



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN
DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANG
ICU RS STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

LIFA NATALIA ULAHAYANAN (NS2414901084)

YUD HELVI (NS2414901115)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS
2025**



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN
DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANG
ICU RS STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

LIFA NATALIA ULAHAYANAN (NS2414901084)

YUD HELVI (NS2414901115)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS
2025**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

1. Lifa Natalia Ulahayanan (NS2414901084)
2. Yud Helvi (NS2414901115)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi atau plagiasi dari hasil Karya Ilmiah Akhir orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 18 Juni 2025

yang menyatakan

Lifa Natalia Ulahayanan

Yud Helvi

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2 di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar” telah disetujui oleh Pembimbing untuk dipertanggungjawabkan di depan penguji.

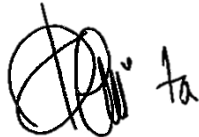
Diajukan oleh:

Nama mahasiswa/NIM: 1. Lifa Natalia Ulahayanan / NS2414901084

2. Yud Helvi / NS2414901115

Disetujui oleh

Pembimbing 1



(Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep)
NIDN: 0904078805

Pembimbing 2



(Kristia Nova Ns.,M.Kep)
NIDN: 0915119204

**Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar**



(Fransiska Anita E.R.S.,Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB. Ph.D)
NIDN: 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ini Diajukan Oleh:

Nama : 1. Lifa Natalia Ulahayanan
2. Yud Helvi
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2 di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1	:	Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep	()
Pembimbing 2	:	Kristia Novia, Ns., M.Kep	()
Penguji 1	:	Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D	()
Penguji 2	:	Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN	()

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 02 Juli 2025



Mengetahui,
Ketua STIK Stella Maris Makassar


Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes

NIDN : 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Lifa Natalia Ulahayanan (NS2414901084)

Yud Helvi (NS2414901115)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengolah informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

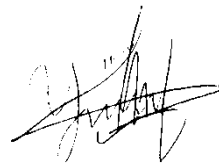
Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 18 Juni 2025

Yang menyatakan,



Lifa Natalia Ulahayanan



Yud Helvi

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas karena berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar”. Karya ilmiah akhir ini merupakan syarat untuk memperoleh gelar profesi Ners di STIK stella maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa kelancaran dan keberhasilan penyusunan karya ilmiah akhir ini telah melibatkan banyak pihak. Baik materi maupun non materi sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini dengan baik. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada semua pihak yang telah membantu, mendukung, dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini, terutama kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah meluangkan waktu untuk mengarahkan dan memberi masukan, saran pengetahuan dan motivasi dalam proses penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB.,Ph.D selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar yang telah meluangkan waktu untuk mengarahkan dan memberi masukan, saran pengetahuan dan motivasi dalam proses penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
3. Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi
5. Wirmando, Ns.,M.Kep selaku Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat

6. Serlina Sandi, Ns.,M.Kep.,PhD selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar, sekaligus penguji I yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk perbaikan karya ilmiah akhir ini.
7. Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep selaku pembimbing I yang telah membimbing dengan sangat baik selama proses penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
8. Kristia Novia Ns.,M.Kep selaku pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan kami dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
9. Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN selaku penguji II, yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk perbaikan karya ilmiah akhir ini.
10. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberi pengarahan selama penulis mengikuti pendidikan.
11. Orang tua tercinta dari Lifa Natalia Ulahayanan dan Yud Helvi serta sanak saudara, yang setia memberikan dukungan dan motivasi untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
12. Kepada teman-teman seperjuangan mahasiswa profesi Ners Angkatan 2024 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam menyusun karya ilmiah akhir ini. Oleh karena itu saran dan kritik sangat diharapkan untuk mendukung dan menyempurnakan penulisan karya ilmiah akhir ini kedepannya.

Akhir kata, semoga karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi sumber inspirasi

Makassar, Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Manfaat Penulisan	4
D. Metode Penulisan	5
E. Sistem Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Dasar	7
1. Pengertian	7
2. Anatomi Fisiologi	8
3. Etiologi.....	11
4. Klasifikasi	13
5. Patofisiologi	13
6. Manifestasi Klinis.....	15
7. Pemeriksaan Penunjang	15
8. Penatalaksanaan medis	17
9. Komplikasi	19
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	22
1. Pengkajian Kritis.....	22
2. Diagnosa Keperawatan	27
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan.....	27
4. Perencanaan Pulang (<i>Discharge Planning</i>).....	33
BAB III PENGAMATAN KASUS	34
A. Ilustrasi Kasus	34
B. Pengkajian Primer	35
C. Diagnosa Keperawatan Primer.	41
D. Pengkajian Sekunder	41
E. Analisa Data Primer	58
F. Diagnosa Keperawatan	61
G. Intervensi Keperawatan	62
H. Tindakan Keperawatan	68
I. Evaluasi Keperawatan	90
J. Daftar Obat	103

BAB IV PEMBAHASAN KASUS.....	108
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan.....	108
1. Pengkajian.....	108
2. Diagnosa keperawatan.....	111
3. Intervensi keperawatan	113
4. Implementasi keperawatan.....	115
5. Evaluasi keperawatan	115
B. Pembahasan Penerapan EBN	117
1. Judul EBN sesuai kasus.....	117
2. Diagnosis keperawatan	117
3. Luaran yang diharapkan.....	117
4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN	117
C. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN	118
1. Pengertian tindakan	118
2. Tujuan	118
BAB V_SIMPULAN DAN SARAN.....	123
A. Simpulan.....	123
B. Saran	125
DAFTAR PUSTAKA	126
LAMPIRAN	128
RIWAYAT HIDUP	133

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Pankreas

11

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Tabel Pemeriksaan penunjang	51
Tabel 3.2 Tabel Analisa Data	52
Tabel 3.3 Tabel Diagnosis Keperawatan	56
Tabel 3.4 Tabel Intervensi Keperawatan	60
Tabel 3.5 Tabel Evaluasi	69

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Konsultasi Pembimbing Karya Ilmiah Akhir

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kelenjar endokrin adalah alat utama komunikasi tubuh dengan lingkungan, baik lingkungan dalam tubuh (internal) maupun lingkungan di luar tubuh (eksternal) agar dapat beradaptasi, mempertahankan kondisi homeostatis, dan mempertahankan kehidupan. Kelenjar endokrin juga merupakan sebuah sistem kelenjar yang memproduksi hormon untuk dilepaskan ke dalam sirkulasi darah menuju sel (kelenjar) sebagai sasaran untuk melakukan aktivitas tertentu. Terdapat banyak kelenjar endokrin di dalam tubuh, salah satunya yaitu kelenjar pankreas. Salah satu fungsi dari pankreas adalah menghasilkan insulin yang berfungsi untuk mempertahankan keseimbangan gula darah. Kerusakan pada kelenjar endokrin akan mempengaruhi pankreas tidak dapat memproduksi cukup insulin, sehingga dapat mengakibatkan diabetes melitus tipe 2 yang menyebabkan kekurangan insulin baik absolut maupun *relative*, akibat ketidakseimbangan gula dalam darah (Ghafar & Kamillah, 2025).

World Health Organization (2022) menyatakan bahwa penyakit diabetes melitus merupakan penyakit yang paling banyak diderita oleh orang diseluruh dunia. Penyakit diabetes melitus berada di urutan ke empat dari prioritas penelitian penyakit degeneratif diseluruh negara. International Diabetes Federation (2025) mengungkapkan pada tahun 2021 terdapat 463 juta orang dengan usia 20-79 tahun di dunia menderita diabetes melitus atau setara dengan 9,3% dari seluruh penduduk di usia yang sama pada tahun 2021 dan diprediksi meningkat menjadi 20,4% pada tahun 2030 dan 20,5% pada tahun 2045. Angka diprediksi akan meningkat hingga 578,4 juta di tahun 2030 dan 700,2 juta tahun 2045.

Indonesia menduduki peringkat kelima negara dengan jumlah diabetes terbanyak dengan 19,5 juta penderita di tahun 2021 dan diprediksi akan menjadi 28,6 juta pada 2045 (Kemenkes, 2024). Provinsi Sulawesi Selatan menduduki peringkat ketiga terbanyak dengan kasus diabetes melitus tipe 2 yaitu 3,4%. Berdasarkan hasil survei awal yang dilakukan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, didapatkan data jumlah pasien yang pernah dirawat dengan masalah diabetes melitus tipe 2 pada tahun 2024 yaitu sebanyak 245 orang dengan jumlah laki-laki 80 orang dan jumlah perempuan 165 orang.

Berdasarkan prevalensi yang tinggi tersebut maka diperlukan penatalaksanaan diabetes melitus untuk mengendalikan ketidakstabilan kadar glukosa darah untuk mencegah dampak dan komplikasi yang dapat membahayakan keselamatan pasien. Peningkatan kadar glukosa darah terus menerus menyebabkan komplikasi berupa gangguan pada pembuluh darah baik makrovaskular maupun mikrovaskular, serta gangguan pada sistem saraf atau neuropati. Gangguan ini dapat terjadi pada pasien diabetes melitus tipe 2 yang sudah lama menderita penyakit tersebut dan yang baru terdiagnosis. Komplikasi makrovaskular umumnya mengenai organ jantung, otak, dan pembuluh darah, sedangkan gangguan mikrovaskular dapat terjadi pada mata dan ginjal (Mosenzon et al., 2023).

Komplikasi lain yang sering dialami pasien diabetes melitus tipe 2 yaitu luka dekubitus. Prevalensi penderita luka dekubitus di Indonesia terdapat sekitar 15%, dengan angka amputasi 30%, angka mortalitas 32% dan luka dekubitus merupakan sebab perawatan rumah sakit yang terbanyak sebesar 80% (Lestari, 2021). Hal ini disebabkan oleh kadar gula darah yang tinggi sehingga menyebabkan penyempitan pembuluh darah, mengurangi aliran darah ke jaringan, dan menghambat pengiriman oksigen serta nutrisi yang penting untuk penyembuhan luka. Selain itu, tirah baring yang

lama juga menjadi salah satu penyebab luka dekubitus (PERKENI, 2021).

Hal tersebut menunjukkan bahwa penderita diabetes melitus tipe 2 membutuhkan perhatian dan perawatan yang lebih intensif dan komprehensif. Perawat sebagai tenaga profesional di bidang pelayanan kesehatan memiliki kontribusi yang besar dalam perawatan kesehatan khususnya pasien dengan diabetes melitus tipe 2. Selain memantau kadar glukosa darah, merawat luka dan mencegah timbulnya luka baru merupakan tugas perawat yang penting pada pasien dengan diabetes melitus tipe 2. Salah satu intervensi yang dapat dilakukan untuk membantu mencegah terjadinya luka dekubitus pada pasien yang tirah baring lama adalah pemberian alih baring.

Alih baring merupakan salah satu tindakan terapeutik dalam penerapan *Evidence Based Nursing* (EBN). Alih baring direkomendasikan untuk mempertahankan jaringan kulit, mengurangi komplikasi akibat imobilisasi, meningkatkan rasa nyaman, dan mengurangi kemungkinan tekanan yang menetap pada tubuh akibat posisi yang menetap sehingga menyebabkan luka (dekubitus) semakin parah. Penelitian Herly et al., (2021) menunjukkan pemberian posisi miring setiap 2 jam terbukti efektif menurunkan risiko dekubitus dimana alih baring mengurangi penekanan akibat tertahannya pasien pada satu posisi yang diberikan untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek kulit.

Berdasarkan deskripsi di atas dan temuan penulis mengenai prevalensi diabetes melitus tipe 2 maka penulis tertarik untuk mengangkat Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Ruang (ICU) Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2 di ruangan ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian kritis pada pasien dengan diabetes melitus tipe 2 di ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar .
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pasien dengan diabetes melitus tipe 2 di ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- c. Menetapkan rencana keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe 2 di ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe 2 dan tindakan keperawatan berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN) di ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe 2 di ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Memberi gambaran bagi tenaga kesehatan mengenai perjalanan penyakit dari diabetes melitus tipe 2 serta akibat yang dapat ditimbulkan jika tidak segera ditangani, serta dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien yang dirawat di rumah sakit.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Memperluas wawasan serta memberikan pembelajaran tersendiri dalam berdiskusi bersama serta pengalaman dalam merawat dan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes

melitus tipe 2 dan menerapkan *Evidence Based Nursing* (EBN) dalam proses keperawatan yang diberikan kepada pasien.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai sumber pembelajaran bagi mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar dalam memperluas wawasan serta menambah ilmu pengetahuan.

4. Bagi Penulis

Menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis dalam mengaplikasikan ilmu yang didapatkan selama pendidikan khususnya merawat pasien diabetes melitus tipe 2.

D. Metode Penulisan

Dalam metode penulisan pada pasien dengan masalah diabetes melitus tipe 2 di ruangan ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar penulis menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus, sebagai berikut:

1. Studi Kepustakaan

Penulis mengumpulkan data pustaka berupa informasi yang relevan dengan topik, membaca dan mencatat serta mengelola bahan penelitian.

2. Studi Kasus

Kasus ini merupakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian, analisa data, penetapan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dari asuhan keperawatan yang dilakukan kepada pasien. Data yang didapatkan melalui beberapa cara, yaitu:

a. Wawancara

Mengkaji permasalahan yang dialami pasien dan keluarga yang mengetahui kondisi pasien dan dilakukan dengan proses tanya jawab.

b. Observasi

Melakukan pengamatan langsung pada pasien dengan mengikuti berbagai tindakan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

c. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan fisik pada pasien melalui, inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

d. Dokumentasi

Catatan yang berhubungan dengan perkembangan pasien dan pemeriksaan diagnostik, melihat status dan hasil pemeriksaan diagnostik.

E. Sistem Penulisan

Penulisan karya ilmiah ini disusun secara sistematis yang dimulai dari penyusunan BAB I: pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan dan sistematis penulisan. BAB II: tinjauan pustaka yaitu konsep dasar medik yang terdiri dari pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan medis, komplikasi dan juga konsep dasar keperawatan berupa pengkajian, diagnosis, luaran dan perencanaan keperawatan, serta perencanaan pulang (*discharge planning*). BAB III: pengamatan kasus yang dengan ilustrasi kasus, pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. BAB IV: pembahasan kasus yang berisi tentang asuhan keperawatan dan pembahasan penerapan *Evidence Based Nursing*. BAB V: penutup yang terdiri dari simpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

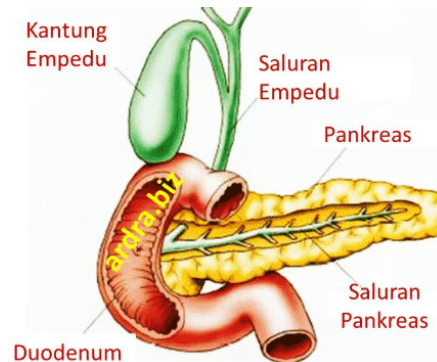
Diabetes melitus merupakan gangguan metabolisme yang terjadi pada organ pankreas yang ditandai dengan peningkatan gula darah atau sering disebut dengan kondisi hiperglikemia yang disebabkan karena menurunnya jumlah insulin dari pankreas. Penyakit diabetes melitus dapat menimbulkan berbagai komplikasi baik makrovaskuler yang merupakan gangguan kardiovaskuler yaitu penyakit yang cukup serius jika tidak secepatnya diberikan penanganan sehingga mampu meningkatkan penyakit hipertensi dan infark jantung (Purwandari et al., 2022)

Diabetes melitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin dan kedua-duanya gejala dari diabetes melitus yang paling terlihat adalah sering makan (polifagia), sering minum (polidipsi), sering kencing, (poliuria) dan luka lambat sembuh jantung (Hartono & Ediyono, 2024).

Diabetes melitus tipe 2 adalah gangguan metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia (kenaikan kadar glukosa) akibat kurangnya hormon insulin, menurunnya efek insulin atau keduanya. Pada kondisi hiperglikemia dapat melemahkan kapasitas sekresi insulin dan menambah berat resistensi insulin yang dapat mempengaruhi proses metabolik dalam tubuh jantung (Juliani et al., 2024).

Berdasarkan definisi dari para ahli maka penulis menyimpulkan bahwa diabetes melitus tipe 2 adalah gangguan pada pankreas yang tidak mampu memproduksi insulin yang berfungsi untuk menurunkan kadar gula dalam darah sehingga membuat kadar gula dalam darah meningkat (hiperglikemia).

2. Anatomi Fisiologi



(Sumber: (Efliani et al., 2024); Anatomi Pankreas)

a. Anatomi pankreas

Pankreas terletak melintang di bagian atas abdomen atau abdomen dibelakang gaster di dalam ruang retroperitoneal, pancreas adalah bagian dari sistem pencernaan yang membuat dan mengeluarkan enzim pencernaan dalam usus, kepala pankreas terletak dekat kepala duodenum, sedangkan ekornya sampai ke lien (limpa) pankreas mendapat darah dari arteri renalis dan arteri mesenterika superior. Duktus ke duodenum, pankreas menghasilkan dua kelenjar yaitu kelenjar endokrin dan kelenjar eksokrin jantung (Kriswiastiny, 2022)

Pankreas manusia secara anatomi letaknya menempel pada duodenum dan terdapat kurang dari 20.000-1.800.000 pulau langerhans. Dalam pulau langerhans jumlah sel beta normal pada manusia antara 60%-80% dari populasi pulau langerhans. Pankreas berwarna putih keabuan hingga kemerahan. Organ ini merupakan kelenjar majemuk yang terdiri atas jaringan eksokrin dan jaringan endokrin. Jaringan eksokrin menghasilkan enzim-enzim pankreas seperti amylase, peptidase, dan lipase, sedangkan jaringan endokrin menghasilkan hormon, seperti insulin, glukagon, dan somatostatin). Menurut Nugroho, (2021) jaringan penyusun pankreas terdiri dari:

- a. Jaringan eksokrin, berupa sel sekretori yang berbentuk seperti anggur yang disebut sebagai asinus/pancreatic acini merupakan jaringan yang menghasilkan enzim pencernaan ke dalam abdomen
- b. Jaringan endokrin yang terdiri dari pulau-pulau *langerhans*/Islet of *langerhans* yang tersebar di seluruh jaringan pankreas, yang menghasilkan insulin dan glukagon ke dalam darah. Dalam tubuh manusia normal pulau Langerhans menghasilkan empat jenis sel:
 - 1) Sel-sel A (alfa) sekitar 20-40% memproduksi glukagon menjadi faktor hiperglikemik
 - 2) Sel-sel B (beta) sekitar 60-80% fungsinya membuat insulin
 - 3) Sel D (delta) sebagai sekresi somatostatin
 - 4) Sel-sel F1% mengandung dan mensekresi pankreatik polipeptida

Insulin merupakan protein kecil terdiri dari 2 rantai asam amino, satu sama lain dihubungkan oleh ikatan *disulfide*. Sebelum dapat berfungsi ia harus berikatan dengan protein reseptor yang besar dalam membrane sel. Sekresi insulin dikendalikan oleh kadar glukosa darah. Kadar glukosa darah yang berlebihan akan merangsang sekresi insulin dan bila kadar glukosa normal atau rendah maka sekresi insulin berkurang.

b. Mekanisme kerja insulin

- 1) Insulin meningkatkan transport glukosa ke dalam sel/jaringan tubuh kecuali otak, tubulus ginjal, mukosa usus halus dan sel darah merah. Masuknya glukosa adalah suatu proses difusi karena perbedaan konsentrasi glukosa bebas luar sel dalam sel.
- 2) Meningkatnya transport asam amino ke dalam sel
- 3) Meningkatkan sintesis protein di otak dan hati
- 4) Menghambat kerja hormon yang sensitif terhadap lipase, meningkatkan sekresi lipid

- 5) Meningkatkan pengambilan kalsium dari cairan sekresi (Rosliana Dewi et al., 2023).

c. Efek insulin

- 1) Efek insulin pada karbohidrat, glukosa yang diabsorpsi dalam darah menyebabkan sekresi insulin lebih cepat meningkatkan penyimpanan dan penggunaan glukosa dalam hati, meningkatkan metabolisme glukosa dalam otot, meningkatkan transport glukosa melalui membran sel otot.
- 2) Efek insulin pada metabolisme lemak dalam jangka panjang kekurangan insulin menyebabkan aterosklerosis, serangan jantung, stroke dan penyakit vaskuler lainnya. Kelebihan insulin menyebabkan sintesis dan penyimpanan lemak, meningkatkan transport glukosa ke dalam sel, kelebihan ion sitrat dan isositrat. Penyimpanan lemak dalam sel adiposa menghambat kerja lipase yang sensitif hormon dan meningkatkan transport ke dalam sel lemak.
- 3) Efek insulin pada metabolisme protein : transport aktif banyak asam amino ke dalam sel, membentuk protein baru meningkatkan translasi *messenger* RNA, meningkatkan kecepatan transkripsi DNA (Herlina et al., 2021).

Kekurangan insulin dapat menyebabkan kelainan yang dikenal dengan diabetes melitus, yang mengakibatkan glukosa tertahan di luar sel (cairan ekstraseluler) mengakibatkan sel jaringan mengalami kekurangan glukosa/energi dan akan merangsang glikogenolisis di sel hati dan jaringan glukosa akan dilepaskan ke dalam jaringan ekstrasel sehingga terjadi hiperglikemia. Apabila mencapai nilai tertentu sebagian tidak diabsorpsi ginjal, dikeluarkan melalui urine sehingga terjadi glukosuria dan poliuria (Rumatiga, 2022).

Konsentrasi glukosa darah mempunyai efek yang berlawanan dengan sekresi glukagon. Penurunan glukosa darah meningkatkan sekresi glukosa yang rendah. Pankreas mensekresi glukagon dalam jumlah besar. Asam amino dari protein meningkatkan sekresi insulin dan menurunkan glukosa darah. Pada orang normal konsentrasi glukosa darah diatur sangat sempit 90/100 ml, orang yang berpuasa setiap pagi sebelum makan 120/140 mg/100 ml, setelah makan akan meningkat, setelah 2 jam akan kembali ke tingkat normal, sebagian besar jaringan dapat menggeser ke penggunaan lemak dan protein untuk energy bila tidak terdapat glukosa. Glukosa merupakan satu-satunya zat gizi yang dapat digunakan oleh otak, retina dan epitel germinativum (Astuti et al., 2024).

3. Etiologi

a. Diabetes melitus tergantung insulin (DM tipe 1)

1) Faktor genetik

Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe 1 itu sendiri tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik kearah terjadinya diabetes tipe 1, cenderung genetik ini ditentukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA (*Human Leukocyte Antigen*) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen transplantasi oleh imun lainnya cc.

2) Faktor imunologi

Pada diabetes tipe 1 terdapat bukti adanya suatu respon autoimun, ini merupakan respon abnormal dimana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing (Rahma et al., 2022).

3) Faktor lingkungan

Faktor eksternal yang dapat memicu destruksi sel beta pankreas sebagai contoh hasil penyelidikan menyatakan bahwa virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang dapat menimbulkan destruksi sel, beta pankreas. Faktor lingkungan diyakini memicu perkembangan diabetes tipe 1, pemicu tersebut dapat berupa infeksi virus (campak atau koksaki virus B4) atau bahkan kimia beracun, misalnya yang dijumpai daging asap dan awetan. (Ferlitasari et al., 2022)

b. Diabetes melitus tidak tergantung insulin (DM tipe 2)

Secara pasti penyebab dari diabetes melitus tipe 2 ini belum diketahui, faktor genetik diperkirakan memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin. Resistensi ini ditingkatkan oleh kegemukan, tidak beraktivitas, penyakit, obat-obatan dan pertambahan usia. Pada kegemukan insulin mengalami penurunan kemampuan untuk mempengaruhi absorpsi dan metabolisme glukosa oleh hati, otot rangka dan jaringan adiposa. Diabetes melitus tipe 2 yang baru diagnosis sudah mengalami komplikasi.

Menurut Efliani et al. (2024), adapun faktor-faktor diabetes melitus tipe 2 yaitu:

- 1) Riwayat diabetes melitus pada orang tua dan saudara kandung, meski tidak ada kaitan HLA yang teridentifikasi, anak dari penyandang diabetes melitus tipe 2 memiliki peningkatan risiko dua hingga empat kali menyandang diabetes melitus tipe 2 dan 30% resiko mengalami intoleransi aktivitas (ketidakmampuan metabolisme karbohidrat secara normal).
- 2) Kegemukan, didefinisikan kelebihan berat badan minimal 20% lebih dari berat badan yang diharapkan atau memiliki Indeks Massa Tubuh (IMT) minimal 27 kg/m, kegemukan khususnya visceral (lemak abdomen) dikaitkan dengan peningkatan resistensi insulin.

- 3) Hipertensi (140/95 pada dewasa) kolesterol HDL > 35 mg/dl dan atau kadar trigliserida > 250 mg/dl.
- 4) Pada wanita riwayat diabetes melitus gestasional, sindrom ovarium polikistik atau melahirkan bayi dengan berat lebih dari 4,5 kg.
- 5) Nutrisi, faktor penting timbulnya diabetes melitus tipe 2. Gaya hidup yang kebarat-baratan dan santai serta panjangnya angka harapan hidup merupakan faktor-faktor yang meningkatkan prevalensi diabetes melitus.
- 6) Kadar kortikosteroid yang tinggi.

4. Klasifikasi

a. Diabetes melitus tipe 1

Diabetes melitus tipe 1 ditandai dengan destruksi sel beta pankreas akibat faktor genetik, imunologis, dan lingkungan.

b. Diabetes melitus tipe 2

Diabetes melitus tipe 2 ini disebabkan oleh penurunan sensitivitas terhadap insulin atau disebabkan oleh penurunan jumlah insulin yang diproduksi. Hal ini paling sering dialami oleh pasien diatas usia 30 tahun serta pasien yang obesitas.

c. Diabetes melitus gestasional

Diabetes melitus gestasional dapat ditandai dengan adanya intoleransi glukosa selama kehamilan (Efliani et al., 2024).

5. Patofisiologi

Diabetes melitus merupakan suatu sindrom gangguan metabolisme dengan hiperglikemia yang tidak semestinya sebagai akibat suatu defisiensi sekresi insulin atau berkurangnya efektivitas biologi dari insulin atau keduanya. Terdapat beberapa jenis diabetes melitus diantaranya diabetes tipe 1 dan 2, diabetes gestasional dan diabetes melitus tipe lain serta *impaired* glukosa toleransi. Jenis diabetes yang paling sering ditemukan adalah diabetes tipe 1 dan 2.

Diabetes melitus tipe 1 dicirikan dengan hilangnya sel β penghasil insulin pada pulau-pulau Langerhans pankreas sehingga terjadi kekurangan insulin pada tubuh. Pada penderita diabetes melitus tipe 1 ditemukan sekresi glukagon yang berlebihan oleh sel-sel pulau langerhans. Secara normal, hiperglikemia akan menurunkan sekresi glukagon, tapi hal ini tidak terjadi pada penderita diabetes melitus tipe 1, sekresi glukagon akan tetap tinggal walaupun dalam keadaan hiperglikemia (Norma, 2022).

Pada diabetes melitus tipe 2 masalah utama adalah hubungan antara resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Resistensi insulin menunjukkan penurunan sensitivitas jaringan pada insulin. Normalnya insulin mengikat reseptor khusus pada permukaan sel dan mengawali rangkaian reaksi meliputi metabolisme glukosa. Pada diabetes melitus tipe 2, reaksi intraseluler dikurangi sehingga menyebabkan efektivitas insulin menurun dalam menstimulasi penyerapan glukosa oleh jaringan dan pada pengaturan pembebasan oleh hati. mekanisme pasti yang menjadi penyebab utama resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes melitus tipe 2 tidak diketahui. Meskipun faktor genetik berperan utama (Marwati, 2024)

Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah penumpukan glukosa dalam darah, peningkatan sejumlah insulin harus disekresi dalam mengatur kadar glukosa darah dalam batas normal atau sedikit lebih tinggi kadarnya. Namun, jika sel β tidak dapat menjaga dengan meningkatnya kebutuhan insulin, mengakibatkan kadar glukosa meningkat dan diabetes melitus tipe 2 berkembang (Efliani et al., 2024).

6. Manifestasi Klinis

Menurut (Efliani et al., 2024) gejala diabetes melitus dibedakan menjadi akut dan kronik :

a. Gejala akut

Polyphagia (banyak makan), *polidipsi* (banyak minum), *polyuria* (banyak kencing/sering kencing di malam hari), nafsu makan bertambah namun berat badan turun dengan cepat (5-10 kg dalam waktu 2-4 minggu) dan mudah lelah.

b. Gejala kronik

Kesemutan, kulit terasa panas, atau seperti tertusuk-tusuk jarum, rasa kebas di kulit, kram, kelelahan, mudah mengantuk, pandangan mulai kabur, gigi mudah goyah dan mudah lepas, kemampuan seksual menurun, bahkan pada pria bisa terjadi impotensi, pada ibu hamil sering terjadi keguguran atau kematian janin dalam kandungan atau bayi berat lahir 4 kg.

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Sari et al. (2024) menjelaskan bahwa ada beberapa pemeriksaan penunjang untuk membuktikan seseorang benar-benar menderita diabetes melitus yaitu :

a. Tes HbA1C

Tes hemoglobin terglikasi (HbA1C) adalah pengukuran gula darah jangka panjang. Tes diagnosis diabetes melitus ini, memungkinkan dokter tahu berapa rata-rata nilai gula darah dalam beberapa bulan terakhir. Tes diagnosis diabetes melitus ini mengukur persentase gula darah yang terikat dengan hemoglobin. Hemoglobin adalah oksigen pembawa protein dalam sel darah merah, semakin tinggi hemoglobin A1C, semakin tinggi pula tingkat gula darah. Kadar HbA1C 6,5% atau lebih pada tes yang sudah dilakukan lebih dari satu kali menandakan orang yang mempunyai penyakit diabetes.

Sementara hasil antara 5,7-6,4 persen menunjukkan bahwa seseorang masih di tahap pra diabetes. Kadar gula darah normal biasanya berada dibawah 5,7 persen.

b. Tes gula darah puasa

Dokter akan melakukan tes gula darah puasa untuk menegakan diagnosis resiko diabetes melitus. Sampel darah dalam tes diagnosis diabetes melitus ini akan diambil setelah melakukan puasa semalaman (kurang lebih 8 jam). Berikut kategori kadar gula darah menurut tes gula darah puasa untuk menegakan diagnosis diabetes melitus.

- 1) Normal : ≥ 100 mg/dl (5,6 mmol/L)
- 2) Pra diabetes : 100-125 mg/dl (5.6-6.9 mmol/L)
- 3) Diabetes : 126 mg/dl (7 mmol/L) atau lebih

Sejauh ini tes gula darah puasa dianggap sebagai metode diagnosis diabetes melitus yang cukup efektif

c. Tes gula darah sewaktu

Ada beberapa kondisi yang membuat hasil tes HbA1C tidak valid untuk menegakan diagnosis diabetes melitus. Contohnya, apabila tes untuk diagnosis diabetes ini dilakukan pada wanita hamil atau pada orang-orang dengan variasi hemoglobin pada kasus ini tes Gula Darah Sewaktu (GDS) bisa dilakukan untuk diagnosis diabetes melitus.

Tes diagnosis ini bisa dilakukan kapan saja tanpa perlu mempertimbangkan waktu makan terakhir. Namun biasanya tes diagnosis ini dilakukan apabila seseorang sudah memiliki gejala diabetes melitus seperti sering buang air kecil atau kehausan ekstrem. Nilai gula darah dalam tes diagnosis diabetes melitus ini akan ditampilkan dalam bentuk miligram per desiliter (mg/dl) atau milimole per liter (mmol/L). jika hasil tes diagnosis diabetes melitus ini menunjukkan 200 mg/dl (11.1 mmol/L) atau lebih,

artinya gula darah seseorang tinggi dan dia mempunyai diabetes. Sementara jika hasil tes diagnosis diabetes melitus ini menunjukkan angka dibawah 200 mg/dl, artinya kadar gula darah masih di angka normal.

d. Tes toleransi gula darah oral

Seseorang yang menderita diabetes harus puasa dulu selama kurang lebih 8 jam dan setelahnya akan diminta untuk makan seperti biasa. Dokter juga akan memberikan cairan gula selang 2 jam setelah makan, barulah kadar gula darah akan diperiksa. Pada orang yang sehat, kadar gula darah mereka biasanya akan kembali normal setelah 2 jam makan. Sementara jika seseorang punya diabetes kadar gula darah akan tetap tinggi setelah 2 jam makan. Berikut kategori kadar gula darah dari pemeriksaan toleransi gula darah oral untuk menegakkan diagnosis diabetes melitus :

- | | |
|-----------------|---------------------------------|
| 1) Normal | : ≥ 140 mg/dl (7.8 mmol/L) |
| 2) Pre diabetes | : 140-199 mg/dl |
| 3) Diabetes | : 200 mg/dl atau lebih |

8. Penatalaksanaan medis

Menurut Efliani et al. (2024) dalam penatalaksanaan medis ada beberapa obat yang dianjurkan bagi penderita diabetes melitus tipe 2, yaitu :

a. Antibiotik oral

Penatalaksanaan pasien diabetes melitus dilakukan dengan menormalkan kadar gula darah dan mencegah komplikasi. Lebih khusus lagi dengan menghilangkan gejala, optimalisasi parameter metabolik dan mengontrol berat badan. Bagi pasien diabetes melitus tipe 1 penggunaan insulin adalah terapi utama. Indikasi antidiabetik oral terutama ditujukan untuk

penanganan pasien diabetes melitus tipe 2 ringan sampai sedang yang gagal dikendalikan dengan pengaturan asupan energi dan karbohidrat serta olahraga. Obat golongan ini ditambahkan bila setelah 4-8 minggu upaya diet dan olahraga dilakukan, kadar gula darah tetap di atas 200 mg% dan HbA1c di atas 8%. Jadi obat ini bukan menggantikan upaya diet melainkan membantunya. Pemilihan obat anti diabetik oral yang tepat sangat menentukan keberhasilan terapi diabetes. Pemilihan terapi menggunakan anti diabetik oral dapat dilakukan dengan satu jenis obat atau kombinasi. Pemilihan dan penentuan regimen anti diabetik oral yang digunakan harus mempertimbangkan tingkat keparahan penyakit diabetes melitus serta kondisi kesehatan pasien secara umum termasuk penyakit-penyakit lain dan komplikasi yang ada dalam hal ini hipoglikemik oral termasuk golongan sulfonilurea, biguanid, inhibitor alfa glukosidase dan insulin sensitizing.

b. Insulin

Insulin merupakan protein kecil dengan berat molekul 5808 pada manusia. Insulin mengandung 51 asam amino yang tersusun dalam 2 rantai yang dihubungkan dengan jembatan disulfide, terdapat perbedaan asam amino kedua rantai tersebut. Untuk pasien yang tidak terkontrol dengan diet atau pemberian hipoglikemik oral, kombinasi insulin dan obat-obat lain bisa sangat efektif. Insulin kadang kala dijadikan pilihan sementara, misalnya selama kehamilan. Namun pada pasien diabetes melitus tipe 2 yang memburuk, penggantian insulin total menjadi kebutuhan. Insulin merupakan hormon yang mempengaruhi metabolisme protein dan lemak. Fungsi insulin antara lain menaikkan pengambilan glukosa secara oksidatif, menaikkan pembentukan glikogen dalam hati dan otot serta mencegah

penguraian glikogen, menstimulasi pembentukan protein dan lemak dari glukosa.

9. Komplikasi

Menurut Widiyari et al. (2021) komplikasi diabetes melitus dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu :

a. Komplikasi akut

1) Hipoglikemia

Terjadi saat kadar gula darah turun drastis di bawah normal, biasanya akibat overdosis insulin atau obat diabetes, makan terlambat, atau aktivitas fisik berlebihan. Gejala meliputi gemetar, berkeringat, pusing, kebingungan, hingga kehilangan kesadaran dan kejang jika berat

2) *Diabetic Ketoacidosis* (DKA)

Terjadi akibat kekurangan insulin yang menyebabkan tubuh membakar lemak sebagai sumber energi, menghasilkan asam keton yang menumpuk dan menyebabkan asidosis metabolik. Gejala DKA meliputi mual, muntah, nyeri perut, napas cepat dan dalam (napas Kussmaul), bau napas seperti buah, dehidrasi, hingga penurunan kesadaran.

3) *Hyperosmolar Hyperglycemic State* (HHS)

Komplikasi ini lebih sering terjadi pada diabetes tipe 2 dan ditandai oleh kadar gula darah yang sangat tinggi (bisa mencapai >600 mg/dL), tanpa penumpukan keton. Penyebabnya bisa infeksi, penggunaan obat tertentu, atau penyakit lain yang memperberat kondisi. Gejalanya berkembang perlahan selama hari hingga minggu, meliputi:

- a) Kehausan berat dan mulut kering
- b) Sering buang air kecil (poliuria)
- c) Kulit kering dan hangat
- d) Lemas, kelelahan, dan gangguan penglihatan
- e) Kebingungan, halusinasi, hingga penurunan kesadaran atau koma
- f) Demam dan kelemahan anggota tubuh

HHS menyebabkan dehidrasi berat karena kehilangan cairan melalui urine akibat kadar gula tinggi. Jika tidak segera ditangani, dapat menyebabkan komplikasi serius seperti kejang, serangan jantung, stroke, koma dan kematian.

b. Komplikasi kronis

1) Komplikasi makrovaskuler

Kadar gula darah meningkat secara tiba-tiba, dapat berkembang menjadi keadaan metabolisme yang berbahaya, antara lain ketoasidosis diabetik, *Koma Hiperosmolar Non Ketotik* (KHNK) koma lakto asidosis. Gangguan pada pembuluh darah besar menyebabkan terjadinya penyakit arteri koroner, penyakit serebrovaskuler, seperti: penyakit vaskular perifer dan stroke. Stroke terjadi dikarenakan tingginya kadar gula darah sehingga terjadi kerusakan dinding pembuluh darah besar maupun pembuluh darah perifer.

2) Komplikasi mikrovaskuler

Komplikasi mikrovaskuler terutama terjadi pada penderita diabetes melitus tipe 2 neuropati diabetik retinopati (kebutuhan) neuropati dan amputasi. Salah satu risiko komplikasi yang paling umum terjadi adalah luka pada bagian tubuh seperti bokong dan disebut juga

dengan luka dekubitus. Luka dekubitus merupakan luka pada bagian tubuh tertentu seperti bokong dan tungkai bawah penderita diabetes akibat gula darah yang terus menerus tidak terkontrol. Gula darah tinggi menyebabkan lemak menumpuk di dalam pembuluh darah tungkai, sehingga pembuluh darah menyempit dan aliran darah menjadi tidak lancar.

Diabetes melitus dapat menyebabkan masalah yang dapat mempengaruhi tubuh dimana terjadi kerusakan saraf akibat gula darah yang tidak terkontrol. Pada diabetes juga terdapat penyakit vaskular perifer (penyempitan pembuluh darah) yang membuat luka akan menjadi sulit sembuh. Faktor resiko ini dapat mencetuskan terbentuknya luka pada bagian tubuh seperti bokong, yang nantinya menjadi pencetus luka dekubitus.

Komplikasi diabetes melitus, yang sering dijumpai adalah terjadinya luka dekubitus. Luka dekubitus merupakan komplikasi tersering yang dialami pasien diabetes melitus tipe 2 yaitu sekitar (10-60%). Luka dekubitus adalah salah satu bentuk komplikasi kronik diabetes melitus berupa luka terbuka pada permukaan kulit yang dapat disertai adanya kematian jaringan setempat. Untuk mengurangi resiko komplikasi pada penderita diabetes yaitu pengendalian gula darah yang baik, maka perlu melakukan penatalaksanaan holistik meliputi, edukasi atau penyuluhan kesehatan, konsultasi gizi, melakukan aktivitas fisik yang sehat, mengkonsumsi obat-obatan yang dianjurkan dan terus melakukan pemantauan gula darah secara rutin (Efliani et al., 2024).

S

B. Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan adalah penerapan metode pemecahan masalah ilmiah kepada masalah-masalah kesehatan atau keperawatan secara sistematis serta menilai hasilnya. Jadi proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian Kritis

a. Pengkajian primer

Pemeriksaan mengacu pada pengkajian B1-B6 dengan pengkajian fokus ditunjukkan pada gejala yang mungkin muncul pada kasus diabetes melitus tipe 2.

1) B1 (*Breathing*)

Terkadang pada inspeksi bentuk dada simetris, tidak ada retraksi otot bantu napas, terkadang ada yang membutuhkan bantu napas O₂, RR >22x/menit. Pada palpasi data *vocal/fremitus* antara kanan dan kiri sama, mungkin terjadi pernafasan cepat dan dalam, frekuensi meningkat dan nafas bau aseton.

2) B2 (*Blood/Sirkulasi*)

Pada inspeksi penyembuhan luka yang lama. Pada palpasi *ictus cordis* tidak teraba, nadi >84x/menit (bisa juga terjadi takikardia, irama ireguler, CRT kembali <2 detik (bisa terjadi >3 detik dan sianosis), pulsasi kuat lokasi radialis. Pada perkusi suara redup/pekak/dullness, bisa terjadi nyeri dada.

3) B3 (*Brain/Otak*)

Kesadaran bisa baik ataupun menurun, pasien bisa pusing, merasa kesemutan, terkadang ada gangguan memori. Pasien biasanya sering merasa mengantuk, refleks tendon menurun dan penurunan sensasi.

4) W B4 (*Bladder/Perkemihan*)

Meliputi pemeriksaan kebersihan *genetalia*, pasien terkadang terpasang kateter dikarenakan adanya masalah pada saluran kencing seperti oliguria, polidipsia, anuria, oliguria (harus diperhatikan karena menandakan terjadinya hipovolemia berat dan terkait dengan keseimbangan elektrolit terutama pada pasien diabetes melitus dengan gagal ginjal kronik).

5) B5 (*Bowel/Pencernaan*)

Pada inspeksi keadaan mulut mungkin kotor, mukosa bibir kering atau lembab, lidah mungkin kotor, ada atau tidak kesulitan menelan, bisa terjadi mual, muntah, penurunan berat badan, polifagia dan anoreksia. Pada palpasi adakah nyeri abdomen. Pada perkusi didapatkan bunyi timpani. Pada auskultasi terdengar peristaltik usus. Kebiasaan BAB di rumah dan saat masuk rumah sakit, bagaimana konsistensinya, warna, bau, dan tempat yang digunakan.

6) B6 (*Bone/ Tulang dan Integumen*)

Pada inspeksi kulit tampak kotor, observasi keadaan luka, ada pus atau tidak, kedalaman luka, luas luka, kulit atau membran mukosa mungkin kering, ada edema, lokasi, ukuran. Pada palpasi kelembaban kulit, akral hangat, turgor kulit hangat, adakah fraktur atau dislokasi. Kekuatan otot dapat menurun, pergerakan sendi dan tungkai bisa mengalami gangguan dan terbatas.

b. Pengkajian sekunder

Untuk memperoleh data pengkajian digunakan pengkajian pola gordon:

1) Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

Data subjektif: persepsi pasien tentang mempertahankan kesehatannya, kebiasaan yang dapat mempengaruhi kebiasaannya, keluhan utama, riwayat keluhan utama, riwayat penyakit yang pernah dialami, faktor risiko dan faktor genetik.

Data objektif: kebersihan mulut, kulit kepala, kebersihan kulit, hygiene rongga mulut, kebersihan *genetalia* dan anus.

2) Pola nutrisi metabolik

Data subjektif: jenis, frekuensi dan jumlah makanan yang masuk setiap hari, jenis dan jumlah minuman, selera makan berlebih atau berkurang, makanan tambahan (suplemen), jenis makanan yang disukai, kesulitan pada waktu makan, mual, muntah dan kembung, ketaatan terhadap diet, rasa haus dan lapar adalah penurunan berat badan.

Data objektif: jumlah *intake* dan *output*, pemeriksaan fisik seperti keadaan rambut, hidrasi kulit, palpebra dan konjungtiva, sclera, hidung, rongga mulut, gusi, kemampuan mengunyah, lidah, pharing, kelenjar getah bening, kelenjar parotis, abdomen (inspeksi, auskultasi, ikterik, lesi).

3) Pola eliminasi

Data subjektif: perubahan pola berkemih (poliuria, oliguria, anuria, disuria, nokturia, rasa nyeri atau terbakar, kesulitan berkemih, infeksi inkontinensia, pola BAB, frekuensi, karakteristik dan warna.

Data objektif: bentuk feses, konsistensi, warna, jumlah urine, bau endapan, berbusa, encer, warna kuning. Adakah penggunaan kateter, palpasi kandung kemih, nyeri ketuk ginjal, mulut uretra,

anus (peradangan, hemoroid, fistula). Pemeriksaan diagnostik dan terapi yang berhubungan dengan pola eliminasi.

4) Pola aktivitas dan latihan

Data subjektif: kebiasaan sehari-hari, kegiatan olahraga, aktivitas di waktu senggang, keluhan pada pernapasan, keluhan pada jantung seperti berdebar-debar, nyeri dada, rasa lemah badan, letih, sulit bergerak atau berjalan, kram otot, tonus otot menurun.

Data objektif: postur tubuh, gaya jalan, aktivitas seharian, anggota gerak yang cacat, takikardi dan takipnea pada keadaan atau beraktivitas, letargi atau disorientasi, koma, penurunan kekuatan otot.

5) Pola tidur dan istirahat

Data subjektif: jumlah jam tidur (siang dan malam), kebiasaan sebelum tidur, suasana ruangan (gelap dan terang), perasaan saat bangun tidur, gangguan tidur seperti mimpi buruk, sering berkemih, gatal-gatal, nyeri dan sesak napas.

Data objektif: ekspresi wajah mengantuk, banyak menguap, palpebral inferior berwarna gelap, letargi, terapi yang berkaitan dengan pola tidur dan istirahat

6) Pola persepsi dan kognitif

Data subjektif: gangguan penglihatan, rasa tidak nyaman seperti nyeri, kesemutan, gangguan terhadap daya pengenalan lingkungan, orang dan waktu (orientasi), perubahan dalam konsentrasi atau daya ingat.

Data objektif: penggunaan alat bantu, kemampuan berbicara, orientasi atau disorientasi (waktu, tempat, orang) respon non verbal, pemeriksaan fisik meliputi penglihatan, pendengaran, penurunan rasa pada lengan dan tungkai.

7) Pola persepsi dan konsep diri

Data subjektif: konsep diri, (identitas diri, ideal diri, harga diri, citra dan peran diri), kemampuan dalam pengambilan keputusan, pandangan pasien tentang dirinya, masalah finansial yang berhubungan dengan kondisi pasien.

Data objektif: rentang perhatian, kontak mata, postur tubuh, pemeriksaan fisik meliputi kelainan bawaan yang nyata, abdomen dan kulit.

8) Pola peran dan hubungan dengan sesama

Data subjektif: peran dalam keluarga, masyarakat dan lingkungan (konflik atau perpisahan) adalah perasaan keterpisahan atau terisolir.

Data objektif: hubungan dalam berinteraksi dengan anggota keluarga atau orang lain (kooperatif).

9) Pola reproduksi dan seksualitas

Data subjektif: hubungan penyakit dengan masalah seksualitas, gangguan fungsional atau seksualitas (impoten, kesulitan orgasme).

Data objektif: terapi yang berhubungan dengan pola reproduksi dan seksualitas.

10) Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

Data subjektif: mekanisme koping yang digunakan, ungkapan pasien terhadap dirinya, penyesuaian diri terhadap stres.

Data objektif: ansietas dan peka rangsangan.

11) Pola sistem nilai kepercayaan

Data subjektif: ungkapan pasien tentang kebutuhan spiritualitas yang diinginkan atau untuk berdoa

Data objektif: tampak melakukan kegiatan ibadah.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan untuk diabetes melitus menurut buku sistem endokrin Adolph (2021), yaitu:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- c. Keletihan berhubungan dengan status penyakit
- d. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer
- e. Risiko infeksi ditandai dengan faktor resiko penyakit kronis diabetes melitus
- f. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.

3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan

Luaran dan perencanaan diambil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) serta rasional tindakan diambil dari beberapa sumber atau PPNI

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia

SLKI : Kestabilan kadar glukosa darah meningkat (L.03022), dengan kriteria hasil:

- 1) Kesadaran menurun
- 2) Mengantuk cukup menurun
- 3) Pusing cukup menurun
- 4) Letih/lesu cukup menurun
- 5) Mulut kering cukup menurun
- 6) Kadar glukosa dalam darah cukup membaik.

SIKI : Manajemen hiperglikemia (I.03115)

Observasi:

- 1) Monitor kadar glukosa darah

R/ mengetahui penurunan atau peningkatan kadar glukosa darah

- 2) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, dll)

R/ mengetahui tanda peningkatan kadar gula darah dalam tubuh

- 3) Monitor keton urine, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi

- 4) R/ terjadi atau tidak komplikasi ketoasidosis diabetik.

Terapeutik:

- 1) Berikan asupan cairan oral

R/ mempertahankan hidrasi/ volume sirkulasi Edukasi:

- 2) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga

R/ diet dan olahraga dapat membantu dalam

- 3) Proses penyembuhan dan mencegah komplikasi

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian insulin

R/ pemberian insulin berfungsi untuk mempertahankan jumlah 2) glukosa dalam darah tetap normal

- 2) Kolaborasi pemberian cairan IV

R/ untuk memudahkan memberikan tambahan cairan ke pasien.

b. Nyeri akut b/d agen pencedera fisik

SLKI: Tingkat Nyeri menurun (L.0866), dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri cukup menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Kesulitan tidur menurun
- 5) Pola tidur membaik

SIKI: Manajemen Nyeri (I.08238)

Observasi:

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

R/ mengidentifikasi faktor-faktor yang memperkuat nyeri

2) Identifikasi skala nyeri

R/ untuk mengetahui tingkat nyeri

3) Identifikasi respon nyeri non verbal

R/ untuk mengetahui tingkat nyeri.

Terapeutik:

1) Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (relaksasi nafas dalam)

R/ untuk mengurangi nyeri

2) kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

R/ lingkungan yang tenang dapat meningkatkan kenyamanan.

Edukasi:

1) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri

R/ agar pasien dan keluarga dapat secara mandiri melakukan teknik untuk meringankan nyeri yang dirasakan.

Kolaborasi:

1) Kolaborasi pemberian anestetik

R/ analgesik bekerja pada pusat otak lebih tinggi untuk menurunkan persepsi nyeri.

c. Keletihan b/d status penyakit

SLKI: Tingkat Keletihan menurun (L.05046), dengan kriteria hasil:

1) Lesu menurun

2) Sakit kepala menurun

3) Gelisah menurun

4) Frekuensi napas cukup menurun

5) Pola napas cukup membaik.

SIKI: Manajemen Energi (I.05178)

Observasi:

1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

R/ untuk mengetahui penyebab kelelahan

2) Monitor kelelahan fisik dan emosional

R/ Kelelahan fisik dan emosi berlebihan yang berlarut larut harus

segera diatasi, karena bias menghambat Monitor pola dan jam tidur

Terapeutik:

1) Anjurkan tirah baring

R/ tidur yang kurang cukup mengindikasikan tubuh kurang istirahat terhadap kelelahan

2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

R/ mencegah melakukan aktivitas secara bertahap.

Kolaborasi:

1) Kolaborasi dengan ahligizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

R/ nutrisi atau sumber energi dibutuhkan untuk tenaga dalam melakukan aktivitas.

d. Gangguan integritas jaringan b/d neuropati perifer

SLKI: Integritas Kulit dan Jaringan meningkat (L.14125) dengan kriteria hasil:

SIKI: Perawatan Integritas Kulit (I.11353)

Observasi:

1) Identifikasi penyebab gangguan integritas jaringan

2) R/ mendeteksi penyebab dan tindakan yang diberikan dalam perawatan luka.

Terapeutik:

1) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring R/ mencegah tekanan pada kulit

2) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergenik pada kulit sensitif

R/ menjaga kelembaban kulit

Edukasi:

1) Anjurkan minum air yang cukup

R/ meningkatkan metabolisme dan kesehatan kulit.

e. Risiko infeksi ditandai dengan faktor resiko penyakit kronis diabetes melitus

SLKI : Tingkat Infeksi menurun (L.14137), dengan kriteria hasil:

- 1) Demam menurun
- 2) Nyeri cukup menurun
- 3) Nafsu makan cukup mengingat.

SIKI: Perawatan Luka (I.14564)

Observasi:

- 1) Monitor karakteristik luka
R/ mendeteksi tindakan yang cocok dilakukan
- 2) Monitor tanda-tanda infeksi
R/ memantau adanya tanda-tanda infeksi.

Terapeutik:

- 1) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
R/ langkah awal untuk tindakan perawatan luka
- 2) Bersihkan dengan cairan NaCl/ pembersih nontosi
R/ menjaga kelembaban luka
- 3) Pasang balutan sesuai dengan jenis luka
R/ menjaga kebersihan luka.

Edukasi:

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri.

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian antibiotik.

f. Defisit nutrisi b/d peningkatan kebutuhan metabolisme

SLKI: Status Nutrisi membaik (L.03030), dengan kriteria hasil:

- 1) Kekuatan otot mengunyah cukup meningkat
- 2) Kekuatan otot menelan cukup meningkat
- 3) Nafsu makan cukup membaik.

SIKI: Manajemen Nutrisi (I.03119)

Observasi:

- 1) Identifikasi status nutrisi
R/ mengetahui status nutrisi pasien sehingga dapat melakukan intervensi yang tepat
- 2) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis *nutrient*
R/ mencukupi kalori sesuai kebutuhan pasien dan dapat membantu proses penyembuhan
- 3) Monitoring asupan makanan
R/ anoreksia dan kelemahan dapat mengakibatkan penurunan berat badan dan malnutrisi yang serius
- 4) Monitoring berat badan
R/ membantu dalam identifikasi malnutrisi protein kalori pasien.

Terapeutik:

- 1) Fasilitas menentukan pedoman diet
R/ menyesuaikan antara kebutuhan kalori dan kemampuan sel untuk mengambil glukosa.

Edukasi:

- 1) Ajarkan diet yang diprogramkan.

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.

4. Perencanaan pulang (*Discharge Planning*)

Ada beberapa penyuluhan yang perlu diberikan perawat kepada pasien dan keluarga untuk pertimbangan perawatan di rumah, sebagai berikut :

- a) Anjurkan pasien untuk mengikuti pola makan sesuai diet dari dokter yaitu rendah karbohidrat, tinggi protein.
- b) Anjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan rendah gula.
- c) Anjurkan kepada keluarga untuk memberikan motivasi kepada pasien dalam menjalani pengobatannya
- d) Anjurkan untuk mengontrol tekanan darah dan gula darah teratur minimal sekali seminggu
- e) Anjurkan pasien untuk teratur mengkonsumsi obat- obatan yang telah diberikan dokter sesuai dengan dosis yang telah diberikan
- f) Anjurkan pada keluarga agar tidak memberikan makan- makan yang dilarang oleh dokter dan perawat untuk dikonsumsi pasien.
- g) Anjurkan pada keluarga cara merawat luka pada pasien dengan baik dan benar serta pemberian posisi miring kiri – miring kanan (Juliani et al., 2024).

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien atas nama Ny.M umur 59 tahun masuk di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 23 Mei 2025 dan dirawat di ruangan ICU dengan keluhan utama penurunan kesadaran, disertai demam. Kesadaran somnolen, GCS 7 (E3V2M2), Tampak pasien sesak napas, terpasang oksigen nasal kanul 5 liter/menit, terpasang kateter urin dan NGT. Tampak luka dekubitus derajat 3 pada bokong kiri pasien. Sebelumnya pada tanggal 21 Mei 2025 pasien mendapatkan perawatan selama 3 hari di ruang bernadeth 2. Hasil observasi tanda-tanda vital didapatkan TD: 124/77 mmHg, N: 110 x/menit, S: 39,2 °C P: 25 x/menit, SpO₂: 97%. Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan WBC : 11,89 10³/ul, RBC : 3,42 10⁶/ul, HB : 9,2 g/dl, HbA1c 7.7 %, GDS : 312 mg/dL. Hasil Foto Thorax: Bronchopneumonia dextra elevasi dextra (proses intra abdomen) cardiomegaly, elongasi dan dilatasi aorta, atherosclerosis aortae. Pasien diberikan terapi N-ace 1 tab/3x1/oral, Paracetamol 1 tab/3x1/oral, Mersibion 100 mg/24j/IV, Moxifloxacin 400 mg/250 mg /24 j/IV, Aprida 0-0-4 extra/SC, PCT 1 gr/100 ml/12 j/IV, Meropenem 1 gr/12 j/IV, Gentamicin salep 0,1 % 5 g. Berdasarkan data tersebut maka peneliti mengangkat 5 diagnosis yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah, risiko perfusi serebral tidak efektif, bersihan jalan napas tidak efektif, hipertermia, gangguan integritas jaringan. Intervensi yang diberikan manajemen hiperglikemia, manajemen peningkatan tekanan intrakranial, manajemen jalan napas, manajemen hipertermia, perawatan luka. Implementasi yang dilakukan pada Ny.M berdasarkan intervensi keperawatan yang sudah dibuat. Evaluasi keperawatan yang dilakukan setelah 3 hari implementasi.

B. Pengkajian Primer

Identitas Pasien

Nama pasien (initial) : Ny. M

Umur : 59 Tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Tanggal/jam MRS : 23 Mei 2025

Tanggal/jam pengkajian : 23 Mei 2025

Diagnosa medis : DM TIPE II + DEKUBITUS

<i>Breath</i> (B1)	Pergerakan dada	- Simetris kiri dan kanan
	Pemakaian otot bantu napas	- Tidak ada
	Palpasi	- Vocal fremitus tidak dikaji - Nyeri tekan tidak dikaji - Krepitasi tidak dikaji
	Perkusi	- Sonor Lokasi : Thorax kiri - Redup Lokasi : Thorax kanan
	Suara napas	- <i>Wheezing</i> - Lokasi : Paru-paru kanan
	Batuk	- Non Produktif
	Sputum	- Tidak ada sputum
	Alat Bantu Napas	- Nasal kanul 5 liter/menit
	Lain-lain	- RR: 25 x/menit - SpO ² : 97 %

<i>Blood</i> (B2)	Suara jantung	S1 S2 S3 S4 Tunggal ✓ ✓ Gallop ✓ ✓ Murmur Lokasi : Gallop pada ICS 5 katup mitral
	Irama jantung	- Reguler
	CRT	- >3 detik
	JVP	- Tidak ada
	Edema	- Derajat 2 dengan kedalaman 2-4 mm - Lokasi: pada kedua kaki
	EKG	- Sinus takikardia
	Lain – lain	- Tanda-tanda vital TD: 124/77 mmHg N: 110 x/menit S: 39,2 °C P: 25 x/menit SpO ² : 97 % - Hasil pemeriksaan laboratorium WBC 11.89 10 ³ /ul RBC 3.42 10 ⁶ /ul HB 9.2 g/dl

		- GDS 312 mg/.dl
<i>Brain</i> (B3)	Tingkat kesadaran	- Kualitatif : Somnolen - Kuantitatif (GCS): 7 E: 3 M: 2 V: 2
	Reaksi pupil Kanan Kiri	- Isokor Diameter diameter $\pm$ 2,5 mm Diameter diameter $\pm$ 2,5 mm
	Refleks fisiologis	Ekstremitas atas dextra/sinistra - Bisep positif - Trisep positif Ekstremitas bawah dextra/sinistra - Patela (tidak dikaji)
	Refleks patologis	- Babinski positif - Kaku kuduk (tidak dikaji)
	Meningeal	- Tidak dikaji
	Lain-lain	- Foto thorax: Bronchopneumonia dextra Elevasi dextra (proses intra abdomen)

		Cardiomegaly, elongasi dan dilatasi aorta Atherosclerosis aorta - EKG Takikardia
<i>Bladder</i> (B4)	Urin	- Jumlah: 600 cc/8 jam - Warna: kuning
	Kateter	- <i>Foley catheter size 16</i> - Hari ke – 3
	Kesulitan BAK	- Pasien terpasang kateter urine
	Lain-lain	- Kreatinin: 2.43 mg/dL
<i>Bowel</i> (B5)	Mukosa bibir	- Tampak mukosa bibir kering
	Lidah	- Tampak lidah kotor
	Keadaan gigi	- Lengkap, tidak terpasang gigi palsu
	Nyeri telan	- Tidak dapat dikaji
	Abdomen	- Tidak distensi
	Peristaltik usus	- Normal - Nilai: 12 x/menit
	Mual	- Tidak dikaji
	Muntah	- Tidak dikaji
	Hematemesis	- Tidak ada
	Melena	- Tidak melena

	Terpasang NGT	- Tampak terpasang NGT ukuran 16 (Hari kedua)									
	Terpasang <i>colostomy bag</i>	- Tidak terpasang <i>colostomy bag</i>									
	Diare	- Tidak tampak diare									
	Konstipasi	- Tidak tampak konstipasi									
	Asites	- Tidak tampak asites									
	Lain-lain	- Tidak ada									
<i>Bone</i> (B6)	Turgor	- Turgor kulit jelek, kering, tidak elastis									
	Perdarahan kulit	- Tidak tampak perdarahan kulit									
	Icterus	- Tampak tidak ikterus									
	Akral	- Teraba dingin dan pucat									
	Pergerakan sendi	Terbatas <table> <tr> <td></td><td>Kanan</td><td>kiri</td></tr> <tr> <td>Tangan</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr> <td>Kaki</td><td>0</td><td>0</td></tr> </table> Kesimpulan: kekuatan otot lemah		Kanan	kiri	Tangan	0	0	Kaki	0	0
	Kanan	kiri									
Tangan	0	0									
Kaki	0	0									
	Fraktur	- Tidak ada									
	Luka	- Jenis: luka terbuka - Lokasi: bokong kiri									

	Lain-lain	- Tampak luka dekubitus derajat 3 (telah menembus jaringan subkutan) - Aktivitas dibantu perawat dan keluarga
--	-----------	--

C. Diagnosa Keperawatan Primer

B-1 : Bersihan jalan napas tidak efektif

B-2 : Ketidakstabilan kadar glukosa darah
Hipertermia

B-3 : Risiko perfusi serebral tidak efektif

B-4 : Tidak ada masalah keperawatan

B-5 : Tidak ada masalah keperawatan

B-6 : Gangguan integritas jaringan

D. Pengkajian sekunder: (meliputi pengkajian riwayat keperawatan dan *Head To Toe*)

1. Identifikasi

a. Pasien	: Ny. M
Umur	: 59 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Menikah
Jumlah anak	: 6 Orang
Agama/ suku	: Islam/ Bugis
Warga negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT
Alamat	: Bontotangnga VIII

b. Penanggung Jawab

Nama	: Ny. R
Umur	: 24 Tahun
Alamat	: Gontang
Hubungan dengan pasien	: Anak

2. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk	: Diabetes Melitus Tipe II
Saat pengkajian	: Diabetes Melitus + Luka Dekubitus

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

keadaan pasien : Pasien tampak sakit berat

Alasan : Tampak pasien sesak nafas, terpasang oksigen nasal kanul 5 liter, infus Nacl 0,9% / 8 jam 500 cc, terpasang

kateter urin, terpasang selang NGT, tampak pasien terbaring lemah diatas tempat tidur dan terpasang monitor.

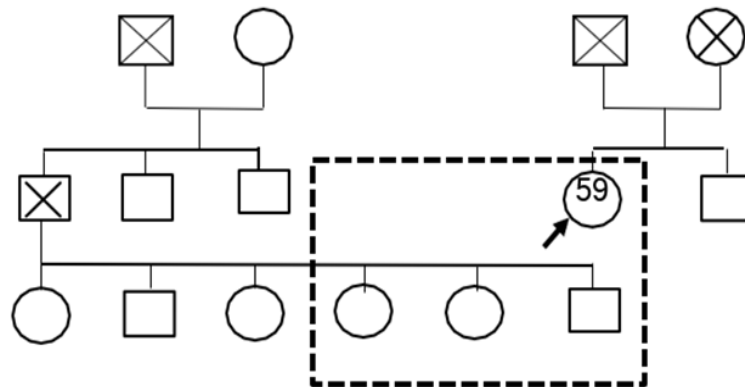
b. Tanda – tanda Vital

1) Kesadaran (kualitatif)	: Somnolen
2) Skala Koma Glasgow (kuantitatif)	
Respon motorik	: 2
Respon bicara	: 2
Respon membuka mata	: 3
Jumlah	: 7
3) Tekanan darah	: 124/77 mmHg
MAP	: 93 mmHg
4) Suhu	: 39,2 °C
5) Pernapasan	: 25 x/menit
Irama	: Takipnea
Jenis	: Dada
6) Nadi	: 110 x/menit
Irama	: Takikardia

c. PENGUKURAN

1) Lingkar lengan atas	: 38 cm
2) Tinggi badan	: 156 cm
3) Berat badan	: 50 kg
IMT	: 20,5 kg/m ² (normal)

d. GENOGRAM



Keterangan :



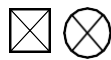
: Laki-laki



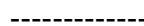
: Perempuan



: Pasien



: Meninggal



: Serumah

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan kesehatan adalah hal yang cukup penting. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien jarang berolahraga dan tidak suka mengonsumsi buah-buahan, serta makanan berserat (sayur-sayuran). Keluarga mengatakan pasien sudah mengetahui bahwa dirinya menderita penyakit Diabetes Melitus sejak 4 tahun yang lalu dan penyakit hipertensi. Pasien juga jarang melakukan kontrol kesehatan tidak mengonsumsi obat secara teratur.

2) Riwayat penyakit saat ini

a) Keluhan utama :

Kesadaran menurun

b) Riwayat keluhan utama :

Pasien masuk di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 21 Mei 2025 dengan sesak napas, demam, lemas dan BAB encer sejak 2 minggu yang lalu sebelum masuk rumah sakit. Kemudian pasien di rawat di ruang Bernadeth 2 selama 3 hari. Pada tanggal 23 Mei 2025 pasien masuk icu dengan keluhan penurunan kesadaran, somnolen, GCS 7 (E3V2M2), Tampak pasien sesak napas, terpasang oksigen nasal kanul 5 liter/menit, terpasang kateter urine dan NGT.

3) Riwayat penyakit terdahulu

Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit Diabetes Melitus, Hipertensi, Asam Urat dan Kolesterol

4) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan ibu pasien memiliki riwayat penyakit Diabetes melitus

5) Pemeriksaan fisik

a) Kebersihan rambut : Tampak kotor, sedikit beruban

b) Kebersihan kulit : Tampak kotor, tidak ada lesi
kepala dan benjolan

c) Kebersihan kulit : Tampak bersih

d) Hygiene rongga : Tampak kotor
mulut : Tidak dikaji

e) Kebersihan genetalia : Tampak bersih

f) Kebersihan anus : Tidak tampak hemoroid

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien makan 3x dalam sehari dengan menu nasi, sayur dan ikan/daging secukupnya, serta biasanya mengkonsumsi air putih 5-6 gelas perhari. Keluarga pasien mengatakan makanan kesukaan pasien coto, bakso, ikan bakar dan palu basa. Keluarga mengatakan di sekitar rumah pasien terdapat banyak warung makanan sehingga pasien sering berbelanja makanan yang manis-manis dan mengandung olahan daging.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien makan melalui selang NGT, dengan diet 1200 kalori, pasien diberikan susu 80 cc (2x200 cc) dan bubur 200 cc (3x50 cc).

3) Observasi

Tampak pasien terpasang NGT dengan ukuran 16 , terpasang infus NaCl 0,9%/21 tts/mnt.

4) Pemeriksaan fisik

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| a) Keadaan rambut | : Tampak kotor |
| b) Hidrasi kulit | : CRT >3 detik |
| c) Palpebra/konjungtiva | : Tampak tidak edema/tidak anemis |
| d) Sclera | : Ikterik |
| e) Hidung | : Bersih, tidak ada polip |
| f) Rongga mulut | : Tampak kotor |
| g) Gusi | : Tidak ada peradangan |
| h) Gigi | : Tampak kotor |
| i) Kemampuan mengunyah keras: | Tidak dikaji |
| j) Lidah | : Tampak kotor |
| k) Pharing | : Tidak ada peradangan |

- l) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
- m) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran
- n) Abdomen
 - Inspeksi : Tidak ada benjolan
 - Auskultasi : Peristaltik usus 12x/menit
 - Palpasi : Tidak ada benjolan
 - Perkusi : Terdengar tympani
- o) Kulit
 - Edema : Pada kedua kaki, derajat 2
 - Icterus : Tidak ada
 - Tanda-tanda radang : Tidak ada
 - Lesi : Tidak ada

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien mampu BAB dan BAK, 2-3 kali dalam sehari dengan konsistensi BAB lunak, BAK lancar. Sebelum sakit pasien tidak ada keluhan apapun mengenai masalah perkemihan

2) Keadaan sejak sakit

Pasien menggunakan pampers dan BAB setiap hari dengan konsistensi lunak.

3) Observasi

Tampak terpasang kateter urine ukuran 16, produksi urin ada dengan jumlah urine 600 cc/8 jam, berwarna kuning pekat.

4) Pemeriksaan fisik

- a) Peristaltik usus : 12 x/menit
- b) Palpasi kandung kemih : Kosong
- c) Nyeri ketuk ginjal : Tidak dikaji
- d) Mulut uretra : Tidak dikaji

e) Anus

Peradangan	: Tidak ada peradangan
Hemoroid	: Tidak ada hemoroid
Fistula	: Tidak ada fistula

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien adalah seorang ibu rumah tangga. Aktivitas yang biasa pasien lakukan yaitu membersihkan rumah, mencuci dan memasak. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah berolahraga dan jika ada waktu senggang pasien hanya menonton tv dan berkumpul bersama keluarga atau tetangga di sekitaran rumah

2) Keadaan sejak sakit

Selama di rumah sakit pasien mengalami penurunan kesadaran dan tidak melakukan aktivitas.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur, semua aktivitas pasien dibantu perawat dan keluarga.

a) Aktivitas harian:

- Makan
- Mandi
- Pakaian
- Kerapihan
- Buang air besar
- Buang air kecil
- Mobilisasi ditempat tidur

Keterangan
0 : mandiri
1 : bantuan dengan alat
2 : bantuan orang
3 : bantuan alat dan orang
4 : bantuan penuh

b) Postur tubuh : Tidak dikaji

- c) Gaya jalan : Tidak dikaji
- d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada
- e) Fiksasi : Tidak ada
- f) Tracheostomy : Tampak tidak terpasang
- 4) Pemeriksaan fisik
 - a) Tekanan darah : 124/77 mmHg
 - b) HR : 110 x/menit
 - c) Kulit : Keringat dingin dan pucat
 - d) JVP : 5-2 cmH₂ (memadai)
 - e) Perfusi pembuluh Kapiler kuku: >3 detik
 - f) Thorax dan pernapasan
 - Inspeksi
 - Bentuk thorax : Simetris
 - Retraksi intercostal : Tidak ada
 - Sianosis : Tidak sianosis
 - Stridor : Tidak ada
 - Palpasi
 - Vocal fremitus : Tidak dikaji
 - Krepitasi : Tidak ada
 - Perkusi : Sonor
 - Lokasi : Lapang paru kiri
 - Auskultasi
 - Suara napas : Wheezing
 - Suara ucapan : Tidak dikaji
 - g) Jantung
 - Inspeksi
 - Ictus cordis : Tidak ada
 - Palpasi
 - Ictus cordis : ICS 5 midclavicularis sinistra
 - Perkusi
 - Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung: ICS 5 linea medioclavicularis sinistra

Batas kanan jantung : ICS 2 linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS 6 linea axillaris anterior sinistra

- Auskultasi

Bunyi jantung II A : Tunggal ICS 2 linea sternalis

Bunyi jantung II P : Tunggal ICS 3 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : Tunggal ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : Tunggal ICS 5 mid clavicularis sinistra

Bunyi jantung III Gallop : Ada

Murmur : Tidak ada

Bruit : aorta : Tidak terdengar

A.Renalis : Tidak terdengar

A.Femoralis : Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : Negatif

- Rentang gerak

Kaku sendi : Tidak dikaji

Nyeri sendi : Tidak dikaji

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

- Uji kekuatan otot :

	Kanan	Kiri
Tangan	0	0
Kaki	0	0

Kesan: Pasien mengalami penurunan kesadaran

Keterangan:

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibanding sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu menahan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Reflex fisiologi : Positif
- Reflex patologi : Positif
- *Clubbing* jari : Tidak ada
- Varises tungkai : Tidak ada
- Columna vertebralis : Tidak dikaji

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan sebelum sakit pola tidur pasien baik, dalam sehari pasien tidur 7-8 jam. Pasien tidur pada siang hari sekitar 3-4 jam.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengalami penurunan kesadaran

Ekspresi wajah mengantuk : Tidak dikaji

Banyak menguap : Tidak dikaji

Palpebra inferior berwarna gelap : Positif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan, pasien mampu mendengar dengan baik dan mengenali lingkungan sekitar

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengalami penurunan kesadaran

3) Observasi

Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran yaitu somnolen, GCS : 7 (M2V2E3)

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

Kornea : Tampak jernih

Pupil : Isokor

Lensa mata : Tampak jernih

Tekanan intraokular (TIO) : Kiri dan kanan sama

b) Pendengaran

Pina : Simetris kiri dan kanan

Kanalis : Tampak kotor

Membrane tympani : Tampak utuh.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien aktif dalam berkomunikasi dengan keluarga maupun orang-orang disekitarnya.

2) Keadaan sejak sakit

Tidak dikaji, pasien mengalami penurunan.

3) Observasi

- Kontak mata : Tidak dikaji

- Rentang perhatian : Tidak dikaji

- Suara dan cara bicara : Tidak dikaji

- Postur tubuh : Tidak dikaji

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada

b) Bentuk/ postur tubuh : Tidak dikaji

c) Kulit : Kering dan tidak elastis.

h. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien merupakan seorang ibu, tinggal bersama 3 anaknya dan cucunya sedangkan suami pasien sudah meninggal.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien ditemani oleh anak-anaknya.

3) Observasi

Tampak pasien dikunjungi oleh saudara dan juga kerabat.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

2) Keadaan sejak sakit

Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

1) Keadaan sebelum sakit

Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

2) Keadaan sejak sakit

Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien beragama islam, sebelum sakit pasien selalu melaksanakan sholat 5 waktu.

2) Keadaan sejak sakit

Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

PEMERIKSAAN PENUNJANG:

1. Pemeriksaan Laboratorium

PARAMETER	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
HEMATOLOGI Hematologi Rutin			
WBC	H 11.89	$10^3/\mu\text{L}$	4.79-11.34
RBC	L 3.42	$10^6/\mu\text{L}$	4.00-5.50
HB	L 9.2	g/dL	10.8-14.9
HCT	27.2	%	34.0-45.1
MCV	79.5	fL	71.8-92.0
MCH	26.9	Pg	22.6-31.0
MCHC	33.8	g/dL	30.8-35.2
PLT	441	$10^3/\mu\text{L}$	150-450
RDW-CV	13.7	%	11.3-14.6
PDW	10.8	fL	9.0-13.0
MPV	9.8	fL	7.2-11.1
P-LCR	22.6	%	15.0-25.0
Hitung jenis			
NEUT#	H 9.79	$10^3/\mu\text{L}$	2.72-7.53
LYMPH#	1.51	$10^3/\mu\text{L}$	1.46-3.73
MONO#	0.57	$10^3/\mu\text{L}$	0.33-0.91

EO#	L 0.00	10 ³ /ul	0.04-0.43
BASO#	0.02	10 ³ /ul	0.02-0.09
IG#	0.05	10 ³ /ul	
NEUT%	H 82.3	%	42.5-72.0
LYMPH%	L 12.7	%	20.40-44.60
MONO%	4.8	%	3.60-9.90
EO%	L 0.0	%	0.7-5.4
BASO%	0.2	%	0.00-1.00
IG%	0.4	%	0-72

2. Pemeriksaan Kimia Darah

PARAMETER	HASIL	SATUAN
KIMIA DARAH		
HbA1c	H 7.7	%
Ureum Darah	H 108.4	mg/dL
Kreatinin Darah	H 2.29	mg/dL
eGFR	24	ml/min/1.73m ²
IMUNOLOGI		
Anti Salmonella Typhi IgM	*Positif	
Dengue Antigen NS1	Negatif	
ELEKTROLIT		

Natrium Darah	143	mmol/L
Kalium Darah	3.8	mmol/L
Klorida Darah	107	mmol/L

3. Pemeriksaan Laboratorium Urine

PARAMETER	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
URINALISA			
Urine rutin			
Makroskopis			
Warna	Kuning		Kuning Muda
Kejernihan	*Keruh		Jernih
Kimia urine			
Berat Jenis	H 1.030		1.003-1.29
pH	5.0		4.8-7.4
Leukosit Esterase	++ 75	WBC/ul	Negatif
Nitrit	Negatif		Negatif
Protein Urin	++++ 10000	mg/dL	Negatif
Glukosa Urin	+ 250	mg/dL	Negatif
Keton	Negatif	mg/dL	Negatif
Urobilinogen	Normal	mg/dl	Normal
Bilirubin	Negatif	mg/dL	Negatif

Eritrosit	++ 50	RBC/ul	Negatif
Makroskopis			
Eritrosit Sedimen	19-20	/LPB	0-2 /LPB
Leukosit Sedimen	*PENUH	/LPB	0-5 /LPB
Epitel	+		
Bakteri	*Positif	/LPB	0 /LPB

4. Pemeriksaan Foto Thorax

Kesan:

Bronchopneumonia dextra

Elevasi diafragma dextra (proses intra abdomen)

Cardiomegaly, elongasi dan dilatasi aorta

Atherosclerosis aorta.

5. Terapi Obat

- a. N-ace 1 tab/3x1/oral
- b. Paracetamol 1 tab/3x1/oral
- c. Mersibion 100 mg /24 j/IV
- d. Moxifloxacin 400 mg/250 mg /24 j/IV
- e. Aprida 0-0-4 extra/SC
- f. PCT 1 gr/100 ml /12 j/IV
- g. Meropenem 1 gr/12 j/IV
- h. Gentamicin salep 0,1 % 5 g.

E. ANALISA DATA PRIMER

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	DS : - Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat DM selama $\pm$ 5 tahun - Keluarga pasien mengatakan pasien dingin dan pucat - Keluarga pasien mengatakan kedua kaki pasien bengkak DO : - Tampak kesadaran pasien menurun GCS 7 (Somnolen) E: 3, M: 2, V: 2 - Tampak mulut pasien kering - Tampak CRT >3 detik - Teraba nadi perifer meningkat/cepat :110 x/menit - Tampak turgor kulit menurun - Hasil Lab: - GDS: 312 gd/dl - GDP/ 8 Jam 195 - Glukosa urine +250 - HbA1c 7.7 %	Hiperglikemia	Ketidakstabilan kadar glukosa darah

2	DS: - DO: - Pasien mengalami penurunan kesadaran - Tampak pasien GCS 7 (Somnolen) E: 3, M: 2, V: 2 - Tanda-tanda vital: TD: 124/77 mmHg N: 110 x/menit	Aterosklerosis aorta	Risiko perfusi serebral tidak efektif
3	DS: - DO: - Tampak pasien sesak napas - Terdengar suara napas tambahan : wheezing - RR : 25 x/menit - SpO₂: 97 % - Hasil foto thorax: bronchopneumonia dextra	Spasme jalan napas	Bersihkan jalan napas tidak efektif
4	DS: DO: - Tampak pasien lemas - Akral teraba dingin - Hasil observasi: Nadi: 110 x/menit Suhu: 39,2 °C	Proses penyakit	Hipertermia

ANALISA DATA SEKUNDER

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	DS: - Keluarga mengatakan luka pasien dialami dirawat di rumah sakit sebelumnya DO: - Tampak Luka dekubitus pada bokong dengan derajat III - Luka dekubitus tampak kemerahan, berbau, suhu kulit di sekitar area luka terasa hangat - Tampak kulit pasien kering dan pucat - CRT >3 detik	Neuropati perifer	Gangguan integritas jaringan

F. DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Diagnosis keperawatan
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia
2	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko aterosklerosis aorta
3	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas
4	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
5	Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer

G. INTERVENSI KEPERAWATAN

SDKI	SLKI	SIKI
Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil (L.03022): 1. Kesadaran meningkat 2. Mulut kering menurun 3. Kadar glukosa dalam darah membaik 4. Kadar glukosa dalam urine membaik	Manajemen hiperglikemia (I.03115) Observasi - Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia - Monitor kadar glukosa darah - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) - Monitor intake dan output cairan Edukasi - Ajarkan pengelolaan diabetes pada keluarga (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan,

		penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan Kolaborasi - Kolaborasi pemberian insulin Apidra 4 unit - Kolaborasi pemberian cairan NaCl 0,9 % 21 tpm.
Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko aterosklerosis aorta	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil (L.02014): 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Nilai rata-rata tekanan darah membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325) Observasi - Monitor tanda / gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) - Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>)

		Terapeutik - Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.
Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan bersihan jalan napas membaik dengan kriteria hasil (L.01004): 1. Wheezing menurun 2. Dispnea membaik 3. Frekuensi napas membaik 4. Pola napas membaik	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Observasi: - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) - Monitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronkhi) Terapeutik: - Berikan oksigen 5 liter/menit via nasal kanul Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik (N-Ace 3 x 1 tab via NGT).

Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil (L.14134): 1. Pucat menurun 2. Takikardia menurun 3. Takipnea menurun 4. Suhu tubuh membaik 5. Suhu kulit membaik 6. Kadar glukosa darah membaik 7. Pengisian kapiler membaik	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi - Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) - Monitor suhu tubuh Terapeutik - Sediakan lingkungan yang dingin - Longgarkan atau lepaskan pakaian Kolaborasi - Kolaborasi pemberian cairan (NaCl 0.9% 21 tts/mnt).
---	---	--

Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Elastisitas kulit meningkat 2. Hidrasi meningkat 3. Kerusakan jaringan menurun 4. Kerusakan lapisan kulit menurun 5. Kemerahan menurun 6. Suhu kulit membaik	Perawatan Luka (I.14564) Observasi - Monitor karakteristik luka(mis. drainase, warna, ukuran, bau) - Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik - Lepaskan balutan dan pelster secara perlahan - Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan - Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu - Pasang balutan sesuai jenis luka - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
--	---	--

		- Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam (pemberian EBN alih baring) (Herly et al., 2021) Kolaborasi - Kolaborasi pemberian antibiotik Meropenem 1 gr/12 j/IV Gentamicin salep 0,1 % 5 g Moxifloxacin 1 botol/24 j/IV.
--	--	--

H. TINDAKAN KEPERAWATAN

Hari/ Tanggal	DP	Waktu	Implementasi Keperawatan	Perawat
Jumat 23/05/2025		08.30	Mengobservasi TTV Hasil: - TD: 124/77 mmHg N: 110 x/menit S: 39,2 °C P: 25 x/menit SpO ² : 97 %	Perawat Anastasia
		08.35	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil: - Keadaan umum pasien tampak lemah - Kesadaran somnolen - Terpasang infus, O2 nasal kanul, NGT, kateter - Memberikan injeksi apirida 4 unit	
		08.41	Mengontrol kadar gula darah dalam tubuh Hasil: - GDS: 470 mg/dl	
		08.55	Kolaborasi pemberian insulin Hasil: - Pemberian insulin Apidra 4 unit	

	II	09.00	Memonitor tanda / gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) Hasil: - TD: 124/77 mmHg - N: 110 x/menit - Kesadaran menurun (somnia)	Lifa
	II	09.05	Memonitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) Hasil: - 93 mmHg	Lifa
	II	09.10	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: Pasien mendapat perawatan di ruang <i>Intensive Care Unit</i> dengan lingkungan yang tenang	Lifa
	III	09.15	Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Hasil: - Frekuensi napas : 25 x/menit - Takipnea	Lifa

	III	09.20	Memonitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronkhi) Hasil: - Terdengar bunyi wheezing	Lifa
	III	09.25	Memberikan oksigen 5 liter/menit via nasal kanul Hasil: - Saturasi oksigen pasien meningkat 98% - Tampak sesak berkurang	Lifa
	III	09.30	Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik (N-Ace 3 x 1 tab via NGT) Hasil: - Pasien tidak mampu mengeluarkan lendir karena penurunan kesadaran	Lifa
	IV	09.35	Mengidentifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) Hasil: - Pasien demam karena adanya infeksi	Yud
	IV	09.40	Memonitor suhu tubuh	

			Hasil: - Suhu: 39,2 °C - Diberikan paracetamol 1 g 100 ml/ 12 j/IV	Yud
	IV	09.45	Menyediakan lingkungan yang dingin Hasil: - Lingkungan pasien dingin dengan penggunaan AC	Yud
	IV	09.50	Melonggarkan atau lepaskan pakaian Hasil: - Pasien menggunakan pakaian berbahan longgar yang telah disediakan rumah sakit	Yud
	IV	09.55	Kolaborasi pemberian cairan Hasil: - NaCl 0.9% 21 tts/mnt	Yud
	V	10.00	Melepaskan balutan dan plester secara perlahan, Membersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik Hasil: - Membuka balutan plester sebelumnya secara perlahan - Tampak luka luas, basah, kemerahan, edema dan kulit area luka masih teraba hangat	Yud

			- Luka dekubitus pada bokong kiri dibersihkan dengan NaCl 0,9 %	
	V	10.06	Memonitor karakteristik luka(mis. drainase, warna, ukuran, bau) Hasil: - Luka pasien tampak luas, basah, kemerahan, edema dan kulit area luka masih terasa hangat	Yud
	V	10.12	Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: - Tampak kemerahan, kerusakan jaringan, dan berbau	Yud
	V	10.17	Memberikan salep yang sesuai ke kulit/lesi Hasil: - Diberikan salep gentamicin 0,1 % sebagai antibiotik untuk mengobati infeksi pada luka pasien	Yud
	V	10.22	Memasang balutan sesuai jenis luka dan mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka Hasil: - Luka ditutup dengan menggunakan balutan dan kassa - Perawat menggunakan alat steril saat melakukan perawatan luka	Yud

	V	10.27	Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase Hasil: - Balutan diganti setiap pagi hari	Yud
	V	10.32	Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam Hasil: - Pasien diberikan posisi alih baring setiap 2 jam	Yud
	V	10.40	Kolaborasi pemberian antibiotik Hasil: - Moxifloxacin 400 mg/250 mg /24j /IV - Meropenem 1 gr/12 j/IV - Gentamicin salep 01 % 5 g	Yud
	I	11.05	Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia Hasil: - Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit DM sejak 4 tahun tetapi pasien kurang memperhatikan kesehatan dirinya dan juga tidak mengatur pola makannya	Lifa
	I	11.15	Mengajarkan pengelolaan diabetes pada keluarga (mis. penggunaan	Lifa

			insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan Hasil: - Keluarga pasien mengatakan mengerti dengan cara penggunaan insulin	
	I	13.00	Memonitor kadar glukosa darah Hasil: - GDS: 312 mg/dl	Lifa
	I	13.15	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) Hasil: - Pasien mengalami penurunan kesadaran - Urine pasien 600 / 8 jam	Lifa
	I	13.30	Memonitor intake dan output cairan Hasil: Balance: CM (CK+IWL) Intake - Bubur 200 cc - Nacl 500 cc - Susu 80 cc - Air 20 cc	Lifa

	I	13.50	(Obat) - Citicoline 2 cc - PCT 10 cc - Moxifloxacin 250 cc - Meropenem 10 cc CM total : 1.072.04 Output - Urine 600 cc $IWL = 15 \times BB = 15 \times 50 = 750$ (Demam : $39,2^{\circ}\text{C}$) $IWL + 200 (ST - 36,8^{\circ}\text{C})$ $= 750 + 200 (39,2^{\circ}\text{C} - 36,8^{\circ}\text{C})$ $= 750 + 200 (2,4)$ $= 750 + 480$ $= 1.230$ CK total = $600 + 1.230 = 1.830$ Balance: CM-CK total = $1.072,04 - 1.830 = -$ 757,96 cc Kolaborasi pemberian cairan Hasil: - Pemberian cairan intravena NaCl 0,9 % dengan 21 tpm	Lifa
--	---	-------	---	------

Sabtu 24/05/2025		08.00	Mengobservasi TTV Hasil: - TD: 113/70 N: 76 x/menit S: 37,2 °C P: 22 x/menit SpO ₂ : 97 %	Lifa
	II	08.07	Memonitor tanda / gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) Hasil: - TD: 113/70 mmHg N: 76 x/menit Kesadaran menurun (somnia)	Lifa
	II	08.12	Memonitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) Hasil: - 84 mmHg	Lifa
	II	08.18	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: Pasien mendapat perawatan di ruang <i>Intensive Care Unit</i> dengan lingkungan yang tenang	Lifa

	III	08.24	Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Hasil: - Frekuensi Napas : 22 x/menit - Takipnea	Lifa
	III	08.31	Memonitor bunyi napas tambahan (mis, <i>gurgling</i>, <i>mengi</i>, <i>wheezing</i>, <i>ronkhi</i>) Hasil: - Terdengar bunyi <i>wheezing</i>	Lifa
	III	08.37	Memberikan oksigen 5 liter/menit via nasal kanul Hasil: - O2 Nasal kanul 5 ltp	Lifa
	III	08.45	Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik Hasil: - N-Ace 3 x 1 tab via NGT	Lifa
	IV	08.52	Mengidentifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) Hasil: - Pasien demam karena adanya infeksi	Yud

	IV	09.00	Memonitor suhu tubuh Hasil: - Suhu: 37,2 °C - Diberikan PCT tab/3x1/NGT	Yud
	IV	09.10	Menyediakan lingkungan yang dingin Hasil: - Lingkungan pasien dingin dengan penggunaan AC	Yud
	IV	09.17	Melonggarkan atau lepaskan pakaian Hasil: - Pasien menggunakan pakaian berbahan longgar yang telah disediakan rumah sakit	Yud
	IV	09.24	Kolaborasi pemberian cairan Hasil: - NaCl 0.9% 21 tts/mnt	Yud
	V	10.00	Melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik Hasil: - Membuka balutan plester sebelumnya secara perlahan - Luka pasien tampak luas, basah, kemerahan, edema dan kulit area	Yud

			luka masih terasa hangat	
	V	10.08	- Luka dekubitus pada bokong kiri dibersihkan dengan NaCl 0,9 % Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) Hasil: - Luka pasien tampak luas, basah, kemerahan, edema dan kulit area luka masih terasa hangat	Yud
	V	10.16	Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: - Tampak kemerahan, kerusakan jaringan, dan berbau	Yud
	V	10.24	Memberikan salep yang sesuai ke kulit/lesi Hasil: - Diberikan salep gentamicin 0,1 % sebagai antibiotik untuk mengobati infeksi pada luka pasien	Yud
	V	10.32	Memasang balutan sesuai jenis luka dan mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka Hasil: - Luka ditutup dengan menggunakan balutan dan kassa - Perawat menggunakan alat steril saat melakukan perawatan luka	Yud

	V	10.40	Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase Hasil: - Balutan diganti setiap pagi hari	Yud
	V	10.48	Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam Hasil: - Pasien diberikan posisi alih baring setiap 2 jam	Yud
	V	10.56	Kolaborasi pemberian antibiotik Hasil: - Moxifloxacin 400 mg/250 mg /24j/IV - Meropenem 1 gr/12 j/IV - Gentamicin salep 01 %/5 g	Yud
	I	11.15	Mengajarkan pengelolaan diabetes pada keluarga (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan Hasil: - Keluarga pasien mengatakan mengerti dengan cara penggunaan insulin	Lifa

	I	11.23	Memonitor kadar glukosa darah Hasil: - GDS: 308 mg/dl	Lifa
	I	01.00	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) Hasil: - Pasien mengalami penurunan kesadaran - Urine pasien 300 /8 jam	Lifa
	I	13.10	Memonitor intake dan output cairan Hasil: Balance: CM (CK+IWL) <i>Intake</i> - Bubur 200 cc - Nacl 500 cc - Susu 80 cc - Air 20 cc (Obat) - Citicoline 2 cc - Moxifloxacin 250 cc - Meropenem 10 cc CM total : 1.062 cc <i>Output</i> - Urine 300 cc	Lifa

			- TD: 131/76 mmHg N: 90 x/menit Kesadaran menurun (somnia)	
	II	08.20	Memonitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) Hasil: - 94 mmHg	Yud
	II	08.25	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: Pasien mendapat perawatan di ruang <i>Intensive Care Unit</i> dengan lingkungan yang tenang	Yud
	III	08.30	Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Hasil: - Frekuensi napas: 22 x/menit - Takipnea	Lifa
	III	08.35	Memonitor bunyi napas tambahan (mis, <i>gurgling, mengi, wheezing, ronkhi</i>) Hasil: - Terdengar bunyi <i>wheezing</i>	Lifa

	III	08.40	Memberikan oksigen 5 liter/menit via nasal kanul Hasil: - O2 Nasal kanul 5 ltp	Lifa
	III	08.50	Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik Hasil: - N-Ace 3 x 1 tab via NGT	Lifa
	IV	09.00	Mengidentifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) Hasil: - Pasien demam karena adanya infeksi	Lifa
	IV	09.10	Memonitor suhu tubuh Hasil: - Suhu: 36,2 °c	Lifa
	IV	09.20	Menyediakan lingkungan yang dingin Hasil: - Lingkungan pasien dingin dengan penggunaan AC	Lifa
	IV	09.25	Melonggarkan atau lepaskan pakaian Hasil: - Pasien menggunakan pakaian	Lifa

			berbahan longgar yang telah disediakan rumah sakit	
	IV	09.30	Kolaborasi pemberian cairan Hasil: - NaCl 0.9% 21 tts/mnt	Yud
	V	10.05	Melepaskan balutan dan plester secara perlahan dan membersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik Hasil: - Membuka balutan plester sebelumnya secara perlahan - Tampak kemerahan, edema, kerusakan jaringan pada luka pasien mulai membaik dari sebelumnya - Luka dekubitus pada bokong kiri dibersihkan dengan Nacl 0,9 %	Yud
	V	10.10	Memonitor karakteristik luka(mis. drainase, warna, ukuran, bau) Hasil: - Kemerahan, edema, Kerusakan jaringan pada luka pasien mulai membaik - Kulit area luka masih teraba hangat	Yud

	V	10.15	Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: - Tampak kemerahan, kerusakan jaringan mulai berkurang	Yud
	V	10.20	Memberikan salep yang sesuai ke kulit/lesi Hasil: - Diberikan salep gentamicin 0,1 % sebagai antibiotik untuk mengobati infeksi pada luka pasien	Yud
	V	10.30	Memasang balutan sesuai jenis luka dan mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka Hasil: - Luka ditutup dengan menggunakan balutan dan kassa - Perawat menggunakan alat steril saat melakukan perawatan luka	Yud
	V	10.35	Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase Hasil: - Balutan diganti setiap pagi hari	Yud
	V	10.40	Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam Hasil:	Yud

			- Pasien diberikan posisi alih baring setiap 2 jam	
	V	10.50	Kolaborasi pemberian antibiotik Hasil: - Moxifloxacin 400 mg/250 mg /24 j/IV - Meropenem 1 gr/12 j/IV - Gentamicin salep 01 % 5 g	Yud
	I	11.11	Mengajarkan pengelolaan diabetes pada keluarga (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan Hasil: - Keluarga pasien mengatakan mengerti dengan cara penggunaan insulin	Lifa
	I	11.40	Memonitor kadar glukosa darah Hasil: - GDS: 223 mg/dl	Yud
	I	13.05	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) Hasil:	Yud

	I	13.20	- Pasien mengalami penurunan kesadaran - Urine pasien 350 /8 jam Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan Hasil: <i>Balance</i>: CM (CK+IWL) <i>Intake</i> - Bubur 200 cc - Nacl 500 cc - Susu 80 cc - Air 20 cc (Obat) - Citicoline 2 cc - Moxifloxacin 250 cc - Meropenem 10 cc CM total : 1.062 cc <i>Output</i> - Urin 350 cc $IWL = 15 \times BB = 15 \times 50 = 750$ $CK \text{ total} = 350 + 750 = 1.100 \text{ cc}$ <i>Balance</i>: $CM-CK \text{ total} = 1.062 - 1.100 = 2.162$ cc	Lifa
--	---	-------	--	------

	I	13.55	Kolaborasi pemberian cairan Hasil: - Pemberian cairan intravena NaCl 0,9 % dengan 21 tpm	Lifa
--	---	-------	---	------

I. EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/ Tanggal	Evaluasi SOAP	Perawat
Jumat 24/05/2025	DP 1 : Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah S: - Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat DM selama 4 tahun O: - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - Tampak mukosa bibir kering - Glukosa dalam darah 312 mg/dl - Glukosa dalam urin + 250 mg/dL A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: Manajemen hiperglikemia - Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia - Monitor kadar glukosa darah - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia - Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk - Kolaborasi pemberian insulin	Lifa & Yud

	DP 2 : Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif S: - O: - Tampak pasien masih mengalami penurunan kesadaran - Tekanan darah pasien: 124/77 mmHg A: - Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: Manajemen peningkatan tekanan intrakranial - Tanda dan gejala peningkatan TIK - Monitor status pernapasan - Pemberian obat analgetik dan antipiretik DP 3 : Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif S: - O: - Terdengar suara tambahan: Wheezing - Tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 25 x/menit - Tampak pola napas tidak teratur - Jenis pernapasan: Dada	
--	--	--

	A: - Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: Manajemen pola napas - Memonitor pola napas - Memonitor bunyi napas tambahan - Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman upaya napas) - Memberikan oksigen DP 4 : Hipertermia S: - O: - Pasien tampak pucat - Nadi pasien: 110 x/menit - Pernapasan pasien: 25 x/menit - Kulit pasien terasa dingin - Suhu tubuh pasien: 39,2 °C - Hasil EKG: Takikardia - GDS: 312 mg/dl - CRT: >3 detik A: - Hipertermia belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: Manajemen hipertermia	
--	--	--

	- Mengidentifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) - Memonitor suhu tubuh - Menyediakan lingkungan yang dingin - Melonggarkan atau lepaskan pakaian - Memberikan oksigen, jika perlu - Menganjurkan tirah baring - Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena DP 5 : Gangguan Integritas Jaringan S: - Keluarga pasien mengatakan luka pada bokong didapatkan dari rumah sakit faisal O: - Tampak elastisitas kulit pasien menurun - Hidrasi kulit pasien menurun - Tampak kerusakan jaringan dan lapisan kulit pada bokong kiri pasien - Tampak kemerahan pada daerah bokong - Suhu kulit sekitar luka terasa hangat - Tampak luka dekubitus derajat 3 A: Gangguan integritas jaringan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: Perawatan luka - Monitor karakteristik luka	
--	---	--

	- Monitor tanda-tanda infeksi - Lepaskan balutan dan plester secara perlahan dan bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan - Bersihkan jaringan nekrotik - Pasang balutan sesuai jenis kulit - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat - Ajarkan prosedur perawatan luka pada keluarga - Kolaborasi pemberian antibiotik	
Sabtu 25/05/2025	DP 1 : Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah S: - O: - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - Tampak mukosa bibir kering - Glukosa dalam darah 312 mg/dl - Glukosa dalam urine + 250 mg/dL - HbA1c 7.7 % A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi P:	Lifa & Yud

	Lanjutkan intervensi: Manajemen hiperglikemia - Monitor kadar glukosa darah - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia - Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk DP 2: Risiko perfusi serebral tidak efektif S: - O: - Tampak pasien masih mengalami penurunan kesadaran - Tanda-tanda vital TD: 113/70 mmHg N: 76 x/menit S: 37,2 °C P: 22 x/menit SpO₂: 97 % A: Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: Manajemen peningkatan tekanan intrakranial - Memeriksa tanda dan gejala peningkatan TIK - Monitor status pernapasan	
--	--	--

	- Melakukan pemberian analgetik dan antipiretik DP 3 : Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif S: - O: - Tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 22 x/menit - Tampak pola napas tidak teratur - Jenis pernapasan: Dada - Suara napas tambahan: Wheezing A: - Bersihan Jalan Napas tidak efektif belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi: Manajemen pola napas - Memonitor pola napas - Memonitor bunyi napas tambahan - Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman upaya napas) - Memberikan oksigen	
--	---	--

	DP 4 : Hipertermia S: - O: - Tampak pasien pucat - Suhu tubuh: 37,2 °C - Suhu kulit teraba dingin - Pernapasan: 22 x/menit - N: 76 x/menit A: - Hipertermia belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi: Manajemen hipertermia - Mengidentifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) - Memonitor suhu tubuh - Menyediakan lingkungan yang dingin - Melonggarkan atau lepaskan pakaian - Memberikan oksigen, jika perlu - Menganjurkan tirah baring - kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu	
--	---	--

	DP 5 : Gangguan Integritas Jaringan S: - Keluarga pasien mengatakan luka pada bokong didapatkan dari rumah faisal O: - Elastisitas kulit pasien menurun - Hidrasi kulit menurun - Tampak kerusakan jaringan dan lapisan kulit pada bokong kiri - Tampak kemerahan pada daerah bokong - Suhu kulit disekitar luka teraba hangat - Tampak luka dekubitus derajat 3 A: Gangguan integritas jaringan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: Perawatan luka - Monitor karakteristik luka - Monitor tanda-tanda infeksi - Lepaskan balutan dan plester secara perlahan dan bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan - Bersihkan jaringan nekrotik - Pasang balutan sesuai jenis kulit - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat - Ajarkan prosedur perawatan luka pada keluarga - Kolaborasi pemberian antibiotik	
--	--	--

Minggu 26/05/2025	DP 1 : Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah S: - O: - Tampak mukosa bibir kering - Hasil GDS: 223 mg/dl - Glukosa dalam urine + 250 mg/dL A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: Manajemen hiperglikemia DP 2: Risiko perfusi serebral tidak efektif S: - O: - Tampak pasien masih mengalami penurunan kesadaran - Tampak pasien membuka mata dengan rangsangan nyeri A: - Risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian P: - Lanjutkan intervensi: Manajemen peningkatan tekanan intrakranial	Lifa & Yud
------------------------------	---	-------------------------------

	DP 3 : Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif S: - O: - Tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 22 x/menit - Tampak pola napas tidak teratur - Jenis pernapasan: Dada - Suara napas tambahan: Wheezing A: - Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi: Manajemen pola napas - Memonitor pola napas - Memonitor bunyi napas tambahan - Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman upaya napas) - Memberikan oksigen DP 4 : Hipertermia S: - O: - Tampak pasien masih pucat - Kulit teraba hangat	
--	---	--

	- S: 36,6 °C - N: 90 x/menit A: - Hipertermia teratasi P: - Intervensi dihentikan DP 5 : Gangguan Integritas Jaringan S: - O: - Tampak kerusakan jaringan dan lapisan kulit pada bokong kiri membaik - Tampak kemerahan pada daerah bokong mulai berkurang - Tampak pasien diberikan posisi alih baring - Tampak tidak ada luka baru A: Gangguan integritas jaringan teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: Perawatan luka - Monitor karakteristik luka - Monitor tanda-tanda infeksi - Lepaskan balutan dan plester secara perlahan dan bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan	
--	--	--

	- Bersihkan jaringan nekrotik - Pasang balutan sesuai jenis kulit - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat - Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam - Ajarkan prosedur perawatan luka pada keluarga - Kolaborasi pemberian antibiotik	
--	---	--

J. DAFTAR OBAT

1. N-Ace

- a. Klasifikasi / golongan obat : mukolitik
- b. Dosis umum : 200 mg
- c. Dosis untuk pasien bersangkutan : 3x1 tablet
- d. Cara pemberian obat : Oral
- e. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat: Memecah serat asam mukopolisakarida yang membuat dahak lebih encer dan mengurangi adhesi lendir pada dinding tenggorokan sehingga mempermudah pengeluaran lendir pada saat batuk.
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:
Untuk mengencerkan dahak yang menghalangi saluran pernapasan.
- g. Kontraindikasi : Riwayat hipersensitivitas
- h. Efek samping : Mengantuk, mual, muntah, flu, demam.

2. Paracetamol

- a. Klasifikasi golongan obat: Antipiretik
- b. Dosis umum: 500 mg
- c. Cara pemberian: Oral
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 500 mg
- e. Mekanisme dan fungsi obat: Paracetamol bekerja pada pusat pengaturan suhu yang ada di otak untuk menurunkan suhu tubuh saat seseorang mengalami demam. Selain itu, obat ini juga bisa menghambat pembentukan prostaglandin, sehingga bisa meredakan nyeri
- f. Kontra indikasi: penyakit hepar kronis, hipovolemia berat dan malnutrisi kronis.
- g. Efek samping: sakit kepala dan mual muntah.

3. Mersibion

- a. Klasifikasi golongan obat: Vitamin dan Suplemen
- b. Dosis umum: 100 mg
- c. Cara pemberian: melalui intravena
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 100 mg
- e. Mekanisme dan fungsi obat: membantu meredakan peradangan dan mendorong regenerasi jaringan saraf, sehingga gejala dapat berkurang dan fungsi tubuh kembali normal.
- f. Kontra indikasi: hipersensitif dan hipervitaminosis
- g. Efek samping: reaksi alergi seperti nyeri otot, sulit bernafas, dan gatal pada area bekas suntikan

4. Moxifloxacin

- a. Nama obat : Moxifloxacin 4 mg/drips.
Moxifloxacin adalah obat antibiotik untuk mengatasi penyakit akibat infeksi bakteri, seperti pneumonia, bronkitis kronis, infeksi kulit dan jaringan lunak sinusitis, infeksi perut atau radang panggul
- b. Golongan obat : Golongan antibiotik quinolone. Moxifloxacin tersedia dalam bentuk tablet, kaplet, dan cairan suntik atau infus. Untuk mengatasi infeksi mata, tersedia dalam bentuk tetes mata
- c. Dosis obat untuk pasien yang bersangkutan: 400 mg/24 jam
- d. Cara pemberian obat: melalui intravena
- e. Cara kerja obat : Bekerja dengan cara menghambat enzim pada bakteri yang diperlukan untuk berkembang biak dan bertahan hidup. Dengan begitu pertumbuhan bakteri akan terhenti dan akhirnya mati.
- f. Indikasi : Obat ini umumnya diberikan pada keadaan pneumonia, sinusitis bakterial akut bronkitis kronik dengan eksaserbasi bakterial akut, infeksi kulit dan infeksi intra abdomen

- g. Kontraindikasi : Pasien riwayat hipersensitivitas terhadap obat ini atau golongan quinolone. Penggunaan moxifloxacin dilaporkan pernah menyebabkan aritmia. Semua jenis fluoroquinolone termasuk moxifloxacin meningkatkan risiko kejadian tendinitis achilles dan ruptur tendon pada semua usia, konsumsi bersama kortikosteroid dan pasien yang menerima transplantasi jantung, ginjal atau paru-paru.

5. Apidra Insulin

- a. Nama obat : Apidra
- b. Klasifikasi/golongan obat: Insulin
- c. Dosis umum: 10 unit
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 0-0-4-extra
- e. Cara pemberian: Subkutan
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Setelah di injeksi akan disekresikan ke dalam sirkulasi darah bentuk bebas, kemudian menuju ke sel target. Dimana insulin bekerja sebagai transportasi glukosa ke sel.
- g. Alasan diberikan obat kepada pasien: Untuk mengatur kadar glukosa pasien
- h. Kontra indikasi: Pasien dengan hiperglikemia
- i. Efek samping: Reaksi hipersensitif kemungkinan terjadi selama perawatan

6. Paracetamol

- a. Klasifikasi/golongan obat : Non-opioid dengan onset analgesik dan antipiretik
- b. Dosis Umum : Infus intravena selama 15 menit, dewasa BB>50 Kg: 1000 mg/pemberian, interval minimal 4 jam, dosis maksimal 4 gr/hari
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1000 mg/100, ml/12 jam
- d. Cara pemberian obat : diberikan secara intravena

- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat:
Merupakan obat golongan non-opioid dengan onset analgesik dan antipiretik yang cepat (5-10 menit analgesic, 30 menit antipiretik). Lama kerja 4-6 jam dan dieliminasi melalui hati, serta memiliki morphine-sparing effect
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: pasien demam disebabkan reaksi inflamasi yang ditimbulkan dari luka kaki diabetik sehingga diberikan paracetamol
- g. Kontra indikasi : Hipersensitif dan gangguan hati berat
- h. Efek samping obat : Malaise, kenaikan kadar transaminase, ruam, reaksi hipersensitif, hepatotoksik (overdosis)

7. Meropenem

- a. Klasifikasi/golongan obat: carbapenem β lactam
- b. Dosis umum: Dosis umum untuk orang dewasa diberikan 500 mg tiap 8 jam. berikan dosis 500 mg setiap 8 jam melalui injeksi intravena (pembuluh darah) selama kurang lebih 3-5 menit atau di infuskan selama kurang lebih 15-30 menit. pemberian dosis maksimal 2.000 mg. anak usia ≥ 3 bulan : 10 mg/kgBB, tiap 8 jam.
- c. Dosis maksimal 500 mg
- d. Dosis untuk pasien: 1 gr/12 jam/IV
- e. Cara pemberian obat: diberikan secara injeksi bolus intravena
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: mekanisme kerja obat ini adalah untuk menghambat sintesis dinding sel bakteri sehingga bersifat bakterisidal. meropenem adalah obat antibiotik yang dapat menekan dan menghentikan pertumbuhan bakteri
- g. Alasan pemberian obat pada pasien: Pada pasien Ny. J diberikan obat ini karena pasien mengalami luka diabetik pada kaki sebelah kanan berwarna kemerahan, pasien mengalami diabetes melitus tipe II

- h. Kontra indikasi: Kontra indikasi obat ini antara lain: Pada pasien dengan Riwayat reaksi hipersensitivitas terhadap meropenem, komponen dalam sediaan, atau obat betalaktam lain. Peringatan khusus diperlukan terkait adanya laporan reaksi anafilaksis yang fatal, kejang dan efek samping neurologi
- i. Efek samping: Muncul ruam pada kulit gatal, sakit perut, diare, dan demam

8. Gentamicin salep 0,1 % 5g

- a. Nama obat: Gentamicin sulfate salep
- b. Klasifikasi/golongan obat: Golongan obat antibiotik aminoglikosida
- c. Dosis umum: Dioleskan tipis pada daerah yang sakit sebanyak 3-4 kali sehari.
- d. Dosis untuk pasien: dioleskan pada daerah luka 3-4 kali sehari.
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Fungsi obat ini adalah untuk mengatasi infeksi bakteri di berbagai bagian tubuh
- f. Alasan pemberian obat pada pasien: Pada pasien Ny. mengalami diabetes melitus tipe II
- g. Kontra indikasi: kontra indikasi gentamicin adalah pada pasien dengan Riwayat hipersensitif terhadap aminoglikosida
- h. Efek samping: memiliki efek tertentu dan sesuai dengan masing-masing individu.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Dalam bab ini, penulis akan membahas mengenai kesenjangan yang diperoleh dari hasil perawatan yang dilakukan selama 3 hari, dengan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan kasus nyata pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2 di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Dalam pembahasan ini penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan melalui 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2.

1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien Ny.M dengan usia 59 tahun yang dirawat di ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan keluhan utama penurunan kesadaran. Pada saat dilakukan pengkajian diperoleh data: pasien tampak mengalami penurunan kesadaran, GCS 7 (Somnolen) TD: 124/77 mmHg, N:110x/menit, SpO₂: 97%, dan tampak luka diabetik pada bagian bokong kiri. Data yang di dapatkan dari keluarga pasien sudah mengidap penyakit diabetes melitus 4 tahun yang lalu. Dan tampak kadar glukosa naik turun 312 mg/dl dan HbA_{1c} 7.7 %.

Keluhan utama yang muncul pada Ny. M yaitu penurunan kesadaran. Penurunan kesadaran adalah suatu keadaan dimana terjadi penurunan kepekaan atau tidak memiliki kepekaan terhadap diri sendiri, lingkungan, kebutuhannya, dan tingkat respon terhadap stimulus eksternal dan internal. Penyebab terjadinya penurunan kesadaran pada penderita diabetes mellitus antara lain hipoglikemia, hiperglikemia, asidosis (KAD dan asidosis laktat), hiperosmolaritas (SHH), dan uremik ensefalopati (uremia karena

gagal ginjal yang disebabkan oleh diabetik nefropati). Hiperglikemia menyebabkan kadar gula darah yang sangat tinggi dapat mengganggu fungsi otak. Otak membutuhkan glukosa untuk energi. Jika glukosa tidak dapat digunakan dengan baik karena hiperglikemia, fungsi otak dapat terganggu, menyebabkan kebingungan, disorientasi dan dalam kasus yang parah, penurunan kesadaran atau koma (Efliani et al., 2024).

Diabetes melitus tipe 2 adalah kondisi kronis yang terjadi ketika tubuh tidak dapat menggunakan insulin secara efektif, atau tidak menghasilkan cukup insulin untuk mengatur kadar glukosa darah dengan baik. Faktor resiko terjadinya penyakit diabetes melitus tipe 2 yaitu usia, obesitas, hipertensi, kolesterol HDL, alkohol, rokok dan riwayat keluarga. Yang ditandai dengan gejala poliuria, polidipsia, polifagia dan berat badan menurun. Ditemukan data pada Ny.M yang mengalami peningkatan kadar gula darah yaitu 312 mg/dl atau terjadinya hiperglikemia. Hiperglikemia terjadi karena peningkatan glukoneogenesis, glikogenolisis, dan hambatan *glucose uptake* pada jaringan perifer yang menyebabkan hiperglikemia tidak terkontrol. Dari teori dikatakan hiperglikemia jika nilai GDS > 200 mg/dl, GDP > 140 mg/dl dan GDSPP > 200 mg/dl dan (HbS1c) hemoglobin A1c (Widiasari et al., 2021).

Berdasarkan pada teori didapatkan diabetes melitus adalah hubungan antara resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Resistensi insulin menunjukkan penurunan sensitivitas jaringan pada insulin. Normalnya insulin mengikat reseptor khusus pada permukaan sel dan mengawali rangkaian reaksi meliputi metabolisme glukosa. Pada diabetes melitus reaksi intraseluler dikurangi sehingga menyebabkan efektivitas insulin menurun dalam menstimulasi penyerapan glukosa oleh jaringan dan pada pengaturan pembebasan oleh hati. mekanisme pasti yang menjadi penyebab utama resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin

pada diabetes melitus tidak diketahui. Meskipun faktor genetik berperan utama. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah penumpukan glukosa dalam darah, peningkatan sejumlah insulin harus disekresi dalam mengatur kadar glukosa darah dalam batas normal atau sedikit lebih tinggi kadarnya. Namun, jika sel β tidak dapat menjaga dengan meningkatnya kebutuhan insulin, mengakibatkan kadar glukosa meningkat dan diabetes melitus berkembang (Marwati, 2024). Berdasarkan data pada Ny.M didapatkan hasil pemeriksaan: tampak mulut kering, tampak turgor kulit menurun dan hasil GDS 312 gd/dl yang menandakan kadar glukosa dalam darah meningkat.

Pada teori didapatkan penurunan perfusi mengakibatkan beberapa komplikasi yaitu makroangiopati dan mikroangiopati salah satunya ialah neuropati. Neuropati diabetik adalah kerusakan saraf yang bersifat fokal atau difus terjadi akibat paparan hiperglikemia kronis yang ditandai dengan kesemutan, nyeri, kebas dan mati rasa. Komplikasi neuropati dapat berkembang dengan luka dekubitus (Efliani et al., 2024). Makroangiopati terjadi karena pembuluh darah yang menyempit pada pembuluh darah jantung yang dapat berakibat pada penyakit jantung koroner, penyempitan pembuluh darah tepi yang dapat mengakibatkan penyakit arteri perifer dan ulkus iskemik. Penyempitan pada pembuluh darah otak yang mengakibatkan stroke iskemik atau stroke hemoragik. Mikroangiopati terdapat tiga macam komplikasi yakni retinopati diabetik yang dapat menyebabkan kebutaan, nefropati diabetik yang dapat menyebabkan gagal ginjal dan neuropati perifer dengan gejala yang sering terjadi yaitu kaki terasa keram, bergetar sendiri dan terasa lebih sakit di malam hari, mati rasa, luka terbuka, yang terjadi pada permukaan kulit yang disertai dengan kematian jaringan (Ambarwati et al., 2024). Berdasarkan data pada Ny.M pasien memiliki riwayat penyakit diabetes melitus dan pasien cenderung

tidur di rumah sehingga menyebabkan terjadinya luka pada bokong kiri yang semakin lama semakin membesar dan terbuka.

Pada pengkajian juga ditemukan pasien tampak sesak napas dengan frekuensi napa 25x/menit, untuk hasil pemeriksaan thorax ditemukan bronchopneumonia dextra, selain itu ditemukan data peningkatan suhu tubuh 39,2°C. Hipertermi merupakan kondisi terjadinya peningkatan suhu tubuh yang melebihi 37,6°C. Pada demam, peningkatan suhu tubuh terjadi sebagai reaksi tubuh untuk melawan infeksi dan sebagai tanda adanya inflamasi pada tubuh. Dan hasil pemeriksaan leukosit melebihi batas normal yaitu 11,89 10^3 /ul. Kadar gula darah tinggi pada penderita diabetes melitus dapat menghambat kemampuan sel-sel kekebalan tubuh (seperti sel-sel fagosit) untuk melawan infeksi, sehingga penderita diabetes lebih rentan terhadap berbagai jenis infeksi.

2. Diagnosa keperawatan

Pada kasus ini, penulis mengangkat 3 diagnosis keperawatan yang sesuai dengan SDKI dan telah memenuhi tanda dan gejala mayor sebanyak 80 % yaitu:

a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia

Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai diagnosa prioritas karena keluhan utama pasien saat masuk adalah penurunan kesadaran dan saat dilakukan pengkajian didapatkan data yang menunjukkan bahwa pasien mengalami peningkatan kadar gula darah yaitu GDS: 312 mg/dl, tampak mulut pasien kering dan keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat diabetes melitus selama 4 tahun.

- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko aterosklerosis aorta

Penulis mengangkat diagnosa ini karena di dapatkan data-data dari pasien yaitu, tingkat kesadaran menurun, GDS 312 mg/dl, tampak pengisian kapiler >3 detik, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, tampak edema.

- c. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas.

Penulis mengangkat diagnosa ini karena di dapatkan data-data dari pasien yaitu, terdengar suara napas tambahan *wheezing*, pasien tampak sesak dengan SpO₂: 97 %, frekuensi napas: 25 x/menit.

- d. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

Penulis mengangkat diagnosa ini karena di dapatkan data-data dari pasien yaitu, pasien tampak pucat, suhu tubuh 39,2°C, Pernapasan: 25 x/menit, Nadi: 110 x/menit, akral teraba dingin, GDS: 312 mg/dl, CRT >3 detik.

- e. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer

Penulis mengangkat diagnosa ini karena di dapatkan data-data dari pasien yaitu, keluarga mengatakan pasien mengalami luka pada bagian bokong kiri. Luka tersebut didapatkan setelah di rawat di rumah sakit sebelumnya. Tampak terdapat luka pada bokong kiri pasien dengan derajat luka 3 (telah menebus jaringan kulit subkutan), tampak kerusakan jaringan dan lapisan kulit dengan warna kemerahan dan berbau.

3. Intervensi keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien, penulis membuat perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul, diantaranya sebagai berikut:

a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia

Penulis membuat intervensi ini sesuai dengan keadaan pasien yaitu: manajemen hiperglikemia meliputi observasi mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, memonitor kadar glukosa darah, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. kelemahan, malaise, pandangan kabur, dan sakit kepala), memonitor *intake* dan *output* cairan. Tindakan terapeutik: konsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk. Melakukan edukasi menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, dan monitor asupan cairan). Tindakan kolaborasi pemberian insulin.

b. Risiko perfusi serebral dibuktikan dengan faktor risiko aterosklerosis aorta

Penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu: manajemen peningkatan tekanan intrakranial meliputi observasi dengan memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun), memonitor status pernapasan. Tindakan terapeutik memberikan posisi semi fowler. Tindakan kolaborasi; kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu.

- c. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas

Penulis membuat intervensi sesuai keadaan pasien yaitu:
 Manajemen jalan napas: observasi: Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis, *gurgling*, *mengi*, *wheezing*, *ronkhi*), Terapeutik: Berikan oksigen 5 liter/menit via nasal kanul, Kolaborasi : Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik (N-Ace 3 x 1 tab via NGT).

- d. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

Penulis membuat intervensi sesuai keadaan pasien yaitu:
 Manajemen hipertermia: Observasi: identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator), monitor suhu tubuh, Terapeutik: sediakan lingkungan yang dingin, longgarkan atau lepaskan pakaian, Kolaborasi: kolaborasi pemberian cairan (NaCl 0.9% 21 tts/mnt).

- e. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer

Penulis membuat intervensi sesuai keadaan pasien yaitu:
 perawatan luka meliputi observasi: memonitor karakteristik luka, memonitor tanda-tanda infeksi. Tindakan terapeutik: lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan Nacl sesuai kebutuhan, bersihkan cairan nekrotik, berikan salep yang sesuai dengan kulit/lesi, pasang balutan sesuai jenis kulit, ganti balutan sesuai jumlah eksudat. Tindakan terapeutik: berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN) yaitu menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien dengan tindakan alih baring. Tindakan edukasi: jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan prosedur perawatan luka

secara mandiri, tindakan kolaborasi: kolaborasi pemberian antibiotik., Kolaborasi: kolaborasi pemberian obat antibiotik yaitu Moxifloxacin 1 botol/24 jam/iv, Meropenem 1 gr/12 jam/iv, dan Gentamicin salep 0,1% 5gr/oles.

4. Implementasi keperawatan

Pada implementasi keperawatan yang dilakukan pada Ny.M penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan yang sudah dibuat. Pada implementasi keperawatan yang dilakukan, penulis melakukan tindakan alih baring dengan perubahan posisi setiap 2 jam untuk tetap menjaga integritas kulit/jaringan pasien yang rusak. Penerapan *Evidence Based Nursing* (EBN) dilakukan selama 3 hari dan bekerjasama dengan pasien, keluarga pasien, dan perawat ruangan sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan dapat berjalan dengan baik, dan dalam melakukan implementasi keperawatan didapatkan kendala karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan dari tanggal 23-25 Mei 2025 pada Ny.M merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai. Dalam tahapan evaluasi ini adapun hasil evaluasi adalah:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah berhubungan dengan hiperglikemia. Kadar glukosa darah pasien naik turun. Hasil evaluasi masalah belum teratasi, karena kadar glukosa darah pasien belum stabil, maka perencanaan dari diagnosa ini dilanjutkan oleh perawat ruangan.
- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko aterosklerosis aorta. Hasil evaluasi masalah belum teratasi, karena tampak pasien masih mengalami penurunan

kesadaran, tampak pasien masih membuka mata dengan rangsangan nyeri, maka perencanaan dari diagnosa ini dilanjutkan oleh perawatan ruangan.

- c. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas. Hasil evaluasi masalah belum teratasi, karena tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 22x/menit, tampak pola napas tidak teratur, terdengar suara napas tambahan *wheezing*, maka perencanaan dari diagnosa ini dilanjutkan oleh perawat ruangan.
- d. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. Hasil evaluasi masalah sudah teratasi, karena suhu tubuh pasien kembali normal dengan hasil pemeriksaan 36,6°C.
- e. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer. Hasil evaluasi masalah belum teratasi, karena bokong bagian kiri masih luka dan tampak bokong pasien masih dibalut perban, luka masih kemerahan, maka perencanaan dari diagnosa dilanjutkan oleh perawatan ruangan.

B. Pembahasan Penerapan EBN

1. Judul EBN sesuai kasus

Pemberian posisi alih baring sebagai *Evidence Based Nursing* (EBN) untuk menjaga integritas kulit/ jaringan yang rusak pada pasien penurunan kesadaran yang menderita Diabetes Melitus Tipe 2.

2. Diagnosis keperawatan

Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer dibuktikan dengan kerusakan jaringan dan lapisan kulit, luka kemerahan, berbau khas, luka dekubitus derajat 3

3. Luaran yang diharapkan

Integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: Elastisitas meningkat, hidrasi meningkat, kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, kemerahan menurun, suhu kulit membaik

4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN

Perawatan luka: menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien dengan alih baring untuk tetap menjaga integritas kulit/jaringan

C. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

1. Pengertian tindakan

Alih baring merupakan pengaturan posisi yang diberikan untuk mengurangi gaya gesek pada kulit sehingga akan menurunkan peluang terjadinya kerusakan lebih pada luka dekubitus. Posisi alih baring yaitu posisi lateral di antara pinggul dan tempat tidur yang disertai penggunaan bantal pada daerah diantara lutut kanan dan lutut kiri, diantara mata kaki, di belakang punggung, serta di bawah kepala untuk mencegah terjadinya dekubitus (Herly et al., 2021). Posisi tubuh lateral dengan sudut maximum 300 bermanfaat mencegah kulit dari pergesekan (*friction*) dan perobekan jaringan (*shear*). Pergesekan akan mengakibatkan abrasi dan merusak permukaan epidermis kulit, sedangkan perobekan jaringan bisa mengakibatkan oklusi dari pembuluh darah, serta kerusakan pada jaringan bagian dalam seperti otot yang sering dekubitus. Dekubitus biasanya dialami pasien yang mengalami tirah baring terlalu lama seperti penderita stroke (Padmiasih, 2020).

2. Tujuan

Pemberian posisi alih baring dapat mempertahankan jaringan kulit, mengurangi komplikasi akibat imobilisasi, meningkatkan rasa nyaman, mengurangi kemungkinan tekanan yang menetap pada tubuh akibat posisi yang menetap sehingga menyebabkan luka (dekubitus) semakin parah. Tindakan pemberian posisi alih baring tidak hanya pemberian posisi yang dilakukan setiap 2 jam untuk memungkinkan luka tidak mengalami penekanan terlalu lama, tetapi juga sebagai metode yang digunakan agar pasien dalam kondisi penurunan kesadaran dengan gangguan integritas jaringan terhindar dari luka dekubitus yang memberat sehingga diharapkan luka dekubitus pada pasien semakin membaik.

RUBRIK	JURNAL 1	JURNAL 2	JURNAL 3
Judul	Pengaruh perubahan posisi dalam mencegah dekubitus pada pasien yang menjalani perawatan di Rumah Sakit Aminah Ciledug Tangerang	Penerapan posisi alih baring pada pasien kritis dengan stroke untuk menurunkan resiko dekubitus di ruang observasi emergency RSUD DR.MOEWARDI SURAKARTA	Pengaruh perubahan posisi terhadap kejadian decubitus pada pasien tirah baring di ruang Irin Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus
Populasi	Sampel pada penelitian ini berjumlah 44 responden	Sampel pada penelitian ini berjumlah 2 responden	Sampel pada penelitian ini berjumlah 32 responden
Intervention	Penelitian ini menggunakan Metode penelitian <i>Quasi experiment, dengan desain pre-test post-test with control group non randomization</i> . pengumpulan data dilakukan dengan membagi menjadi dua kelompok eksperimen dan kelompok kontrol .Tujuan dilakukan untuk mengetahui pengaruh	Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik, dokumentasi, dan instrumen pengumpulan data dengan menggunakan lembar observasi	Penelitian ini menggunakan <i>Quasy Experiment</i> dengan desain <i>Post Test Only Equivalent Control Group</i> . Pengumpulan data dengan <i>checklist</i> , analisa data secara <i>statistic</i> dengan <i>uji Mann Whitney</i> . Tujuan dilakukan tindakan untuk mencegah

	perubahan posisi dalam mencegah dekubitus pada pasien.	untuk mengetahui hasil resiko dekubitus sebelum diberikan posisi alih baring, hasil resiko dekubitus sesudah diberikan posisi alih baring, perkembangan resiko dekubitus sebelum dan sesudah penerapan posisi alih baring.	dekubitus pada pasien tirah baring.
Comparison	Penelitian ini menggunakan tindakan pembandingan dengan kelompok intervensi diberikan perlakuan yaitu perubahan posisi setiap 2 jam sekali, sedangkan kelompok kontrol tidak diberikan perlakuan atau berjalan seperti biasanya menggunakan <i>Mann Whitney</i> .	Penelitian ini tidak menggunakan tindakan pembandingan karena peneliti hanya menggunakan metode studi kasus	Penelitian ini tidak menggunakan pembandingan karena peneliti hanya menggunakan metode studi kasus.

Outcome	Berdasarkan hasil penelitian, menunjukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan hasil uji <i>statistic Mann Whitney</i> didapatkan nilai $p = 0,001$. Hasil tersebut lebih kecil dari taraf signifikan yang digunakan yaitu $\alpha = 0,05$, maka dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pemberian perubahan posisi terhadap kejadian dekubitus pada pasien	Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan Sebelum diberikan penerapan alih baring, hasil pengukuran skor resiko dekubitus dengan menggunakan skala braden menunjukkan resiko tinggi/sangat tinggi, pada responden 1 dan responden 2. Setelah diberikan penerapan alih baring dari pagi hingga sore hari, hasil pengukuran skor resiko dekubitus dengan menggunakan skala braden menunjukkan resiko sedang, pada responden 1 dan responden 2. Hasil perkembangan pengukuran resiko dekubitus pada kedua responden sebelum dan sesudah dilakukan penerapan	Berdasarkan hasil penelitian, menunjukkan pada analisa mann whitney mendapatkan $p = 0,000.T$, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan pengaruh perubahan posisi terhadap kejadian decubitus pada pasien tirah baring.
----------------	---	---	---

		alih baring menunjukkan ada perkembangan di setiap harinya.	
Time	Perubahan posisi dilakukan dalam waktu 2 jam sekali	Alih baring dilakukan setiap 2 jam dengan melakukan miring kanan dan kiri yang ditahan dengan bantal.	Tindakan alih baring setiap 2 jam

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan asuhan keperawatan pada kasus ini maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Dari pengkajian yang dilakukan pada Ny.M didapatkan hasil TD: 124/77 mmHg, N: 110 x/menit, S: 39,2 °C , P: 25 x/menit, SpO²: 97%. Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 7, somnolen, tampak pasien lemah dan tampak luka dekubitus pada bokong kiri pasien dengan derajat 3. Pasien terpasang kateter urin, terpasang NGT, terpasang infus NACL 21 tpm. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus sejak 4 tahun yang lalu. Pemeriksaan foto thorax kesan: Bronchopneumonia dextra Elevasi diafragma dextra (proses intra abdomen) Cardiomegaly, elongasi dan dilatasi aorta Atherosclerosis aorta, darah rutin WBC: $11.89 \times 10^3/\mu\text{l}$, GDS: 312 mg/dl, terapi yang diberikan: N-ace 1 tab/3x1/oral, Paracetamol 1 tab/3x1/oral, Mersibion 100 mg/24j/IV, Moxifloxacin 400 mg/250 mg /24 j/IV, Aprida 0-0-4 extra/SC, PCT 1 gr/100 ml/12 j/IV, Meropenem 1 gr/12 j/IV, Gentamicin salep 0,1 % 5 g.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny.M yaitu:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia
- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan aterosklerosis aorta
- c. Bersihan jalan napas berhubungan dengan spasme jalan napas
- d. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

- e. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer

3. Intervensi Keperawatan

Dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun diantaranya manajemen hiperglikemia, manajemen peningkatan tekanan intrakranial, manajemen jalan napas, manajemen hipertermia, perawatan luka yang meliputi: observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis telah bekerjasama dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan serta dukungan sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit. Dan tindakan terapeutik berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN) yaitu melakukan tindakan alih baring.

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan yang dilakukan pada Ny.M penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan yang sudah dibuat. Pada implementasi yang dilakukan, penulis melakukan tindakan alih baring untuk mempertahankan integritas kulit/jaringan pasien. Penerapan *Evidence Based Nursing* (EBN) dilakukan selama 3 hari dan bekerjasama dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan, dokter, sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan dapat berjalan dengan baik, dan dalam melakukan implementasi keperawatan didapatkan kendala karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

5. Evaluasi Keperawatan

Dari hasil implementasi yang dilakukan pada Ny.M selama 3x8 jam didapatkan:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi
- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

- c. Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi
- d. Hipertermia teratasi
- e. Gangguan integritas jaringan teratasi sebagian

6. Dokumentasi

Telah dilakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada Ny.M dengan diabetes melitus tipe 2 dari pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, serta evaluasi 3 hari dengan kerjasama dan bantuan yang baik dari perawat ruangan.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan, maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan yang ditujukan:

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Diharapkan menjadi bahan masukan bagi pelayanan kesehatan khususnya bagi perawat agar dapat menjalankan tugas dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien DM secara tepat dan dapat melakukan pengkajian deteksi dini dekubitus di ruangan.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan intervensi yang diimplementasikan untuk mencapai tujuan pembelajaran asuhan keperawatan yang sesuai dengan standar praktek keperawatan pada pasien DM serta tindakan yang diberikan harus sesuai berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN).

3. Bagi Instansi Pendidikan

Diharapkan dapat menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe 2.

DAFTAR PUSTAKA

- Adolph, R. (2021). *Buku referensi keperawatan medikal bedah: Asuhan keperawatan pada gangguan sistem endokrin berdasarkan 3S* (M. K. Chindy Maria Orizani, S.Kep., Ns. (ed.)). Penerbit CV.Eureka media aksara.
- Ambarwati, Cahyanti, L., Tomaso, J., Iwan, Nopriyanto, D., Pujiati, E., Pramudaningsih, I., Cahyono, S., Rusmiyati, & Lestari, D. (2024). *Diabetes Melitus Tipe 2: Konsep Penyakit dan Tatalaksana* (F. Diva (ed.); 1st ed.). CV. Persaka satu.
- Astuti, K. P., Parisya Sasmana, I. G. A., & Subrata, I. M. (2024). Efek Diet Terhadap Kontrol Glikemik dan Sensitivitas Insulin pada Pasien Diabetes Melitus: Sebuah Tinjauan Sistematis dan Meta-Analisis. *Essence of Scientific Medical Journal*, 21(2), 98–105. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/essential/index>
- Efliani, D., Permatasari, I., & Andriani. (2024). Faktor Yang Mempengaruhi Diabetes Mellitus Tipe 2 Pada LansiaNo Title. *Journal Of Nursing Sciences*, 13(1), 138–146. <https://doi.org/https://doi.org/10.35328/keperawatan.v13i1.2630>
- Ferlitasari, S. N., Wuryanto, M. A., & Sutiningsih, D. (2022). Gambaran Karakteristik Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Rawat Inap di Rumah Sakit Pertamina Cirebon Tahun 2019. *Jurnal Riset Kesehatan Masyarakat*, 2(1). <https://doi.org/10.14710/jrkm.2022.14291>
- Ghafar, M. F., & Kamillah, S. (2025). Pengaruh Senam Kaki Diabetes Terhadap Kontrol Gula Darah Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II di UPTD Puskesmas Ciranjang. 5972–5979.
- Hartono, H., & Ediyono, S. (2024). Hubungan tingkat pendidikan, lama menderita sakit dengan tingkat pengetahuan 5 pilar penatalaksanaan diabetes melitus DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SUNGAI DURIAN KABUPATEN KBU RAYA KALIMANTAN BARAT. *The Shine Cahaya Dunia S-1 Keperawatan*, 9(01).

<https://doi.org/10.35720/tscs1kep.v9i01.502>

- Herlina, S., Yuliana, S., & Saldy, Y. (2021). Efek pendidikan teknik injeksi insulin terhadap kontrol glikemik pada pasien diabetes mellitus: A systematic review. *Seminar Nasional Riset Kedokteran*, 2(1), 106–116.
- Herly, H. N., Ayubbana, S., & Sari, S. A. (2021). Pengaruh Posisi Miring Untuk Mengurangi Risiko Dekubitus Pada Pasien stroke. *Jurnal Cendikia Muda*, 1(3), 293–298.
- International Diabetes Federation. (2025). *Fakta & Angka Diabetes*. International Diabetes Federation. <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>
- Juliani, E., Yari, Y., & Rosliany, N. (2024). Eektivitas Penggunaan Mobile Health Pada Manajemen Mandiri Diabetes Melitus Tipe II: A Scoping Review. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 19(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.35892/jikd.v19i1.1833>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Saatnya Mengatur Si Manis*. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/blog/20240110/5344736/saatnya-mengatur-si-manis>
- Kriswiastiny, R. (2022). Hubungan Lama Menderita Diabetes Melitus dan Kadar Gula Darah dengan Kadar Kreatinin Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. *Medula*, 12(3), 413–420.
- Marwati, F., & Fauzi, R. (2024). Prediksi Penyakit Diabetes Melitus Menggunakan Jaringan Syaraf Tiruan Dengan Metode Backpropagation. *Jurnal Informatika Utama*, 2(1), 26–34. <https://doi.org/https://doi.org/10.55903/jitu.v2i1.163>
- Mosenzon, O., Cheng, A. Y. Y., Rabinstein, A. A., & Sacco, S. (2023). Diabetes and Stroke: What Are the Connections? *Jos*, 25(1), 26–38. <https://doi.org/10.5853/jos.2022.02306>
- Norma Lalla, N. S., & Rumatiga, J. (2022). Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, December, 473–479. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i2.816>

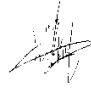
- Nugroho. (2021). Buku ajar anatomi dan fisiologi sistem tubuh bagi mahasiswa keperawatan medikal bedah OLEH: SETIYO ADI NUGROHO. Ns., M.Kep. *Jurnal Anatomi Dan Fisiologi*, August, 1–154.
- Padmiasih, N. W. (2020). Pengaruh Mobilisasi Progresif Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Dengan Ventilasi Mekanik Di Ruang ICU RSD Mangusada. *Indonesian Academia Health Sciens Journal*, 1(2), 12–15. <https://journal.um-surabaya.ac.id/IAHS/issue/view/505>
- Purwandari, C. A. A., Wirjatmadi, B., & Mahmudiono, T. (2022). Faktor Risiko Terjadinya Komplikasi Kronis Diabetes Melitus Tipe 2 pada Pra Lansia. *Amerta Nutrition*, 6(3), 262–271. <https://doi.org/10.20473/amnt.v6i3.2022.262-271>
- Rahma Asti, Cut Husna, & Ahyana. (2022). Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus : Suatu Studi Kasus. *JIM Fkep*, 1 Nomor 2, 28–37.
- Roslina Dewi, Resfani Fatimah, Ady Waluya, Johan Budhiana, & Maria Yulianti. (2023). Hubungan Mekanisme Koping Dengan Kecemasan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Karang Tengah Kota Sukabumi. *Media Informasi*, 19(1), 89–95. <https://doi.org/10.37160/bmi.v19i1.48>
- Sari, R., Suherman, A., Nadatien, I., Kamariyah, N., & Hasinah, S. (2024). Pengaruh Aromaterapi Lavender Terhadap Kadar Gula Darah Pada Lansia Diabetes Melitus Tipe-2. *Jurnal Keperawatan*, 16(1), 148. <https://doi.org/https://doi.org/10.32583/keperawatan.v16i1.1488>
- Widiasari, K. R., Wijaya, I. M. K., & Suputra, P. A. (2021). Diabetes Melitus Tipe 2: Faktor Risiko, Diagnosis, Dan Tatalaksana. *Ganesha Medicine*, 1(2), 114. <https://doi.org/10.23887/gm.v1i2.40006>
- World Health Organization. (2022). *Diabetes*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

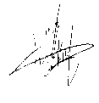
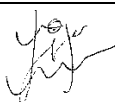
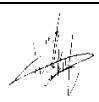
LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI RUANG (ICU) RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

NAMA : 1. Lifa Natalia Ulahayanan (NS2414901084)
2. Yud Helvi (NS2414901115)

PEMBIMBING : Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI KONSUL	TANDA TANGAN		
			PEMBIMBING	MAHASISWA	
				I	II
1	Jumat, 23 mei 2025	- Mengajukan kasus “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Ruang ICU RS Stella Maris Makassar (ACC) - Lanjutkan pengkajian – intervensi - Menentukan <i>Evidence Based Nursing</i> (EBN)			
2.	Senin, 26 mei 2025	- Konsul pengkajian primer dan sekunder - Konsul EBN			
3.	Selasa, 27 mei 2025	- Konsul pengkajian primer dan sekunder sampai diagnosa - Konsul analisis 3 jurnal EBN			
4.	Rabu, 28 mei 2025	- Konsul perbaikan penulisan pengkajian sampai diagnosa			

		- Konsul 3 EBN			
5.	Senin, 02 juni 2025	- Konsul 1 perbaikan pengkajian	oli		
6.	Selasa, 03 juni 2025	- Konsul 2 perbaikan pengkajian	oli		
7.	Rabu, 04 juni 2025	- Konsul pengkajian sampai intervensi	oli		
8.	Kamis, 05. juni 2023	- Konsul perbaikan pengkajian sampai intervensi	oli		
9.	Jumat, 06 juni 2025	- Konsul pengkajian sampai evaluasi	oli		
10.	Senin, 09 juni 2025	- Konsul perbaikan pengkajian sampai evaluasi - Perbaikan penulisan EBN	oli		
11.	Selasa, 10 juni 2025	- Konsul pembahasan dan kesimpulan	oli		
12.	Rabu, 11 juni 2025	- Konsul Bab 3 – Bab 5 - ACC	oli		

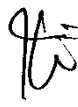
LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI RUANG (ICU) RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

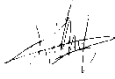
NAMA : Lifa Natalia Ulahayanan (NS2414901084)

Yud Helvi (NS2414901115)

PEMBIMBING : Kristia Novia, Ns., M.Kep

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI KONSUL	TANDA TANGAN		
			PEMBIMBING	MAHASISWA	
				I	II
1.	Senin, 02 juni 2025	Konsul Bab 1 – Bab 2 Bab 1 - LB gambarkan inovasi EBN - Prevalensi terbaru - Tambahkan komplikasi DM - Perbaiki tujuan penulisan Bab 2 - Penulisan definisi bervariasi - Perhatikan sitasi - Judul anatomi di bold - Perbaiki pemeriksaan diagnostik - Tambahkan komplikasi stroke			
6.	Selasa, 03 juni 2025	Revisi 1: Bab 1 dan Bab 2 Bab 1			

		- Perbaikan penulisan sitasi dengan singkatan - Perbaikan penulisan kalimat bahasa asing Bab 2 - Definisi fokus pada diabetes melitus - Perbaikan penulisan sumber - Perbaikan penulisan judul - Tambahkan diagnosa teori			
7.	Rabu, 04 juni 2025	Revisi 2: Bab 1 dan Bab 2 Bab 1 - Perbaikan halaman pengesahan - Perbaikan kata pengantar - Perbaikan sitasi - Perbaikan spasi penulisan Bab 2 - Perbaikan penulisan kalimat asing			
8.	Kamis, 05 juni 2025	Revisi 3: Bab 1 dan Bab 2 Bab 1 - Perbaikan kata pengantar - Penulisan singkatan EBN - Jelaskan komplikasi DM menyebabkan stroke			

		Bab 2 - Perbaikan etiologi - Perbaikan pengkajian sekunder			
9.	Senin, 09 juni 2025	Revisi 4: Bab 1 dan Bab 2 Bab 1 - Perbaikan latar belakang Bab 2 - Perbaikan penulisan diabetes melitus - Perbaikan sitasi			
10.	Selasa, 10 juni 2025	Konsul revisi 5 : Bab 1 dan Bab 2 ACC			

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Lifa Natalia Ulahayanan
Tempat/Tanggal Lahir : Bombay, 15 Desember 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Asr. Brimob Mile 32 Timika

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Petrus Ulahayanan / Frederika Walten
Agama : Katolik
Pekerjaan : POLRI/GURU
Alamat : Asr. Brimob Mile 32 Timika

3. Pendidikan Yang Ditempuh

TK YPPK Tiga Raja Timika : Tahun 2007
SD Yosua Timika : Tahun 2009-2014
SMP YPPK ST. Bernardus Timika : Tahun 2014-2016
SMA Negeri 1 Timika : Tahun 2016-2019
STIK Stella Maris Makassar (S1) : Tahun 2020-2024
STIK Stella Maris Makassar (NERS) : Tahun 2024-2025

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Yud Helvi
Tempat/Tanggal Lahir : Tampapute, 2 April 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jln Wijaya Kusuma I, Blok K7 No. 41

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Yairus / Ludia Rumbu
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Betteng Deata

3. Pendidikan Yang Ditempuh

TK : -
SDN 139 TAMPAPUTE : Tahun 2004-2010
SMPN 2 MENGKENDEK : Tahun 2010-2013
SMK LAKIPADADA TANA TORAJA : Tahun 2013-2016
STIKES Nani Hasanuddin Makassar (D3) : Tahun 2016-2019
STIKES Nani Hasanuddin Makassar (S1) : Tahun 2022-2024
STIK Stella Maris Makassar (NERS) : Tahun 2024-2025

