaan pasien diabetes melitus dikenal 5 pilar penting dalam perjalanan penyakit dan komplikasi. Lima pilar tersebut adalah penganturan pola makan, latihan fisik, pemantauan glukosa darah mandiri, terapi insulin, edukasi. Salah satu pengontrolan kadar glukosa darah adalah kadar hemoglobin yang terglikosilasi (HbA1c) dapat digunakan sebagai suatu indikator penelitian kontrol gula darah pada pasien diabetes dalam 2-3 bulan terakhir<sup>2</sup>.

Berdasarkan teori Arianeu, penatalaksanaan diabetes melitus merupakan bagian penting pada diet diabetes, keberhasilan diet diabetes melitus meliputi keterlibatan penuh dari anggota tim yang berkolaborasi seperti tim anggota dokter, ahli gizi, petugas kesehatan dan keluarga pasien. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga untuk membakar lemak dan kadar gula bisa menurun sekaligus menurunkan berat badan, memberikan edukasi pengelolaan diabetes seperti penggunaan insulin, obat oral, penggantian karbohidrat yang bertujuan guna mengontrol gula darah dengan baik secara mandiri serta terhindar dari komplikasi<sup>40</sup>.

- b. Intervensi keperawatan untuk perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemi adalah perawatan sirkulasi dan perawatan kaki. Dimana dalam perawatan sirkulasi, periksa sirkulasi perifer, monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas, hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatas perfusi, hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, anjurkan berhenti merokok, anjurkan berolahraga rutin, anjurkan meminum obat secara teratur, ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi, dan informasikan tanda dan gejala darurat yang harus di laporkan. Pada perawatan kakiterdapat, identifikasi perawatan kaki yang bisa dilakukan, periksa adanya iritasi, lesi, retak, kepalan, kelainan bentuk, edema, periksa adanya penembalan kuku, dan perubahan warna, monitor kebersihan kaki, monitor tingkat kelembaban kaki, monitor kadar gula darah, keringkan sela-sela jari kaki, berikan pelembaban kaki sesuai kebutuhan, bersihkan dan

potong kuku jika perlu, informasikan pentingnya perawatan kaki, ajarkan cara memotong kuku.

Menurut hasil penelitian Anugrah dan Sari, yaitu intervensi keperawatan yang diangkat pada diagnosis Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemiyaitu perawatan kaki yaitu perawatan kaki selama empat hari dengan Observasi : identifikasi perawatan kaki yang biasa dilakukan . Edukasi : informasikan pentingnya perawatan kaki. Asuhan keperawatan manajemen sensasi perifer dengan intervensi Observasi perbedaan sensasi panas atau dingin monitor terjadinya paresthesia monitor perubahan kulit Terapeutik : hindari pemakaian benda yang suhunya terlalu panas atau terlalu dingin Edukasi : anjurkan penggunaan sarung tangan termal pada saat memasak anjurkan penggunaan sepatu atau sendal yang lembut dan bertumit rendah<sup>41</sup>.

- c. Rencana keperawatan yang akan dilakukan pada klien dengan diagnosa ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman yang direncanakan yaitu: identifikasi tingkat pemahaman ada penyakit, komplikasi dan pengobatan yang dianjurkan, kaji alasan pasien tidak minum obat, libatkan keluarga sebagai pengawas minum obat, jelaskan pentingnya mengikuti pengobatan sesuai dengan program dan jelaskan akibat yang mungkin terjadi jika tidak mematuhi pengobatan.

Baerdasarkan SIKI, ketidakpatuhan didefinisikan sebagai perilaku individu atau pemberi asuhan yang gagal dalam mengikuti rencana asuhan keperawatan atau rencana terpi yang telah disepakati dengan tenaga kesehatan. Hal ini menyebabkan hasil asuhan atau terapi menjadi tidak efektif<sup>39</sup>.

#### **4. Implementasi keperawatan**

Peneliti melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan pada tanggal 13 Maret 2025 – 17 Maret 2025 :

- a. Diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, memberikan terapi insulin sesuai terapi dokter, monitor TTV, memberikan obat metformin 2 x 500 mg, dan memberikan diet MBDD 1700 kalori.

Tanda dan gejala pada Diabetes Melitus tipe 2 yaitu rasa haus meningkat, jumlah urin meningkat, lapar, lelah, lesu, kadar gula darah meningkat. Selain tanda dan gejala diatas, pasien juga mengatakan bahwa gaya hidup yang dijalannya tidak begitu sehat seing mengonsumsi minuman manis yang banyak gula dan mengandung kafein.

- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia

Implementasi yang akan diberikan kepada Ny. A dengan diagnosis perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia adalah monitor CRT, anjurkan untuk berolahraga secara teratur dan anjurkan untuk minum obat secara teratur.

Implementasi yang dialakukan pada pasien diabetes melitus dengan diagnosis perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemi yaitu perawatan kaki meliputi mengidentifikasi perawatan kaki yang bisa dilakukan. Edkasi : menginformasikan pentingnya perawatan kaki, serta menjaga kebersihan kaki, menjaga kelembapan kaki dan memotong kuku kaki.

- c. Ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman

Implementasi keperawatan yang akan dilakukan berkaitan dengan diagnosis ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan

pemahaman tindakan keperawatan dilakukan edukasi tentang diabetes melitus dengan harapan pasien dan keluarga dapat memahami masalah tidak meminum obat secara teratur tidak lagi dilakukan dan pasien memahami seberapa penting meminum obat secara teratur.

## 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah dilakukan, secara terus menerus untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan<sup>42</sup>.

Setelah melakukan implementasi kepada pasien evaluasi dari implementasi dilakukan setiap hari, pada partisipan dilakukan selama 5 hari.

- a. Evaluasi hasil dari tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien dari tanggal 13 – 17 maret 2025 masalah mulai teratasi intervensi dilanjutkan untuk diagnose ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia antara lain, pada hari pertama pasien mengatakan masih sering BAK, pasien mengatakan sering merasa haus, pasien tampak lemah, TD 130/77 mmHg, nadi: 70 x/i, pernapasan 23 x/i, GDS: 420 mg/dl. Pada hari kelima pasien mengatakan lelah berkurang, haus mulai berkurang, pasien mengatakan sering BAK berkurang, pasien mulai tampak segar, tanda-tanda vital TD 120/76 mmHg, nadi: 80 x/i, pernapasan 20 x/i, GDS 244 mg/dl.
- b. Evaluasi hasil dari tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien dari tanggal 13 – 17 maret 2025 dengan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hierglikemi ditandai dengan peningkatan kadar gula darah diatas nilai normal, hasil evaluasi kperawatan sudah teratasi pada hari kelima, didukung dengan data objektif nadi perifer teraba kuat dan akral teraba panas.

- c. Evaluasi dengan diagnosa ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman hari pertama sampai hari ke lima dengan masalah teratasi dan intervensi dihentikan, pasien mampu memastikan bahwa masalah tidak meminum obat secara teratur tidak lagi dilakukan dan pasien memahami seberapa pentingnya minum obat secara teratur.

## BAB V

### PENUTUPAN

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus tipe 2 di ruangan Agus salim RS TK III Reksodiwiryo Padang yang dilakukan pada tanggal 13 Maret 2025 – 17 Maret 2025, penelitian dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut.

1. Hasil pengkajian keperawatan yang dilakukan pada pasien didapatkan pasien Diabestes Melitus tipe 2 dengan keluhan mengatakan badan terasa lemas, letih, terasa pusing, sering BAK, sering keimutan ditangan dan kaki, pasien tidak memiliki riwayat keluarga yang mengalami diabetes melitus. Pada pemeriksaan fisik ditemukan GDS: 244 mg/dl dan pasien menghabiskan diit yang diberikan.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Diabetes Melitus Tipe 2 ditemukan 3 masalah keperawatan yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemi, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemi, ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan SLKI dan SIKI berikut intervensi yang direncanakan peneliti untuk diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemi ; resistensi insulin adalah manajemen hiperglikemi, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemi adalah perawatan sirkulasi, ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman.
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang disusun. Dimana tindakan keperawatan yang diberikan adalah manajemen hiperglikemi, pemantauan nutrisi, edukasi kesehatan.
5. Hasil evaluasi keperawatan selama 5 hari pada pasien diabetes melitus tipe 2 dari tanggal 13 Maret – 17 Maret 2025 dengan motode penelitian subjektif, objektif, assessment, planning (SOAP). Ketidakstabilan Kadar

6. Glukosa Dalam darah berhubungan dengan hiperglikemia sudah teratasi pada hari ke 5, Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Hiperglikemia sudah teratasi pada hari ke 5, Keletihan berhubungan dengan gangguan tidur sudah teratasi pada hari ke- 5.

## **B. Saran**

1. Bagi Peneliti

Diharapkan hasil penelitian ini menambah kemampuan dan pengalaman belajar peneliti dalam keperawatan medical bedah terutama pada kasus diabetes melitus tipe 2 serta menambah wawasan dan ilmu pengetahuan peneliti tentang penerapan asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus.

2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan perawat ruangan agar lebih meningkatkan edukasi dengan media leaflet, supaya menjadikan edukasi sebagai rutinitas keluarga atau pasien untuk memahami tentang komplikasi diabetes melitus tipe 2.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan agar hasil penelitian ini dapat menambah studi kepustakaan dan menjadi masukan yang berguna bagi mahasiswa Kemenkes Poltekkes Padang terutama jurusan keperawatan.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan perbandingan dan data dasar pada penelitian selanjutnya tentang diabetes melitus tipe 2.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian,IndonesiaR. PTM\_Pencegahan\_dan\_Pengendalian\_Penyakit\_Tidak\_Menular\_di\_Indonesia\_2017\_01\_16.pdf. Published online 2021:10.
2. Kemenkes RI. Kemenkes RI. (2020). Infodatin 2020 Diabetes Melitus. Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pendidikan. Pusat dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. diakses 29 Juni 2023. <https://www.kemkes.go.id>. Published online 2020.
3. Association AD. Standar medical care in diabetes. *J Clin Appl reseacrh Educ*. Published online 2018.
4. M. I. Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus dan Stoke[Internet]. In: ; 2021:9. [https://www.google.co.id/books/edition/Asuhan\\_Keperawatan\\_Diabetes\\_M%0Aellitus\\_Dan/u\\_MeEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=pengertian+dm+tipe+%0A2&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/Asuhan_Keperawatan_Diabetes_M%0Aellitus_Dan/u_MeEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=pengertian+dm+tipe+%0A2&printsec=frontcover)
5. Kemenkes RI. Diabetes melitus tipe 2. In: *Padang: Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.* Vol 4. ; 2022:93-101. <https://ayosehat.kemkes.go.id/topik-penyakit/diabetes--penyakit-ginjal/diabetes-melitus-tipe-2>
6. Widiasari KR, Wijaya MK, Saputra PA. Diabetes Melitus Tipe 2 : Faktor Resiko,Diagnosa, dan Tatalaksana. *Ganesha Med J*. 2021;1(2):114-120. <https://doi.org/10.23887/gm.v1i2.40006>
7. Dinarqi AA, Purwanti OS. Gambaran Pengetahuan Neuropati Pada Penderita Diabetes Mellitus Di Kabupaten Kendal. *Univ Muhammadiyah Surakarta*. Published online 2021:1-2.
8. Palewo MA, Syahid MR, Fadillah MR, Milkhatun M. Upaya Memperbaiki Sirkulasi Darah dengan Senam Kaki pada Penderita Diabetes Tipe 2 di Wilayah Kelurahan Makroman. *Pros Semin Nas Pengabdi Kpd Masy Peduli Masy*. 2021;1(1):113-116. <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/PSNPKM/article/view/633>
9. Bui L, P. Farrington D. Mental Disorders. *Crime in Japan*. Published online 2019:159-186. doi:10.1007/978-3-030-14097-7\_7
10. info datin 2018. Info Datin, 2018. *InfoDATIN*. Published online 2018:1-7. <https://pusdatin.kemkes.go.id/>
11. Kemenkes RI. Survei Kesehatan Indonesia 2023. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. Published online 2023:257–260.
12. Munire SL, Puspasari D. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. Published online 2023:1-965.

13. Dinkes. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. *Profil Kesehatan Sumatera Barat*. Published online 2020.
14. Yulianti S. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2 di UPT RSUD Undata Palu Provinsi Sulteng Nursing Care for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus at UPT Undata Hospital , Palu , Central Sulawesi Province. 2024;7(9):3449-3458. doi:10.56338/jks.v7i9.5834
15. Putri AS. asuhan keperawatan kegawat daruratan pada TN.F dengan diabetes melitus tipe 2 di ruang imam bonjol RS TK.III Dr. Reksodiwiryo padang.
16. American Diabetes Association. Standards of Medical Care the Journal of Clinical and Applied Research and Education. *Stand Med care diabetes*. 2022;45:S1-S2. www.copyright.com
17. &NA; Textbook of Medical Surgical Nursing. In: *AJN, American Journal of Nursing*. Vol 81. ; 2013:207. doi:10.1097/00000446-198101000-00045
18. Kemenkes RI. Kemenkes RI. (2020). Infodatin 2020 Diabetes Melitus. Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pendidikan. Pusat dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. diakses 29 Juni 2023. <https://www.kemkes.go.id>. In: ; 2020.
19. Harding AH. Dietary Fat and Risk of Clinic Type Diabetes. In: *American Journal of Epidemiology*. Vol 15. ; 2013:150-159.
20. Nixson M. Keperawatan Medikal Bedah Konsep, Mind Mapping Dan Nanda Nic Noc Solusi Cerdas Lulus UKOM Bidang Keperawatan. In: *Trans Info Media*. ; 2018.
21. soebagijo adi soelistijo. Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Indonesia 2021. In: *Perkumpulan Endokrinologi Indonesia*. ; 2021. <https://pbperkeni.or.id/unduhan>
22. Fadggadu. Keperawatan Medikal Bedah. In: ; 2017.
23. Bararah T, Jauhar M. Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi. In: *Perawat Profesional. Jilid I*. ; 2013.
24. SDKI. Standar Diagnosa Keperawatan Indoensia. In: ; 2017.
25. PPNI TPSD. Standar Luaran Keperawatan Indonesia. In: *Dpp Ppni*. ; 2018:312.
26. Widiasari KR, Wijaya MK, Saputra PA. Diabetes Melitus Tipe 2 : Faktor Resiko,Diagnosa, dan Tatalaksana. In: *Ganesha Medical Journal*. Vol 1. ; 2021:114-120. <https://doi.org/10.23887/gm.v1i2.40006>
27. Hardianto D. Telaah Komprehensif diabtes melitus: klasifikasi, gejala, diagnosis, pencegahan, dan pengobatan,. Published online 2020.
28. Brigitta H rudi & ayu. No Titl. In: ; 2019.
29. Annisa. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Melitus Tipe II Di Ruang Rawat Inap Bagindo Aziz Chan Rs Tk. III Dr. Reksodiwiryo

Padang. *PustakaPoltekkes-PdgAcId.* 2021;2(1):1-8.  
[http://pustaka.poltekkes-pdg.ac.id/repository/KTI\\_Bintang\\_Syarifatul\\_Hidayah\\_163110159\\_Poltekkes\\_Kemenkes2.pdf](http://pustaka.poltekkes-pdg.ac.id/repository/KTI_Bintang_Syarifatul_Hidayah_163110159_Poltekkes_Kemenkes2.pdf)

30. Brunner S&. Penyebab dan Faktor keturunan Diabetes Melitus. In: ; 2018.
31. Intan N. Asuhan Keperawatan Diabtes Melitus. Published online 2022.
32. Zikra UA. pemberian diit sesuai dengan keadaan dan keluhan pasien. Published online 2019.
33. Zulkarnain L dan. Diabetes melitus: review etiologi, patofisiologi, gejala, penyebab, cara pemeriksaan, cara pengobatan, dan cara pencegahan. In: ; 2021.
34. Kemenkes. Gejala Diabetes Melitus Tipe 2. In: ; 2024. <https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/penyakit-diabetes-melitus/kenali-gejala-penyakit-diabetes-melitus>
35. Handayati A, Anggraini AD, Roaini S. Prosiding Seminar Nasional Kesehatan Hubungan Kadar Glukosa Darah Dengan Jumlah Eritrosit Dan Jumlah Leukosit Pada Penderita Diabetes Melitus Baru Dan Lama. In: *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan.* ; 2020:1-7.
36. Suparyanto dan Rosad. Kadar Glukosa Darah pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. *Suparyanto dan Rosad.* 2020;5(3):248-253.
37. Julianti, Refvia, Sari NP, Yani S. Asuhan Keperawatan Perfusi Perifer Tidak Efektif Dengan Terapi Buerger Allen Exercise Pada Pasien Diabetes Melitus. In: *Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia.* Vol 1 (3). ; 2022:21-25.
38. Ummah MS. No. Vol 11.; 2019. [http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484\\_SISTEM PEMBETUNGAN\\_TERPUSAT\\_STRATEGI\\_MELESTARI](http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_SISTEM PEMBETUNGAN_TERPUSAT_STRATEGI_MELESTARI)
39. Tim Pokja SIKI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. In: *Toleransi Masyarakat Beda Agama.* Vol 30. ; 2018:5053156.
40. Arianeu CP. Penyakit Tidak Menular Kini Ancam Usia Muda. *Kementeri Kesehat RI.* 2020;1(2):1-3.
41. Anugrah DR. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Dengan Masalah Perfusi Perifer Tidak Efektif Melalui Manajemen Perawatan Kaki 9Foot Care0 Di Rsud Harapan & Do'a Kota Benfku. Published online 2022.
42. juwita. evaluasi keperawatan tentang diabetes melitus tipe II. In: ; 2022.

# **LAMPIRAN**



## Kementerian Kesehatan

Badan Pengkajian dan Pengembangan

Penelitian Kesehatan (BPKP)

10110, Jakarta Pusat 12110

Telp. (021) 509 002

Fax. (021) 509 003

Waktu : 09.00-15.00 WIB  
Tgl : 2024  
Tempat : [www.bpkp.go.id](http://www.bpkp.go.id)

Waktu : 09.00-15.00 WIB

Kepada Yth.:

Kepala Biro Riset dan Pengembangan Kesehatan

DR.

Tujuan:

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Penilaian Proposial Riset Dinas (RDI) /  
Laporan Riset Kesehatan Masyarakat Proyeksi Studi Uji Kelayakan Penelitian Jurnal  
Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial TA. 2024/2025, maka dengan ini kami  
minta kepada Yth. Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Kepala Biro Riset dan Pengembangan  
Kesehatan (BPKP) di bawah yang ditandai diatas.

NO	NAMA	NIM	JENIS PROPOSAL RDI	LEMA SURVEY ARAH
1	NADELLAH MAYTUBA	221110000	Analisis Kepatuhan pada Pasien dengan Diabetes Mellitus (DM) Terhadap Rencana Pengobatan Diabetes Pasien di RSUD Dr. Sukardono-Pekalongan	10 November - 10 Desember 2024

Diketahui dan setuju, dan perintahkan dan bertemu dengan berikut ini:



Kepala Biro Riset dan Pengembangan

Ranikayati, S.Kep, M.Kep, Sp.Kes

Padang, 26 November 2024

Masa: 01/09/2024  
Klasifikasi: Rasa  
Lampiran:  
Perihal: Ijin Survey Rumah Sakit

Kepada  
Wt. Direktur Karmenkes Poltekkes  
Padang  
di

Padang

1. Berdasarkan Surat Direktur Karmenkes Padang Nomor DP.04.001P.3000034538 tanggal 19 November 2024 tentang Izin Survey awal atas Nama: Nadiyah Mayira W.M. - 222112200 dengan Judul "Analisa Kepatuhan pada pasien dengan Diabetes Melitus (DM) Tipe II di Ruangan Pungut Dalam Rumah Sakit Tk. 81 dr. RajaGanjinya Padang".
2. Sehubungan dengan surat tersebut di atas pada prinsipnya kami mengajukan untuk melaksanakan survey awal di Rumah Sakit Tk. 81 dr. RajaGanjinya Padang selama melaksanakan survey awal tersebut mematuhi peraturan yang berlaku; dan
3. Demikian, sebaiknya ada pertimbangan kami terkait bantuan kesehatan

a. a. Kepala Rumah Sakit Tk. 81.95.01

Waka

Ub



Dr. D.G. Ganjinya, Waka Rumah Sakit Tk. 81 Padang  
NIP. 610419700119900000  
Lolita Cim NRP 11180636370890

Terbukti

1. Kepatuhanrumah Sakit Tk. 81 Padang
2. Kepatuhanrumah Sakit Tk. 81 Padang
3. Kepatuhanrumah Sakit Tk. 81 Padang
4. Kepatuhanrumah Sakit Tk. 81 Padang
5. Kepatuhanrumah Sakit Tk. 81 Padang
6. Kepatuhanrumah Sakit Tk. 81 Padang

DETAJEMEN RESEHATAN WILAYAH JUMLAH  
RUMAH SAKIT DENGAN 11.38.31 DILAKUKAN PADA

Packing 3 March 2005

Key to 1: 16/17, 18/19  
Klassifikation: Bivalve  
Lampris: -  
Pathal: 100. Penitentes

Kirche in  
der Direktion Karmelites Polizeikaserne  
Friedens  
S.

## References

1. Berdasarkan Surat Diklatku Karesidenan Pekanbaru Padang Nomor : PPK/01/01/P/XXXXX/17/18/1/0002 tanggal 08 Maret 2023 tentang diri penelitian atau Nama : Nadiyah May File NIM : 2207119200 dengan Judul 'Analisa Kepatuhan pada obesitas dengan Diabetes mellitus Tipe 2 di Ruangan Aqiqah Salim-Rumah Saad Th. H di Pekanbaru Padang'
  2. Sehubungan dengan berasal sebab di atas pada penulis Nama menggunakan untuk melaksanakan penelitian di Rumah Zakat Th. H di Pekanbaru Padang. adapula melaksanakan penelitian bersama memastikan perihal yang berlaku, dan
  3. Demikian disampaikan atas perhatian dan harapannya semoga bermanfaat.

для Юрия Рудого. Таких ТВ-шоу не было.

1100

16

PLATE 1

ANNA MARGARETA THUNBERG, T-PIPER, PARIS  
Lettre à l'Env. 1987. T +33 (0)1 53 72 6908

卷一 論著

1. Kainstikkep Rumek Tk. BII Padang
  2. Kainstikkep Rumek Tk. BII Padang
  3. Kauyantek Rumek Tk. BII Padang
  4. Kainstikkep Rumek Tk. BII Padang
  5. Kainstikkep Rumek Tk. BII Padang
  6. Kauyantek Rumek Tk. BII Padang

**LEMBAR KONSEPTEKSI KARSA TULIS SEDARAH**  
**PROSES S-III KEPERAWATAN PADA PENDERITA JERUSAHAN KEPERAWATAN**  
**KONSEPTEKSI PERTERIKEDI PADA PENDERITA**

Nama : Nadijah May Fery  
 NIM : 1231182346  
 Penderitaan I : Mu Yadi Suryawinata, NIKop.5.Kop.MS  
 Jadi : Kondisi Kognitif pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe II  
 Kategori Agustus Sulit : B5 TK.1B. Dr. Roboachetra Puspa

No	Tanggal	Kegiatan Atau Karya Pendidikan	Tanda Tangan
1	15 Oktober 2024	Konsultasi jadwal KTI Bimbingan jadwal KTI Antri jadwal KTI	
2	26 Oktober 2024	Konsultasi BAH 1 dan Perbaikan	
3	30 Desember 2024	Bimbingan BAH 1 dan BAH 1 Perbaikan dan bantuan perbaikan BAH 2	
4	29 Desember	Bimbingan BAH 1.2.3 Perbaikan dan bantuan perbaikan jadwal Pengujian	
5	2 Januari 2025	Bimbingan BAH 1.2.3 Perbaikan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipe di paragraf</li> <li>• Tabel tipe pertemuan jadwal paragraf</li> </ul>	
6	3 Januari	Bimbingan BAH 1.2.3 Dan Perbaikan	
7	4 Januari 2025	Pembahasan Proposal Implementasi Acara untuk Ujian Proposal	
8	11 Maret 2025	Konsultasi Pengembangan Rancangan Pendidikan	
9	23 Mei 2025	Konsultasi Asuhan Diabetes Mellitus	
10	27 Mei 2025	Bimbingan Asuhan Diabetes Mellitus Bimbingan BAH 4 Dan BAH 1	
11	28 Mei 2025	Bimbingan Asuhan Diabetes Mellitus Mempersiapkan Implementasi Rancangan	

		Survei dan Analisis BAW 1,2,3 dan 4 dan	
12	4 Juni 2025	Hasil Survei dan Analisis BAW 1,2,3 dan 4	
13	5 Juni 2025	Penulisan Proposal Penelitian Accurasi Uji Karya Tulis Dosen	

Mengetahui

Kamus Prof D-IT Keprovinsi Sulawesi

Kemendikbud Ristek



Dr. Ir. Dedi Purnomo, S.Kom, M.Kom

**LEMBAR RISIKO DAN KARAKTERISASI  
PREDIKSI KEPERLUAN DAN PAKAAN DENGAN REFERENSI  
KONSEP KONSEP PREDIKSI PADA**

**Hasil** Analisis Kepakuan  
**Nomor** 123456789  
**Pembuat** N. Toto Yudi, M. Eng. Sip. MSc  
**Tujuan** Analisis Kepakuan pada Pakaian Wanita Tipe 1 di  
 Stasiun Kepakuan Pakaian Tipe 1 di Bandung Selatan

No	Tanggal	Kegiatan dan Isi Laporan Penelitian	Tanda Tangan
1	10 Oktober 2023	Klasifikasi KEPAKUAN Klasifikasi model KEPAKUAN Analisis KEPAKUAN	④
2	16 Oktober 2023	Klasifikasi KEPAKUAN dan Prediksi	④
3	18 Oktober 2023	Klasifikasi KEPAKUAN dan KEPAKUAN Perkiraan dan Prediksi KEPAKUAN	④
4	19 Oktober 2023	Klasifikasi KEPAKUAN Perkiraan dan Prediksi KEPAKUAN	④
5	20 Oktober 2023	Klasifikasi KEPAKUAN Perkiraan <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Tipe KEPAKUAN</li> <li>→ Klasifikasi KEPAKUAN pada KEPAKUAN</li> </ul>	④
6	21 Oktober 2023	Klasifikasi KEPAKUAN dan Prediksi	④
7	22 Oktober 2023	Klasifikasi KEPAKUAN dan Prediksi Klasifikasi KEPAKUAN Analisis KEPAKUAN	④
8	23 Oktober 2023	Klasifikasi KEPAKUAN dan Prediksi	④
9	24 Oktober 2023	Analisis Kepakuan pada Model	④
10	25 Oktober 2023	Klasifikasi Kepakuan pada Model Klasifikasi KEPAKUAN	④
11	26 Oktober 2023	Klasifikasi Kepakuan pada Model Klasifikasi KEPAKUAN	④

11	4 Dec 2021	Widya Pratiwi, S.E., M.M. (233400001)	
11	1 Dec 2021	Widya Pratiwi, S.E., M.M. (233400001) Executive Financial Services Accounting & Finance Faculty	12 12 F

Widya Pratiwi

Kelompok 11.01 Implementasi Peningkatan

Kemampuan Pendidikan Peningkatan

Dr. Widya Pratiwi, S.E., M.M.

ESTIMATING THE PREDATOR-PREY RELATIONSHIP 111



**Enterprise & Serial Penitentiary (Informed Consent):  
INFORMED CONSENT  
Lambeth Penitentiary**

Yang berikut adalah ungkapan dalam bahasa Inggris

卷之三

Nama : Mr. A  
 No. M.B. : 55298  
 Umar : 49 tahun  
 Tempat/Tanggal Lahir : Padang/20-04-1971  
 Alamat : D. Selamat Jl. Selamat No. 1  
 No. HP : 081212345678

Purim and Jewish Ethics

None	2001/02
Linear	3.6 ± 0.7
Almond	Sample (Initial reading) 0.00
Flaxseed	2001 reading

Banyak mendapatkan pengalaman dari penulis sendiri, pps. *Pengetahuan Diri untuk Sekolah Berorientasi Komunitas dan Penerapan Model Tepat Pada yang Difitikasi dalam Penelitian dan Inovasi* (Malang: Fak. NPKI UIN Ar-Raniry, Mahasiswa Program Studi D-413 Sistematisasi dan Kajian Kependidikan, Tesis), halaman 10.

Demande pour participation au jury dans toutes les séries des préliminaires.

Table 1 (continued)

262

КОМПЛЕКС РОСТЕХНИКИ  
АВИАЦИИ-КОРПУСА ВОЙСК  
ПОДДЕРЖКИ КОМПЛЕКСА РАДАРНО-

CHAPTER NINETEEN

Nama : Hadiyah Muq Fira  
NPM : 2250120243  
Institusi : Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan  
Kuangan : Ruang Bawas Pemilik Sistem B2TLEU Sekolah Kebidayaan Palembang

Нр	Надзират	Тема/Темы Ресурс
1	Бабу /12 месет 2022	8
2	Касым /15 месет 2022	Нұжіл (жасынан баба)
3	Дархан /16 месет 2022	12
4	Рахим /17 месет 2022	17 жаста!
5	Негіз /18 месет 2022	18

DEPARTEMEN KESIHATAN BILANJU/01/04/04  
BILANJU/SAKIT/TK.II/21/05/01/8/3/2/000000010

Padang, 71- Maret 2005

A. a m a r  
Klasifikasi  
Lampiran  
Surat

BR/03/05/2005  
Bilan  
-

Selamat Pagi

K. a. p. a. a.  
Yth. Direktur Kementerian Poldam  
Padang  
di

Padang

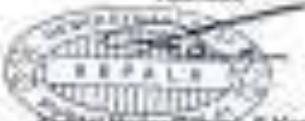
1. Berdasarkan Surat Direktur Kementerian Poldam Padang Nomor: PP.01.01/0000.0/0001/0001 tanggal 08 Maret 2005 tentang surat perintah atas Nama: Nadiyah May Firdausi : 021118200 dengan judul 'Kachten Kepemimpinan pada presiden dengan Diakademik Miskin Tipe II di Ruang Agus Salim Rumah Sakit Tk. II di Pekanbaru Padang. Karena mengucapkan tanpa hasil selama mempersenkan penitikan tetapi belum tuntas pelatihan yang benar, dan
2. Sehubungan dengan dasar hukum di atas, dilaporkan Direktur Kementerian Poldam Padang bahwa Nadiyah May Firdausi tidak memenuhi kualifikasi penitikan di Rumah Sakit Tk. II di Pekanbaru Padang. Karena mengucapkan tanpa hasil selama mempersenkan penitikan tetapi belum tuntas pelatihan yang benar, dan
3. Dari sana disampaikan atas pertimbangan kami ucapan terima kasih

a. a. Repahy Syahidz SAKIT TK.II 21.05.01

Waka

UB

Kaumud



Repahy Syahidz, S.Kep. Mers  
Lulus Ckm NIP: 11190008270990

Tersibukku

1. Kabinet Kesehatan Rumah Sakit Tk.II Padang
2. Kabinet Kesehatan Rumah Sakit Tk. II Padang
3. Kabinet Kesehatan Rumah Sakit Tk. II Padang
4. Kabinet Kesehatan Rumah Sakit Tk. II Padang
5. Kabinet Kesehatan Rumah Sakit Tk. II Padang
6. Kabinet Kesehatan Rumah Sakit Tk. II Padang



---

## **FORMAT PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

NAMA MAHASISWA : Nadiyah May Fira  
NIM : 223110260  
RUANGAN PRAKTIK : Ruangan Agus Salim

---

### **A. IDENTITAS KLIEN DAN KELUARGA**

#### **1. Identitas Klien**

Nama : Ny. A  
Umur : 48 tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Pendidikan : SMA  
Alamat : Jl. Seberang padang utara II

#### **2. Identifikasi Penanggung jawab**

Nama : Ny. S  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Alamat : Jl. Seberang padang utara II  
Hubungan : Anak Kandung

#### **3. Diagnosa Dan Informasi Medik Yang Penting Waktu Masuk**

Tanggal Masuk : 13 Maret 2025  
No. Medical Record : 372782

Ruang Rawat : Agus salim

Diagnosa Medik : DM Tipe 2 + HT

#### **4. Riwayat Kesehatan**

##### a. Riwayat Kesehatan Sekarang

- Keluhan Utama Masuk : Pasien masuk melalui IGD Rs. Reksodiwiryo Padang pada tanggal 13 Maret 2025 pukul 02:38 dengan keluhan badan terasa lemah dan lelah, sering merasa haus, nafsu makan menurun, sering merasa ingin buang air kecil, dan gula darah pasien melebihi batas normal 519 mg/dl
  - Keluhan Saat Ini (Waktu Pengkajian) : Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 Maret 2025 pukul 11. 00 Wib pasien mengatakan badan terasa lemas dan lelah, nafsu makan menurun, mual, pusing, kaki dan tangan kesemutan, sering merasa haus, pasien mengatakan tidak teratur minum obat diabetes, GDS pasien 420 mg/dl dan sering buang air kecil di malam hari.
- b. Riwayat Kesehatan Dahulu : Pasien mengatakan punya riwayat penyakit hipertensi yang terkontrol sejak 2018 yang lalu, pasien baru mengetahui penyakit Diabetes Melitus ini semenjak 3 tahun yang lalu. Keluarga pasien mengatakan ketiga kali dirawat di rumah sakit dengan diabetes melitus. Pasien mengatakan suka mengkonsumi makanan tidak sehat. Pasien juga suka makanan dan minuman yang manis seperti teh. Pasien juga memiliki riwayat penyakit maag karena sering makan tidak beraturan dan sering makan malam.
- c. Riwayat Kesehatan Keluarga : Pasien mengatakan bahwa orang tua pasien yaitu ayah pasien menderita penyakit hipertensi dan tidak ada keluarga yang menderita penyakit diabetes melitus sebelumnya. Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit lainnya.

## 5. Pola aktvitas sehari-hari (ADL)

### a. Makan

**Sehat** : Makan 2-3x/hari dengan porsi nasi, lauk dan terkadang sayur, jarang mengkonsumsi buah-buahan. Klien rutin makan sebelum tidur.

**Sakit** : Selama sakit pasien mendapatkan diet MBDD 1700 kkal dengan frekuensi 3 x MP + 2 x 5 snack dengan jenis nasi, lauk, dan sayur di tambah dengan satu buah.

### b. Minum

**Sehat** : Pasien minum 7-8 gelas per hari, pasien mengatakan sering minum teh di pagi hari, pasien sering mengatakan merasa lapar dan haus setelah mengkonsumsi the tersebut, dan pasien makan kembali

**Sakit** : Pasien minum 6 - 7 gelas dalam sehari dan hanya mengonsumsi air putih.

### c. Pola eliminasi

**Sehat** : Keluarga pasien mengatakan pada saat sehat pasien BAB 1X /hari, dengan konsentrasi lunak warna kuning kecoklatan. Keluarga mengatakan saat sehat BAK pasien 5x /hari warna kuning jernih

**Sakit** : Keluarga pasien mengatakan sering buang air kecil 7-8x /hari

### d. Pola tidur dan istirahat

**Sehat** : Keluarga pasien mengatakan pada saat sehat pasien tidur siang 1-2 jam perhari dan malam 7-8 jam perhari

**Sakit** : Pada saat sakit pasien tidur 4-5 jam perhari pasien sulit tidur dan sering terjaga di malam hari karena sering buang air kecil

e. Pola aktivitas

**Sehat** : Pada saat sehat pasien mengatakan ia bisa melakukan aktivitas sendiri. Pasien jarang melakukan aktivitas fisik

**Sakit** : Pada saat sakit kadang dibantu oleh keluarganya

f. Pola Bekerja

**Sehat** : bisa melakukan kerjaan secara mandiri

**Sakit** : Bisa melakukan sendiri kadang di bantu anggota keluarga

6. Pemeriksaan Fisik

- Tinggi / Berat Badan : 160 cm / 58 kg
- Tekanan Darah : 130/70 mmHg
- Suhu : 36,5 °C
- Nadi : 70 X / Menit
- Pernafasan : 23 X / Menit
- Kepala : tidak ada nyeri di kulit kepala, kulit kepala tampak bersih, tidak ada pembengkakan, tidak ada lesi
- Telinga : simetris kiri dan kanan, tampak bersih
- Mata : mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor kiri dan kanan
- Hidung : simetris kiri dan kanan, tidak ada lesi, tidak pernapasan cuping hidung, tampak bersih
- Mulut : mulut simetris, mukosa bibir kering, mulut tampak bersih

- Leher : pada pemeriksaan leher tidak didapatkan kaku kuduk, tidak ada pembengkakan kelenjer tiroid, tidak terdapat pembesaran vena jugularis
- Sistem integumen dan imunitas
  - Keadaan kulit : kulit tampak kering
  - Warna : kecoklatan
  - Kehangatan kulit : akral teraba dingin
  - Tekstur kulit : kering
  - Tugor kulit : CRT > 3 detik
- Toraks : I : dada simetris kiri dan kanan, pasien tidak tampak sesak  
P: vocal premitus normal  
P: suara paru sonor  
A: suara napas normal vasikuler
- Jantung : I : iktus cordis tidak terlihat  
P: iktus cordis teraba di Ric 5  
P: bunyi pekak  
A: bunyi jantung normal (reguler)
- Abdomen : I : abdomen simetris kiri dan kanan, tidak ada tampak benjolan  
A: bunyi bising usus normal  
P: tidak ada nyeri tekan  
P: bunyi timpani

## 7. Data Psikologis

- Status emosional : pasien bisa diajak berkomunikasi
- Kecemasan : pasien tampak sedikit cemas terhadap hal yang dialaminya
- Pola coping : pasien tampak tenang dan berharap untuk kesembuhannya
- Gaya komunikasi : pasien bisa menjawab pertanyaan dengan baik
- Konsep Diri : pasien mengatakan sulit untuk melakukan aktivitasnya seperti biasa karena badan lemasnya

## 8. Data Ekonomi Sosial

Keluarga klien mengatakan tidak ada hambatan masalah ekonomi lian dan klien bersosialisasi dengan baik dengan lingkungan sekitar

## 9. Data Spiritual

Klien beragama islam dan selalu melaksanakan solat lima waktu dalam keadaan sakit, klien selalu berdoa untuk kesembuhan penyakitnya

10. Pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan penunjang

<b>Tanggal</b>	<b>Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Satuan</b>	<b>Nilai Rujukan</b>	
				<b>Pria</b>	<b>Wanita</b>
13\04\2025	Hemoglobin	11.9	g\dl		
	Leukosit	7.2	10 <sup>3</sup> /ul		
	Trombosit	220	ribu/mm <sup>3</sup>		
	Hematokrit	32.9	%		
	Gula darah sewaktu	420	mg/dl		
	Ureum	36.3	mg/dl		
	Kratinin	1.01	mg/dl		
14\04\2025	GDS	400	mg/dl		
15\04\2025	GDS	347	mg/dl		
16/04/2025	GDS	320	mg/dl		
17\04\2025	GDS	244	mg/dl		

11. Program Terapi Dokter

- a. IVFD NaCl 0,9% / 12 jam
- b. Curcuma 2x1
- c. Metformin 2x500 mg
- d. Injeksi Ranitidin 2x1
- e. Amplodipin 5 mg x 1
- f. Injeksi ceftriaxone 2x1
- g. Sucralfat 3x1
- h. Candesartan 8 mg x1

## ANALISA DATA

NAMA PASIEN : Ny. A  
 NO. MR : 372782

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan badan terasa lemas</li> <li>- Pasien mengatakan pusing</li> <li>- Pasien mengatakan sering kebas</li> <li>- Pasien mengatakan sering buang air kecil</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kadar glukosa darah pasien pada saat itu 441 gr/dl</li> <li>- Pasien tampak pusing</li> </ul>	Hiperglikemia: Resistensi insulin	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
2.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan kaki dan tangan kebas</li> <li>- Pasien mengatakan pusing</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CRT pasien lebih dari 3 detik</li> <li>- Kaki pasien tampak kering</li> <li>- Akral teraba dingin</li> <li>- Tugor kulit menurun</li> </ul>	Hiperglikemia	Perfusi perifer tidak efektif

3.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak teratur mengkonsumsi obat</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak tidak mengikuti program perswatan/pengobatan</li> <li>- Pasien tidak menjalankan anjuran minum obat secara teratur</li> </ul>	Ketidakadekuatan pemahaman	Ketidakpatuhan
----	--	----------------------------	----------------

## **DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN**

NAMA PASIEN : Ny. A

NO. MR : 372782

<b>No</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tanggal Teratasi</b>	<b>Tanda Tangan</b>
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah berhubungan dengan resistensi insulin		
2.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemi		
3.	Ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman		

## PERENCANAAN KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny. A  
 NO. MR : 372782

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Tindakan
1.	<p><b>Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah</b> berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan hasil pemeriksaan gula darah sewaktu diatas nilai normal yaitu 519 mg/dl</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam</p> <p><b>Kestabian Kadar Glukosa Darah</b> meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengantuk menurun</li> <li>2. Pusing menurun</li> <li>3. Lelah/lesu menurun</li> <li>4. Mulut kering menurun</li> <li>5. Kadar glukosa dalam darah membaik</li> </ol> <p><b>Status Nutrisi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat</li> <li>2. Pengetahuan tentang pilih makanan yang sehat meningkat</li> <li>3. Frekuensi makan membaik</li> <li>4. Nafsu makan membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hiperglikemia</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat</li> <li>3. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu</li> <li>4. Monitor tanda dan gejala kadar glukosa hiperglikemia</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konsulkan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap dan memburuk</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl</li> <li>2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</li> <li>3. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi Diet</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu</li> <li>2. Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet</li> </ol>

			<p>yang diprogramkan</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan</li> <li>2. Sediakan rencana makanan tertulis, <i>jika perlu</i></li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan</li> <li>2. Informasikan makanan yang diperboleh dan dilarang</li> <li>3. Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi</li> <li>4. Rekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan ahli gizi, <i>jika perlu</i></li> </ol>
2.	<p><b>Perfusi Perifer Tidak Efektif</b> berhubungan dengan hiperglikemi</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam</p> <p><b>Perfusi Perifer</b> meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Denyut nadi perifer meningkat</li> <li>2. Warna kulit pucat menurun</li> <li>3. Akral membaik</li> <li>4. Tugor kulit membaik</li> </ol>	<p><b>Perawatan sirkulasi</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi</li> <li>2. Monitor panas, nyeri, kemerahan, atau bengkak pada ekstremitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>2. Lakukan perawatan kaki dan kuku</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan berolahraga rutin</li> <li>2. Anjurkan minum obat penurun tekanan darah</li> <li>3. Anjurkan melembabkan kulit pada kaki yang kering</li> </ol>

3.	<b>Ketidakpatuhan</b> berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat kepatuhan dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan/pengobatan meningkat</li> <li>2. Verbalisasi mengikuti anjuran meningkat</li> <li>3. Perilaku megikuti program perawatan/pengobatan meningkat</li> <li>4. Perilaku menjalankan minum obat secara teratur meningkat</li> </ol>	<p><b>Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buat komitmen menjalani program pengobatan</li> <li>2. Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasikan program pengobatan yang harus dijalani</li> <li>2. Informasikan manfaat yang diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan</li> <li>3. Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan</li> </ol>
----	---	---	---

## IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny. A  
 NO. MR : 372782

Hari /Tgl	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan ( SOAP )
Rabu 13/04/2025	<b>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</b> berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan hasil pemeriksaan gula darah sewaktu diatas nilai normal yaitu 420 mg/dl	<b>Manajemen Hiperglikemia</b> 1. Memantau tanda dan gejala hiperglikemia 2. Melakukan pemeriksaan tanda tanda vital kepada pasien 3. Mengukur gula darah pasien sebelum makan 4. Menanyakan kepada pasien apakah ada alergi makanan sebelumnya 5. Memberikan obat metformin 2x 500 mg 6. Berkolaborasi dengan ahli gizi terkait dengan diit yang diberikan yaitu dengan MBDD 1700 Kkal	<b>S :</b> - Pasien mengatakan badan terasa lemas - Pasien mengatakan kepala terasa pusing - Pasien mengatakan porsi makan setengah yang dihabiskan - Pasien mengatakan sering kesemutan di kaki  <b>O :</b> - Pasien tampak pucat - Pasien tampak lemah - Pasien tampak hanya terbaring ditempat tidur - GDS: 420 - TD: 130/70 - Nadi: 70 - Pernafasan: 23x/i - Infus terpasang di tangan kanan IVFD 0,9% 20 TPM - Suhu: 36,5 °C  <b>A:</b> Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi, karena badan pasien masih terasa lemas, terasa kesemutan, dan kadar glukosa darah masih di atas normal

			<p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau tanda dan gejala hiperglikemi</li> <li>- Mengukur gula darah pasien</li> <li>- Memberikan suntik insulin 10 unit sebelum makan</li> </ul>
Rabu 13/04/2025	<b>Perfusi Perifer Tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia</b>	<p><b>Perawatan Sirkulasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi</li> <li>2. Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>3. Melakukan perawatan kaki dan kuku</li> <li>4. Menganjurkan berolahraga rutin</li> <li>5. Menganjurkan minum obat penurun tekanan darah</li> <li>6. Menganjurkan melembabkan kulit pada kaki yang kering</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan badan lemas dan letih</li> <li>- Pasien mengatakan sering kesemutan</li> <li>- Pasien mengatakan pandangan kabur</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaki pasien tampak kering</li> <li>- Kadar gula darah pasien 420 mg/dl</li> <li>- Akral teraba dingin</li> <li>- Tugor kulit tampak pucat</li> </ul> <p><b>A :</b> Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi, karena badan pasien masih terasa lemas, terasa kesemutan, dan kadar gula darah masih diatas nilai normal</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pemantauan kadar glukosa darah pasien</li> <li>- Menilai perubahan warna kulit abnormal</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menilai CRT pasien, biasanya lebih dari 3 detik</li> </ul>
Rabu 13/04/2025	<b>Ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman</b>	<p><b>Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan</li> <li>2. Membuat komitmen menjalani program pengobatan</li> <li>3. Melibatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani</li> <li>4. Menginformasikan program pengobatan yang harus dijalani</li> <li>5. Menginformasikan manfaat yang diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan</li> <li>6. Menganjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih tidak teratur mengkonsumsi obat</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak menjalankan anjuran minum obat secara teratur</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>
Hari /Tgl	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan ( SOAP )
Kamis 14/04/2025	<b>Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan hasil pemeriksaan gula darah sewaktu diatas nilai normal yaitu 400 mg/dl</b>	<p><b>Manajemen Hiperglikemia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>2. Melakukan pemeriksaan tanda tanda vital kepada pasien</li> <li>3. Mengukur gula darah pasien sebelum makan</li> <li>4. Menanyakan kepada pasien apakah ada alergi makanan sebelumnya</li> <li>5. Memberikan obat</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan badan terasa lemas</li> <li>- Pasien mengatakan kepala terasa pusing</li> <li>- Pasien mengatakan porsi makan setengah yang dihabiskan</li> <li>- Pasien mengatakan sering kesemutan</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak pucat</li> <li>- Pasien tampak</li> </ul>

		<p>6. metformin 2x 500 mg</p> <p>Berkolaborasi dengan ahli gizi terkait dengan diit yang diberikan yaitu dengan MBDD 1700 Kkal</p>	<p>lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak hanya terbaring di tempat tidur</li> <li>- GDS: 400 mg/dl</li> <li>- TD: 127/77 mmHg</li> <li>- Nadi: 70 x/i</li> <li>- Pernafasan: 23x/i</li> <li>- Infus terpasang di tangan kanan IVFD 0,9% 12 jam</li> <li>- Suhu: 36,5 °C</li> </ul> <p><b>A :</b> Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi, karena badan pasien masih terasa lemas, terasa kesemutan, dan kadar glukosa darah masih di atas normal</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau tanda dan gejala hiperglikemi</li> <li>- Mengukur gula darah pasien</li> <li>- Memberikan suntik insulin 10 unit sebelum makan</li> </ul>
Kamis 14/04/2025	<b>Perfusi Perifer Tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia</b>	<p><b>Perawatan Sirkulasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi</li> <li>2. Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>3. Melakukan perawatan kaki dan kuku</li> <li>4. Menganjurkan</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan badan lemas dan letih</li> <li>- Pasien mengatakan sering kesemutan</li> <li>- Pasien mengatakan pandangan kabur</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaki pasien tampak kering</li> </ul>

		<p>berolahraga rutin</p> <p>5. Mengajurkan minum obat penurun tekanan darah</p> <p>6. Mengajurkan melembabkan kulit pada kaki yang kering</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kadar gula darah pasien 400 mg/dl</li> <li>- Akral teraba dingin</li> <li>- Tugor kulit tampak pucat</li> </ul> <p><b>A :</b> Perfusi perifer tidak efektif belum teratas, karena badan pasien masih terasa lemas, terasa kesemutan, dan kadar gula darah masih diatas nilai normal</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pemantauan kadar glukosa darah pasien</li> <li>- Menilai perubahan warna kulit abnormal</li> <li>- Menilai CRT pasien, biasanya lebih dari 3 detik</li> </ul>
Kamis 14/04/2025	<b>Ketidakpatuhan</b> berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman	<p><b>Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan :</b> <b>Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan</li> <li>2. Membuat komitmen menjalani program pengobatan</li> <li>3. Melibatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani</li> <li>4. Menginformasikan program pengobatan yang harus dijalani</li> <li>5. Menginformasikan manfaat yang diperoleh jika teratur</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih tidak teratur mengkonsumsi obat</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak menjalankan anjuran minum obat secara teratur</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah belum teratas</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>

		<p>menjalani program pengobatan</p> <p>6. Mengajurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan</p>	
Hari/tgl	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)
Jumat 15/04/2025	<b>Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan hasil pemeriksaan gula darah sewaktu diatas nilai normal yaitu 347 mg/dl</b>	<p><b>Manajemen Hiperglikemia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>2. Melakukan pemeriksaan tanda tanda vital kepada pasien</li> <li>3. Mengukur gula darah pasien sebelum makan</li> <li>4. Menanyakan kepada pasien apakah ada alergi makanan sebelumnya</li> <li>5. Memberikan obat metformin 2x 500 mg</li> <li>6. Berkolaborasi dengan ahli gizi terkait dengan diet yang diberikan yaitu dengan MBDD 1700 Kkal</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan badan masih terasa lemas</li> <li>- Pasien mengatakan kepala terasa pusing</li> <li>- Pasien mengatakan porsi makan setengah yang dihabiskan</li> <li>- Pasien mengatakan sering kesemutan</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak pucat</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Pasien tampak hanya terbaring ditempat tidur</li> <li>- GDS: 347 mg/dl</li> <li>- TD: 120/82 mmHg</li> <li>- Nadi: 77 x/i</li> <li>- Pernafasan: 22x/i</li> <li>- Infus terpasang di tangan kanan IVFD 0,9% 12 jam</li> <li>- Suhu: 36,5 °C</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi, karena badan pasien masih terasa lemas, terasa kesemutan, dan kadar glukosa darah masih di</p>

			<p>atas normal</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau tanda dan gejala hiperglikemi</li> <li>- Mengukur gula darah pasien</li> <li>- Memberikan suntik insulin 8 unit sebelum makan</li> </ul>
Jumat 15/04/2025	<p><b>Perfusi Perifer</b> <b>Tidak efektif</b> berhubungan dengan hiperglikemia</p>	<p><b>Perawatan Sirkulasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi</li> <li>2. Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>3. Melakukan perawatan kaki dan kuku</li> <li>4. Menganjurkan berolahraga rutin</li> <li>5. Menganjurkan minum obat penurun tekanan darah</li> <li>6. Menganjurkan melembabkan kulit pada kaki yang kering</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan badan lemas dan letih</li> <li>- Pasien mengatakan sering kesemutan</li> <li>- Pasien mengatakan pandangan kabur</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaki pasien tampak kering</li> <li>- Kadar gula darah pasien 347 mg/dl</li> <li>- Akral teraba dingin</li> <li>- Tugor kulit tampak pucat</li> </ul> <p><b>A :</b> Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi, karena badan pasien masih terasa lemas, terasa kesemutan, dan kadar gula darah masih diatas nilai normal</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pemantauan kadar glukosa darah pasien</li> <li>- Menilai perubahan warna kulit</li> </ul>

			<p>abnormal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menilai CRT pasien, biasanya lebih dari 3 detik</li> </ul>
Jumat 15/04/2025	<b>Ketidakpatuhan</b> berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman	<p><b>Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan :</b></p> <p><b>Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan</li> <li>2. Membuat komitmen menjalani program pengobatan</li> <li>3. Melibatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani</li> <li>4. Menginformasikan program pengobatan yang harus dijalani</li> <li>5. Menginformasikan manfaat yang diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan</li> <li>6. Mengajurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih tidak teratur mengkonsumsi obat</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak menjalankan anjuran minum obat secara teratur</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>
<b>Hari/tgl</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Implementasi Keperawatan</b>	<b>Evaluasi Keperawatan (SOAP)</b>
Sabtu 16/04/2025	<b>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</b> berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan hasil pemeriksaan gula darah sewaktu diatas nilai normal	<p><b>Manajemen Hiperglikemia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>2. Melakukan pemeriksaan tanda tanda vital kepada pasien</li> <li>3. Mengukur gula darah pasien sebelum makan</li> <li>4. Menanyakan kepada</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan badan terasa lemas</li> <li>- Pasien mengatakan kepala terasa pusing</li> <li>- Pasien mengatakan porsi makan setengah yang dihabiskan</li> <li>- Pasien mengatakan sering kesemutan</li> </ul>

	yaitu 320 mg/dl	<p>pasien apakah ada alergi makanan sebelumnya</p> <p>5. Memberikan obat metformin 2x 500 mg</p> <p>6. Berkolaborasi dengan ahli gizi terkait dengan diet yang diberikan yaitu dengan MBDD 1700 Kkal</p>	<p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak pucat</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Pasien tampak hanya terbaring ditempat tidur</li> <li>- GDS: 320 mg/dl</li> <li>- TD: 123/85 mmHg</li> <li>- Nadi: 76 x/i</li> <li>- Pernafasan: 23x/i</li> <li>- Infus terpasang di tangan kanan IVFD 0,9% 12 jam</li> <li>- Suhu: 36,5 °C</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi, karena badan pasien masih terasa lemas, terasa kesemutan, dan kadar glukosa darah masih di atas normal</p> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau tanda dan gejala hiperglikemi</li> <li>- Mengukur gula darah pasien</li> <li>- Memberikan suntik insulin 8 unit sebelum makan</li> </ul>
Sabtu 16/04/2025	<b>Perfusi Perifer Tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia</b>	<b>Perawatan Sirkulasi</b>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan badan lemas dan letih</li> <li>- Pasien mengatakan sering kesemutan</li> <li>- Pasien mengatakan pandangan kabur</li> </ul>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Melakukan perawatan kaki dan kuku</li> <li>4. Mengajurkan berolahraga rutin</li> <li>5. Mengajurkan minum obat penurun tekanan darah</li> <li>6. Mengajurkan melembabkan kulit pada kaki yang kering</li> </ol>	<p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaki pasien tampak kering</li> <li>- Kadar gula darah pasien 320 mg/dl</li> <li>- Akral teraba dingin</li> <li>- Tugor kulit tampak pucat</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <p>Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi, karena badan pasien masih terasa lemas, terasa kesemutan, dan kadar gula darah masih diatas nilai normal</p> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pemantauan kadar glukosa darah pasien</li> <li>- Menilai perubahan warna kulit abnormal</li> <li>- Menilai CRT pasien, biasanya lebih dari 3 detik</li> </ul>
Sabtu 16/04/2025	<b>Ketidakpatuhan</b> berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman	<p><b>Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan :</b></p> <p><b>Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan</li> <li>2. Membuat komitmen menjalani program pengobatan</li> <li>3. Melibatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani</li> <li>4. Menginformasikan program pengobatan yang harus dijalani</li> <li>5. Menginformasikan</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih tidak teratur mengkonsumsi obat</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak menjalankan anjuran minum obat secara teratur</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>

		<p>manfaat yang diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan</p> <p>6. Mengajurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan</p>	
Hari/tgl	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)
Minggu 17/04/2025	<p><b>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</b> berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan hasil pemeriksaan gula darah sewaktu diatas nilai normal yaitu 244 mg/dl</p>	<p><b>Manajemen Hiperglikemia</b></p> <p>1. Memantau tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p>2. Melakukan pemeriksaan tanda tanda vital kepada pasien</p> <p>3. Mengukur gula darah pasien sebelum makan</p> <p>4. Menanyakan kepada pasien apakah ada alergi makanan sebelumnya</p> <p>5. Memberikan obat metformin 2x 500 mg</p> <p>6. Berkolaborasi dengan ahli gizi terkait dengan diit yang diberikan yaitu dengan MBDD 1700 Kkal</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan badan terasa lemas</li> <li>- Pasien mengatakan kepala terasa pusing</li> <li>- Pasien mengatakan porsi makan setengah yang dihabiskan</li> <li>- Pasien mengatakan sering kesemutan</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak pucat</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Pasien tampak hanya terbaring ditempat tidur</li> <li>- GDS: 244 mg/dl</li> <li>- TD: 124/78 mmHg</li> <li>- Nadi: 88 x/i</li> <li>- Pernafasan: 23x/i</li> <li>- Infus terpasang di tangan kanan IVFD 0,9% 12 jam</li> <li>- Suhu: 36,5 °C</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah teratas sebagian</p> <p><b>P :</b> Intervensi dihentikan</p>

Minggu 17/04/2025	<b>Perfusi Perifer Tidak efektif</b> berhubungan dengan hiperglikemia	<b>Perawatan Sirkulasi</b> 1. Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi 2. Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 3. Melakukan perawatan kaki dan kuku 4. Menganjurkan berolahraga rutin 5. Menganjurkan minum obat penurun tekanan darah 6. Menganjurkan melembabkan kulit pada kaki yang kering	<b>S :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien mengatakan badan lemas dan lelah</li><li>- Pasien mengatakan sering kesemutan</li><li>- Pasien mengatakan pandangan kabur</li></ul> <b>O :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kaki pasien tampak kering</li><li>- Kadar gula darah pasien 244 mg/dl</li><li>- Akral teraba dingin</li><li>- Tugor kulit tampak pucat</li></ul> <b>A :</b> Masalah teratasi sebagian  <b>P :</b> Intervensi dihentikan
Minggu 17/04/2025	<b>Ketidakpatuhan</b> berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman	<b>Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan :</b> <b>Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan :</b> 1. Mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan 2. Membuat komitmen menjalani program pengobatan 3. Melibatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani 4. Menginformasikan program pengobatan yang harus dijalani 5. Menginformasikan manfaat yang diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan 6. Menganjurkan	<b>S :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien mengatakan masih tidak teratur mengkonsumsi obat</li></ul> <b>O :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien tidak menjalankan anjuran minum obat secara teratur</li></ul> <b>A :</b> Masalah teratasi sebagian  <b>P :</b> Intervensi dihentikan

		keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan	
--	--	---	--

Goluh Putri

new NADIAH MAY FIRAH\_NTI FEKS\_removed.docx

• 1991-1992: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*

### Exercise 1: Basic

11  
Page

Editor: S. M. Khan

— 1 —

2020 RELEASE UNDER E.O. 14176

Digitized by srujanika@gmail.com

### 5% Overall Similarity

### These are the steps:

10

1.1.1. *U.S. Department of Energy*  
1.1.2. *U.S. Environmental Protection Agency*  
1.1.3. *U.S. Geological Survey*

100

1996-1997

1996-1997 学年第二学期