



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANG ICU RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH :

LAURENSIUS FRANSISKUS YOSEPH ELMAS (NS2414901081)

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



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANG ICU RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH :

LAURENSIUS FRANSISKUS YOSEPH ELMAS (NS2414901081)

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

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

Laurensius Fransiskus Yoseph Elmas

(NS2414901081)

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

A handwritten signature in black ink, consisting of a vertical line followed by several loops and a horizontal stroke at the bottom.

Laurensius Fransiskus Yoseph Elmas

HALAMAN PERSETUJUAN

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

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswi/NIM : Laurensius.F.Y.Elmas (NS2414901081)

Disetujui Oleh:

Pembimbing I



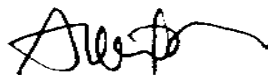
(Matilda M. Paseno. Ns.,M.Kes)
NIDN. 0910057502

Pembimbing II



(Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep)
NIDN: 0927038903

Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Alademik
STIK Stella Maris Makassar



(Fansiska Anita E. R. Sa'pang,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB. Ph.D)
NIDN: 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : Laurensius.F.Y.Elmas (NS2014901081)
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diabetes
Melitus Tipe II di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris
Makassar.

Telah Berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1	:	Matilda M. Paseno, Ns., M.Kes	()
Pembimbing 2	:	Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep	()
Penguji 1	:	Meyke Rosdiana, Ns.M.Kep	()
Penguji 2	:	Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep	()

Ditetapkan : Makassar
Tanggal : 07 Juli 2025

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar


(Siprianus Abdul S.Si, Ns., M.Kes)
NIDN. 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Laurensius.F.Y.Elmas (NS2414901081)

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, juli 2025

Yang menyatakan



Laurensius.Fransiskus.Yoseph.Elamas

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Penulis karya ilmiah ini dimasukkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswa STIK Stella Maris Program Profesi Ners dan persyaratan untuk memperoleh gelar Profesi Ners Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa kelancaran dan keberhasilan penyusunan karya ilmiah akhir ini telah melibatkan banyak pihak.

Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu, mendukung, dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah ini terutama kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes, selaku ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep,Sp.KMB.,Ph.D selaku wakil ketua bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Matilda M. Paseno, Ns.,M.Kes selaku wakil ketua bidang administrasi dan keuangan STIK Stella Maris Makassar sekaligus sebagai pembimbing 1 yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
4. Elmina Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku wakil ketua bidang kemahasiswaan, alumni dan inovasi.
5. Serlina Sandi, Ns.,M.Kep.,Ph.D selaku Ketua Program Studi profesi ners STIK Stella Maris Makassar.

6. Nikodemus Sili Beda, Ns.,M.Kep selaku pembimbing 2 yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulias dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Meyke Rosdiana, Ns.,M.Kep selaku penguji 1 yang telah memberikan masukan dan arahan kepada penulis.
8. Fransisco Irwandy,Ns.,M.Kep selaku penguji 2 yang telah memberikan masukan dan arahan kepada penulis.
9. Bapak dan Ibu Dosen beserta seluruh staff pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik, dan memberi pengarahan selama penulis menempuh Pendidikan.
10. Kepada kedua orang tua Laurensius.F.Y.Elmas yaitu Pilatus Haluk (Ayah), Yunita Carolina Mahuze (Ibu) serta sanak saudara penulis yang selalu setia dalam memberikan motivasi, semangat, doa, nasehat, kasih sayang serta dukungan baik moral maupun materi selama penulis menjalani studi di STIK Stella Maris Makassar sampai penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
11. Kepada semua teman-teman seperjuangan mahasiswa Keperawatan Angkatan 2020 Program Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar dan sahabat yang selalu setia dalam mendukung kebersamaan dalam menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
12. Kepada semua pihak yang tidak sempat disebutkan satu per satu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini

Akhir kata ini , penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini masih banyak kekurangan penulis. Sehingga penulis sangat mengharapkan kritik dan saran karya ilmiah akhir ini semoga karya tulis ilmiah akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membacanya.

Makassar, 18 Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN SAMPUL.....	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penelitian.....	5
C. Manfaat Penelitian	5
D. Metode Penulisan	6
E. Sistem Penulisan.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Konsep Dasar	8
1. Pengertian DM Tipe II	8
2. Anatomi Fisiologi.....	8
3. Etiologi.....	12
4. Patofisiologi.....	15
5. Manifestasi Klinik.....	16
6. Pemeriksaan Penunjang.....	17
7. Penatalaksanaan Medis.....	19
8. Komplikasi	21
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	24
BAB III PENGAMATAN KASUS.....	37
A. Ilustrasi Kasus.....	37
B. Pengkajian Primer	38
C. Pengkajian Sekunder	44
D. Analisa Data.....	56
E. Diagnosa Keperawatan.....	60
F. Intervensi Keperawatan	61
G. Implementasi Keperawatan	64
H. Evaluasi Keperawatan	73
BAB IV PEMBAHASAN	84
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	84
B. Pembahasan Penerapan EBN (Evidence Based Nursing).....	91

C. Kesimpulan Hasil EBN	94
BAB V PENUTUP.....	95
A. Simpulan.....	95
B. Saran	97
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Pankreas	9
-----------------------------------	---

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian B1-B6.....	38
Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium Darah.....	56
Tabel 3.3 Analisa Data	57
Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan	60
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan.....	61
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan	64
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan.....	74
Tabel 3.8 Terapi Obat.....	81
Tabel 4.1 Picot EBN	93

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi Karya Ilmiah

Lampiran 2 Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHALUAN

A. Latar Belakang

Gaya hidup modern sudah menjadi salah satu bagian dari kebutuhan sekunder masyarakat. Terlebih dalam hal memilih makanan, pola makan menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya Diabetes Melitus. Pola makan manusia di zaman *modern* sekarang lebih banyak mengutamakan praktisnya dan mengabaikan sisi kesehatan, misalnya makanan yang mengandung tinggi lemak, banyak garam dan tinggi gula. Hal ini menjadi salah satu penyebab terjadinya kenaikan penyakit degeneratif, salah satunya yaitu Diabetes Melitus (Vena & Yuantari, 2022).

Data *International Diabetes Federation* (IDF) tahun 2021, melaporkan prevalensi diabetes terus meningkat di seluruh dunia yaitu diperkirakan 536,6 juta orang hidup dengan diabetes pada 2021, dan jumlah ini diproyeksikan akan mencapai 783,2 juta pada 2045. Seperti perkiraan IDF sebelumnya, sekitar 50% dari seluruh individu penderita diabetes tidak menyadari kondisi mereka. Dari perspektif klinis, skrining dini selama tahap asimtomatik sangat penting untuk memungkinkan inisiasi pengobatan lebih awal guna mencegah atau menunda perkembangan komplikasi mikro dan makrovaskular. Hasilnya, hampir satu dari dua orang dewasa (20-79 tahun) dengan diabetes tidak menyadari status diabetes mereka (44,7%, 239,7 juta). Proporsi tertinggi kasus diabetes yang tidak terdiagnosis ditemukan di wilayah Afrika (53,6%). Pasifik Barat (52,8%) dan Asia Tenggara (51,3%), termasuk Indonesia. Pada kesimpulannya, surveilans diabetes perlu lagi ditingkatkan diperkuat untuk mengurangi diabetes melitus yang tidak terdiagnosis, terutama

di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (Suputra et al. 2021)

Indonesia berada pada urutan ke 5 terbesar dengan jumlah penderita diabetes melitus di dunia setelah Tiongkok, India, Pakistan, dan Amerika Serikat. Jumlah penderita diabetes melitus di Indonesia sebesar 10,6 juta jiwa pada tahun 2019 dan diperkirakan akan meningkat menjadi 13,7 juta pada tahun 2030 (IDF, 2021). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, menunjukkan bahwa prevalensi diabetes melitus di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter terjadi peningkatan pada tahun 2013-2018 dari 6,9% menjadi 8,5%. Dari hasil analisis gambar prevalensi DM berdasarkan usia di Indonesia pada tahun 2018 juga menunjukkan bahwa prevalensi diabetes melitus pada penduduk umur >15 tahun sebanyak 10%. Selain itu penderita Diabetes Melitus di Indonesia lebih banyak terjadi pada perempuan sekitar 1,8% dibandingkan laki-laki 1,2%. Kemudian untuk daerah domisili penderita DM lebih banyak terjadi di perkotaan 1,9% dibandingkan di pedesaan 1,0% (Sevani, 2024).

Kejadian diabetes melitus tipe 2 di Sulawesi Selatan masih menempati urutan kedua penyakit tidak menular setelah Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah (PJPD) pada tahun 2020 yaitu 15,79%, dan DM menjadi penyebab kematian tertinggi di Sulawesi Selatan yaitu sebesar 41,56 % (Dinkes Sulsel, 2021). Provinsi Sulawesi Selatan juga termasuk salah satu provinsi dengan prevalensi DM tertinggi ke 3 di Indonesia dan berbagai penelitian epidemiologi menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan angka kejadian DM tipe 2 di Sulawesi Selatan (Haskas, 2024).

Berdasarkan data sekunder yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Makassar ditemukan jumlah kasus diabetes melitus pada tahun 2018 sebesar 3.097 kasus baru dan 10.767 kasus lama. Pada bulan januari sampai dengan oktober 2019 menunjukkan jumlah penderita diabetes di Makassar sebesar 3.350 kasus baru,

jadi dapat disimpulkan bahwa penderita diabetes di Makassar mengalami peningkatan (Amriati Mutmainna2 2024).

Komplikasi DM tipe 2 mengakibatkan dampak yang signifikan pada kualitas hidup manusia, termasuk gangguan fisik dan psikologis. Komplikasi seperti kerusakan organ mengakibatkan keterbatasan fungsi tubuh yang mengganggu aktivitas sehari-hari. Selain itu, pengobatan dan perawatan dalam mengelola komplikasi ini memerlukan biaya yang cukup tinggi, sehingga menambah beban finansial yang besar bagi pasien dan keluarga serta sistem kesehatan (Rany, Harnani, and Abidin 2024)

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan DM. Salah satunya adalah pengetahuan penderita. Tingkat pengetahuan penderita tentang DM meliputi lima pilar (diet, olahraga, monitoring gula darah, dan minum obat) dalam pelaksanaan DM sangat membantu pasien selama hidupnya dalam menjalankan penanganan penyakit dan diharapkan penderita paham mengenai perilaku yang harus diterapkan dalam penanganan penyakitnya. Pengetahuan pasien tentang Penyakit Diabetes Melitus sangatlah penting agar pasien dapat memutuskan cara berperilaku yang dapat mengurangi terjadinya komplikasi. Pengetahuan yang baik mengenai pengobatan akan menjadikan perilaku pengobatan baik, sebaliknya pengetahuan yang kurang dapat menyebabkan perilaku pengobatan yang kurang baik pula. Salah satu faktor yang berperan dalam kegagalan pengontrolan glukosa darah pasien DM adalah ketidakpatuhan pasien terhadap pengobatan (Sevani, Mutmainna, and Anisa 2024).

Komplikasi penyakit diabetes melitus yang sering terjadi berupa terganggunya fungsi pembuluh darah, baik pada pembuluh darah besar maupun kecil. Hipertensi merupakan komplikasi DM yang dialami oleh lebih dari 50% orang yang menderita diabetes mellitus tipe 2. Risiko komplikasi penyakit DM dapat dikendalikan dan diturunkan dengan cara mengendalikan kadar gula darah. Paramater

HbA1c digambarkan sebagai nilai glukosa darah selama kurun waktu 1-3 bulan karena 120 hari merupakan umur dari eritrosit, sehingga HbA1c ini dijadikan parameter mengontrol penyakit DM Tipe 2 (Akelba et al. 2023).

Penatalaksanaan pemeliharaan kesehatan pada penyandang DM sangat diperlukan adanya kerjasama yang sejalan antara dokter, perawat dan penyandang DM itu sendiri agar dapat mengurangi resiko komplikasi. Perawatan penderita Diabetes Melitus (DM) membutuhkan perhatian dari bidang keperawatan. Peran perawat dalam hal ini memberikan edukasi terkait penyakit Diabetes Melitus dan menganalisis kegiatan praktik di Rumah Sakit dalam mengelola pasien dengan Diabetes Melitus.

Peran perawat menjadi salah satu tindakan yang penting untuk memberikan perawatan kuratif dalam rangka pelaksanaan asuhan keperawatan. Penerapan *Evidence-Based Nursing* (EBN) menjadi strategi yang efektif untuk memastikan asuhan keperawatan diberikan berdasarkan teori ilmiah dan hasil penelitian terbaru. Dalam upaya mendukung mobilisasi pasien, terapi *Range of Motion* (ROM) aktif dapat diberikan sebagai intervensi untuk meningkatkan massa dan tonus otot. Tujuan dari tindakan ini adalah untuk menggambarkan penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan ulkus diabetikum melalui penggunaan terapi *Range of Montion* (ROM) dalam mendukung kemampuan mobilitas fisik (Purnamawati et al. 2024).

Berdasarkan data diatas, penulis tertarik untuk mengangkat Asuhan Keperawatan dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir (KIA) dengan judul Asuhan Keperawatan Dengan Diabetes Melitus Tipe 2 di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar dikarenakan komplikasi dari DM Tipe 2 dapat memberikan dampak yang signifikan terhadap kualitas hidup manusia, termasuk munculnya gangguan fisik maupun psikologis.

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh pengalaman nyata dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan Diabetes Melitus (DM) di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pasien dengan Diabetes Melitus (DM) Di ruang ICU Rs Stella Maris Makassar
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan bagi pasien Diabetes Melitus (DM) yang dirawat di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar
- d. Melakukan intervensi keperawatan pada pasien Diabetes Melitus (DM) yang dirawat di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien Diabetes Melitus Di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

C. Manfaat Penelitian

1. Bagi pasien dan keluarga

Diharapkan kerja sama yang baik untuk mencapai kesembuhan pasien yaitu keluarga memberikan motivasi dan dukungan penuh serta mendampingi pasien dalam minum obat secara teratur hingga tuntas dan pentingnya merawat luka dengan baik dan benar yaitu dalam seminggu 2-3 kali, menghindari makan-makan pencetus gula darah naik dan rutin mengontrol kesehatan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya.

2. Bagi Instasi Rumah Sakit

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu

melalui penerapan teknik *Range of Motion* (ROM) sebagai salah satu pilihan intervensi keperawatan. Teknik ini dapat digunakan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2 yang mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah. Dengan demikian, perawat mampu menerapkan standar asuhan keperawatan secara optimal serta turut menunjang peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit.

3. Bagi Profesi keperawatan

Diharapkan dapat menjadi bahan acuan dalam melaksanakan, meningkatkan kinerja profesi keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara optimal, efektif, dan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan karya ilmiah akhir ini, metode yang digunakan yaitu:

1. Studi Kepustakaan

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

2. Studi Kasus

Penulis mengumpulkan dan menganalisis data-data melalui :

- a. Wawancara Mengadakan wawancara langsung dengan keluarga pasien serta pihak lainnya
- b. Observasi Melakukan pengamatan langsung pada pasien mengenai pemeriksaan dan tindakan yang dilakukan.
- c. Pemeriksaan Fisik Melakukan pemeriksaan fisik pada pasien melalui, inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi
- d. Dokumentasi Asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien termasuk hasil test diagnostik

D. Sistem Penulisan

Sistematika penulisan ini terdiri dari lima bab yang saling berkaitan satu sama lain. Bab I berisi *Pendahuluan*, yang mencakup latar belakang, tujuan, manfaat, serta sistematika penulisan. Bab II membahas *Tinjauan Pustaka*, yang meliputi teori atau konsep dasar medis—seperti pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan medis, dan komplikasi—serta konsep dasar keperawatan, termasuk pengkajian, diagnosis keperawatan, luaran, perencanaan, dan perencanaan pulang (discharge planning). Bab III berisi *Pengamatan Kasus* yang mencakup ilustrasi kasus, pengkajian, analisis data, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Bab IV adalah *Pembahasan Kasus*, yang menganalisis penerapan asuhan keperawatan berdasarkan teori yang telah dijelaskan sebelumnya. Terakhir, Bab V merupakan *Penutup*, yang memuat simpulan dari seluruh isi pembahasan dan saran untuk penulisan serta praktik keperawatan ke depan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian DM Tipe II

Diabetes melitus atau penyakit kencing manis merupakan suatu penyakit yang menahun yang ditandai dengan kadar glukosa darah melebihi nilai normal yaitu kadar gula darah puasa di atas atau sama dengan 126 mg/dl (Lestari, 2023).

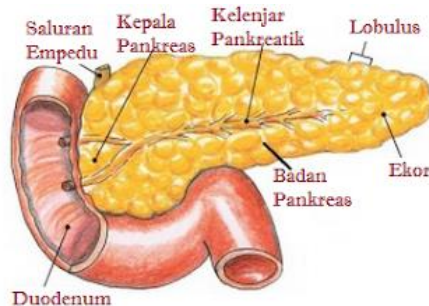
Diabetes Melitus merupakan gangguan metabolisme yang terjadi pada pankreas yang menyebabkan peningkatan kadar gula darah akibat menurunnya produksi insulin. Kondisi ini dapat menimbulkan komplikasi makrovaskuler dan mikrovaskuler, seperti hipertensi dan infark miokard, jika tidak segera ditangani. (Rosares, 2022).

Diabetes melitus merupakan salah satu penyakit tidak menular yang termasuk suatu kelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan kondisi hiperglikemia kronis kelainan sekresi insulin, kerja insulin, maupun keduanya. Secara umum, penyakit ini akan menjadi dua tipe. Diabetes Melitus tipe I merupakan kondisi yang sering disebut dengan diabetes melitus ketergantungan insulin sedangkan diabetes melitus tipe II sebaliknya. Tipe yang sering ditemui yaitu 80% dan 90% semua kasus diabetes melitus merupakan diabetes melitus tipe II yang sebagian besar ditandai dengan adanya kondisi hiperglikemia, resistensi insulin, dan defisiensi relatif insulin (Darmin 2023).

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa diabetes melitus adalah penyakit kronis yang dengan karakteristik hiperglikemia yang disebabkan karena kelainan sekresi insulin dan kerja insulin sehingga mengakibatkan kelainan metabolik.

2. Antomi Fisiologi

a. Anatomi Pankreas



Gambar 2.1 Anatomi Pankreas Menurut (Hardianti, 2021).

Pankreas terletak secara melintang dibagian atas abdomen, tepatnya di belakang lambung dalam ruang retroperitoneal. Organ ini merupakan bagian dari sistem pencernaan yang menghasilkan dan mengeluarkan enzim ke usus. Kepala pankreas berada dekat duodenum, sedangkan ekornya mengarah ke limpa. Pankreas mendapat suplai darah dari arteri lienalis dan arteri mesenterika superior. Enzim yang disalurkan melalui duktus menuju duodenum. Pankreas memiliki dua jenis kelenjar: endokrin dan eksokrin. (Mustofa et al. 2022).

Pankreas menghasilkan kelenjer endokrin bagian dari kelompok sel yang membentuk pulu-pulu lengerhans. Pulau-pulau lengerhans terbentuk oval yang tersebar diseluruh pankreas. Dalam tubuh manusia terdapat 1-2 juta pulau-pulau Langerhans yang dibedakan atas granulasi dan pewarnaan, setengah dari sel ini menyekresi hormone insulin. Dalam tubuh manusia normal pulau Langerhans manghasilkan empat jenis sel yaitu:

- 1) Sel-sel A (alfa) sekitar 20- 40 % memproduksi glukagon menjadi faktor hiperglekimik, mempunyai anti-anti insulin aktif.

- 2) Sel-sel B (Beta) 60-80% fungsinya membuat insulin
- 3) Sel-sel D 5-15% membuat somatostatin
- 4) Sel-sel F 1% mengandung dan menyekresi pengreatik polipetida

Insulin merupakan protein kecil terdiri dari 2 rantai asam aminodio, satu sama lain di hubungkan 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 transpor glukosa kedalam 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) Meningkatkan transport asam amino kedalam sel
- 3) Meningkatkan sintesis protein di otak dan hati
- 4) Menghambat kerja hormone yang sensitif terhadap lipase, meningkatkan sekresi lipida
- 5) Meningkatkan pengambilan kalsium dari cairan sekresi

c. Efek insulin

- 1) Efek insulin terhadap metabolisme karbohidrat meliputi peningkatan sekresi insulin akibat penyerapan glukosa dalam darah. Insulin mempercepat penyimpanan dan pemanfaatan glukosa di hati, meningkatkan metabolisme glukosa di otot, serta mempercepat transport glukosa melintasi membran sel otot.

- 2) Efek insulin pada metabolisme lemak dalam jangka waktu yang lama kekurangan insulin menyebabkan arteriosklerosis, serangan jantung, stroke dan penyakit vascular. Kelebihan insulin menyebabkan sintesis dan penyimpanan lemak, meningkatkan transport glukosa masuk kedalam sel tubuh, kelebihan ion sitrat dan isositrat. Penyimpanan lemak dalam sel adipose menghambat kerja lipase yang sensitive hormon dan meningkatkan transport kedalam sel lemak.
- 3) Efek insulin pada metabolisme protein : transport aktif banyak asam amino kedalam sel, membentuk protein meningkatkan transkripsi messenger RNA, meningkatkan kecepatan transkripsi DNA.

"Kekurangan insulin dapat memicu terjadinya diabetes melitus, dimana glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel dan tertahan di cairan ekstraseluler. Akibatnya, sel-sel tubuh mengalami defisit glukosa atau energi. Kondisi ini merangsang proses glikogenolisis di hati dan jaringan, sehingga glukosa dilepaskan ke ruang ekstraseluler dan menyebabkan hiperglikemia. Ketika kadar glukosa darah melebihi ambang ginjal, sebagian glukosa tidak dapat diserap kembali oleh ginjal dan akhirnya dikeluarkan melalui urine, yang menyebabkan terjadinya glikosuria dan poliuria (Rahmawati, 2023).

Konsentrasi glukosa darah mempunyai efek yang berlawanan dengan sekresi glukagon. Penurunan glukosa darah meningkatkan sekresi glukosa yang rendah. Pankreas menyekresi glukagon dalam jumlah besar. Asam amino dari protein meningkatkan sekresi insulin menurunkan glukosa darah (Awwaliyah 2022).

Pada orang normal konsentrasi glukosa darah diatur sangat sempit 90/100 ml, orang yang berpuasa setiap pagi sebelum makan 120/140 mg/100ml, setelah makan akan meningkat, setelah 2 jam akan kembali ke tingkat normal, sebagian besar jaringan dapat menggeser ke penggunaan lemak dan protein untuk energi bila tidak terdapat glukosa. Glukosa merupakan satu-satunya zat gizi yang dapat digunakan oleh otak, retina dan epitel germinativun.

3. Etiologi

Menurut Nurfadila, (2023) penyebab diabetes melitus dikelompokkan menjadi :

a. Diabetes melitus tergantung insulin (IDDM)

1) Faktor genetik

Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes melitus tipe I itu sendiri tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik kearah terjadinya diabetes tipe I. Kecenderungan genetik ini ditentukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA (*Human Leucocyte Antigen*) tertentu. HLA merupakan sistem kompleks gen pada kromosom 6 manusia yang mengkode protein permukaan sel yang bertanggung jawab atas pengaturan sistem imun.

2) Faktor imunologi

Pada diabetes melitus tipe I terdapat bukti adanya suatu respon autoimun pada tubuh. Ini merupakan respon abnormal dimana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya sebagai jaringan asing.

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.

b. *Non Insulin Dependent Diabetes Melitus* (NIDDM)

Virus dan kuman leukosit antigen tidak nampak memainkan peran terjadinya NIDDM. Faktor herediter memainkan peran yang sangat besar. Sekitar 80% klien NIDDM adalah kegemukan *Overweight* membutuhkan banyak insulin untuk metabolisme. Terjadinya hiperglikemia disaat pankreas tidak cukup menghasilkan insulin sesuai kebutuhan tubuh saat jumlah reseptor insulin menurun atau mengalami gangguan. Faktor resiko dapat dijumpai pada klien dengan riwayat keluarga menderita DM adalah resiko yang besar. Pencegahan utama NIDDM adalah mempertahankan berat badan ideal. Menurut Betteng, (2022) penyebab penderita diabetes melitus yaitu :

1) Riwayat keluarga

Diabetes dapat menurun menurut silsilah keluarga yang mengidap diabetes. Ini terjadi karena DNA pada orang diabetes melitus diinformasikan pada gen berikutnya terkait dengan penurunan produksi insulin. Glukosa darah puasa yang tinggi dikaitkan dengan risiko diabetes melitus di masa depan. Keluarga merupakan salah satu faktor risiko diabetes melitus jika salah satu dari orang tua menderita diabetes melitus tipe II, risiko anak mereka terkena diabetes melitus tipe II dengan sebesar 40%. Risiko ini akan menjadi 70% jika kedua orang tuanya menderita diabetes melitus tipe II.

2) Jenis kelamin

Pria cenderung lebih rentan mengalami hiperglikemia dibandingkan dengan wanita. Persentase hiperglikemia pada pria sebesar 12,9%, sedangkan pada wanita 9,7%. Hal ini berbeda dengan penelitian Gale dan Gillespie, (2010) dalam Cynthia, (2021) dimana diabetes melitus tipe II dominan terjadi pada wanita daripada pria. Tidak ada perbedaan prevalensi diabetes melitus tipe II antara pria dan wanita ketika berusia di bawah 25 tahun. Akan tetapi, mulai ada perbedaan sebesar 20% pada wanita daripada pria yang berusia 25-34 tahun. Pada kelompok usia 35-44 tahun perbedaannya menjadi 60% dan 14 kelompok usia 45-64 tahun DM tipe 2 lebih tinggi 2 kali lipat pada wanita dari pada pria.

3) Kelainan genetik

Diabetes dapat diturunkan menurut silsilah keluarga yang mengidap diabetes karena kelainan gen yang mengakibatkan tubuh akan tidak dapat menghasilkan insulin dengan baik, tetapi resiko terkena diabetes juga tergantung pada faktor kelebihan berat badan stress, dan kurang gerak.

4) Usia

Umunya manusia mengalami perubahan fisiologis yang secara drastis menurun dengan cepat setelah usia 40 tahun, Diabetes melitus kerap muncul setelah seseorang memasuki usia rawan tersebut, khususnya setelah usia 45 tahun pada mereka yang berat badanya berlebih sehingga tubuhnya tidak peka terhadap insulin.

5) Gaya hidup

Stres cenderung membuat seseorang mencari makanan yang manis dan berlemak tinggi untuk meningkatkan kadar serotonin didalam otak. Serotonin ini memiliki efek penenang sementara untuk meredakan stress. Tetapi gula dan lemaknya itulah yang berbahaya bagi mereka yang beresiko terkena diabetes melitus.

6) Pola makan

Kurang gizi atau kelebihan berat badan sama-sama meningkatkan resiko diabetes, kurang gizi (malnutrisi) dapat juga merusak pankreas, sedangkan obesitas mengakibatkan gangguan kerja pada insulin (resistensi insulin). Kurang gizi dapat terjadi pada kanak-kanak, dan pada usia dewasa akibat diet ketat berlebihan. Obesitas bukan karena makanan yang manis atau berlemak tetapi lebih disebabkan jumlah konsumsi yang terlalu banyak, sehingga cadangan gula darah yang disimpan di dalam tubuh sangat berlebihan sekitar 80% penderita diabetes melitus tipe II adalah mereka yang tergolong gemuk.

4. Patofisiologi

Diabetes melitus merupakan suatu syndrome gangguan metabolisme dengan hiperglikemia yang tidak semestinya terjadi sebagai akibat dari suatu defisiensi sekresi insulin atau berkurangnya efektifitas biologi dari insulin atau keduanya. Terdapat beberapa jenis diabetes melitus (DM) diantaranya Diabetes Tipe 1 dan 2, Diabetes Gestasional dan Diabetes Melitus tipe lain serta Impaired Glukosa Tolerance. 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

DM tipe 1 ditemukan sekresi glukagon yang berlebihan oleh sel-sel pulau Langerhans. Secara normal, kondisi hiperglikemia akan menurunkan sekresi glukagon. Namun, pada penderita diabetes melitus tipe 1, penurunan tersebut tidak terjadi sekresi glukagon tetap berlangsung meskipun kadar glukosa darah tinggi. Keadaan ini justru memperburuk kondisi hiperglikemia (Puspaningaras 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 yang akan mengawali rangkaian reaksi meliputi metabolisme glukosa. Pada diabetes melitus tipe II, 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 (Sumah 2022).

Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah akumulasi glukosa dalam darah, tubuh harus meningkatkan sekresi insulin guna mengatur kadar glukosa darah agar tetap dalam batas normal atau sedikit lebih tinggi. Namun, jika sel β tidak mampu memenuhi peningkatan kebutuhan insulin tersebut, kadar glukosa darah akan meningkat dan dapat menyebabkan berkembangnya diabetes melitus tipe 2. (Lestari, Zulkarnain, and Sijid 2021).

5. Manifestasi Klinik

Gejala diabetes mellitus dibedakan menjadi akut dan kronik

- a. Gejala akut poliphagia (banyak makan), polydipsia (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 dikulit, kram, kelelahan, mudah mengantuk, pandangan mulai kabur, gigi muda 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 4kg.

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Sumah (2022) menjelaskan bahwa ada beberapa pemeriksaan penunjang untuk membuktikan seseorang benar-benar menderita diabetes melitus yaitu :

a. Tes HbA1C Tes (hemoglobin terglikasi)

Adalah pengukuran kadar gula darah jangka panjang. Tes diagnosis diabetes mellitus ini, memungkinkan dokter tahu berapa rata-rata nilai gula darah dalam beberapa bulan terakhir. Tes diagnosis diabetes melitus ini mengukur presentase 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 pradiabetes. Kadar gula darah normal biasanya berada dibawah 5,7 persen.

b. Tes gula darah puasa

Dokter akan melakukan pemeriksaan 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 yaitu :

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

c. Tes gula darah sewaktu

Terdapat beberapa kondisi yang membuat hasil tes HbA1C tidak valid untuk menegakan diagnosis diabetes melitus. Misalnya, 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 mellitus ini akan ditampilkan dalam bentuk milligram perdesiliter (mg/dl) atau milimole perliter (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 diangka normal.

d. Tes toleransi gula darah oral

Ketimbang ketiga tes sebelumnya, metode diagnosis diabetes melitus ini terbilang kurang umum, kecuali jika itu ibu yang sedang hamil. tes diagnosis diabetes mellitus ini membutuhkan puasa semalaman sebelumnya. jadi, bagi seseorang yang setelah makan, baru lah 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) Pradiabetes : 140-199 mg/dl
- 3) Diabetes : 200 mg/dl atau lebih

7. Penatalaksanaan Medis

Dalam penetalaksanaan medis ada beberapa obat yang dianjurkan bagi penderita diabetes menurut Sumah (2022) :

- a. Antidiabetik oral Penatalaksanaan pasien DM dilakukan dengan menormalkan kadar gula darah dan mencegah komplikasi. Lebih khusus lagi dengan menghilangkan gejala, optimalisasi parameter metabolik dan mengontrol berat badan. Bagi pasien DM tipe 1 penggunaan insulin adalah terapi utama. Indikasi antidiabetik oral terutama ditunjukkan untuk penanganan pasien DM tipe 2 ringan sampai sedang yang gagal dikendalikan dengan pengaturan asupan energi, karbohidrat dan olahraga. Obat golongan ini ditambahkan bila setelah 4-8 minggu upaya diet dan olahraga dilakukan, kadar gula darah tetep diatas 200 mg% dan HbA1c diatas 8%. Jadi obat ini tidak digunakan untuk menggantikan upaya diet melainkan membantunya. Pemilihan obat antidiabetik 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 obat 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, pergantian insulin total menjadi kebutuhan. Insulin merupakan hormon yang mengatur kadar gula dalam darah (glukosa). 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.

8. Komplikasi

Menurut Erdaliza et al. (2024) komplikasi DM dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu :

a. Komplikasi akut

1) Hipoglikimia :

Kadar gula darah dibawah nilai normal (<50mg/dl) hipoglikemia lebih sering terjadi pada penderita DM tipe 1 yang dapat dialami 1-2 kali perminggu, kadar gula darah yang terlalu rendah sel-sel otak tidak mendapat pasokan energy sehingga tidak berfungsi bahkan dapat mengalami kerusakan.

2) Hiperglikemia :

Kadar gula darah meningkat secara tiba-tiba, dapat berkembang menjadi keadaan metabolisme yang berbahaya, antara lain ketoasidosis diabetik, Koma *Hiperosmoler Non Ketotik* (KHNK) kemolakto asidosis.

b. Komplikasi Kronis

1) Komplikasi Makrovaskuler :

Komplikasi makrovaskuler yang umum berkembang pada penderita diabetes melitus adalah trombotik otak (pembesaran darah pada sebagian otak), mengalami Penyakit Jantung Koroner (PJK) gagal jantung kongesif dan stroke.

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 kaki atau ulkus diabetikum disebut juga dengan kaki diabetik. Kaki diabetes merupakan

kelainan pada kaki dan tungkai bawah penderita diabetes akibat gula darah yang terus menerus tidak terkontrol. Gula darah tinggi menyebabkan lemak menempel didalam pembuluh darah tungkai, sehingga pembuluh darah menyempit dan aliran darah menjadi tidak lancar.

Diabetes dapat menyebabkan masalah yang dapat memengaruhi kaki, diantaranya neuropati diabetes, 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 kapalan pada kaki, yang nantinya menjadi penebalan kaki diabetik. Faktor yang berisiko terkena ulkus kaki pada pasien diabetes diantaranya, amputasi ekstremitas bawah sebelumnya, riwayat ulkus kaki, kelainan bentuk kaki anatomi, penyakit vaskular perifer, nefropati diabetik, kontrol glikemik yang buruk.

Komplikasi diabetes, yang sering dijumpai adalah terjadinya ulkus pada kaki atau sering disebut sebagai kaki diabetik. Ulkus diabetik merupakan komplikasi tersering yang dialami pasien diabetes melitus tipe 2 yaitu neuropati perifer (10-60%) (Yunita, 2019).

Luka dekubitus adalah komplikasi kronik diabetes melitus berupa luka 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

penyuluhan kesehatan, konsultasi gizi, melakukan aktivitas fisik yang sehat, mengonsumsi obat-obatan yang dianjurkan dan terus melakukan pemantauan gula darah secara rutin (Perkeni, 2021).

B. Konsep Dasar Keperawatan

Keperawatan dalam Nurkamila (2022), pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien.

1. Pengkajian

- a. Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis.
- b. Keluhan utama biasanya ditandai dengan luka yang tidak sembuh, dan pasien mengatakan nyeri pada kakinya yang terdapat luka khas diabetes melitus.
- c. Riwayat penyakit sekarang perlu ditanyakan kapan terjadinya luka, penyebab terjadinya luka, upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengatasinya. Diobservasi apa penyebab timbulnya rasa nyeri, seberapa berat keluhan nyeri terasa, dimana lokasi nyerinya, berapa skala nyeri termasuk nyeri ringan atau sedang atau berat, dan kapan keluhan nyeri dirasakan.
- d. Riwayat penyakit dahulu perlu ditanyakan apakah pasien sebelumnya pernah menderita diabetes mellitus atau penyakit lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin seperti penyakit pankreas. Adanya riwayat penyakit jantung, obesitas, maupun aterosklerosis, tindakan medis yang pernah didapat maupun obat-obatan yang biasa digunakan.
- e. Riwayat penyakit keluarga perlu ditanyakan apakah didalam satu keluarga pernah ada yang menderita diabetes melitus.
- f. 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)

Pada inspeksi, bentuk dada tampak simetris dan tidak tampak retraksi otot bantu napas, meskipun dalam beberapa kasus pasien memerlukan bantuan oksigen. Laju pernapasan (RR) dapat melebihi 22 kali per menit. Pada palpasi, fremitus vokal terasa sama antara sisi kanan dan kiri. Pernapasan mungkin terlihat cepat dan dalam, disertai peningkatan frekuensi serta bau napas seperti aseton.

2) B2 (Blood/Sirkulasi)

Pada inspeksi penyembuhan luka yang lama. Pada palpasi iktus cordis tidak teraba, nadi $>84x$ /menit (bisa juga terjadi takikardi), irama ireguler, CRT kembali 3detik 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, reflex tendon menurun, dan penurunan sensasi.

4) B4 (Bladder/Perkemihan)

Pasien terkadang terpasang kateter dikarenakan adanya masalah pada saluran kencing seperti poliuria, anuria, oliguria. Kondisi ini perlu mendapat perhatian khusus karena dapat mengindikasikan terjadinya hipovolemia berat dan berhubungan dengan ketidakseimbangan elektrolit, terutama pada pasien diabetes melitus yang disertai 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, polidipsi, anoreksia. Pada palpasi adakah nyeri abdomen. Pada perkusi didapatkan bunyi thympani. Pada auskultasi terdengar peristaltik usus. Kebiasaan BAB dirumah dan pada saat masuk rumah sakit, bagaimana konsistensinya, warna, bau, dan tempat yang digunakan.

6) B6 (Bone/ Tulang dan Integumen)

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

g. 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 kebiasaanya, 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 genitalia 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, serta hasil pemeriksaan fisik, seperti kondisi rambut, hidrasi kulit, palpebra atau konjungtiva, sklera, hidung, rongga mulut, gusi, kemampuan mengunyah, lidah, faring, kelenjar getah bening, dan kelenjar parotis. Pemeriksaan abdomen dilakukan melalui inspeksi dan auskultasi, serta diperhatikan adanya tanda-tanda ikterik atau lesi.

3) Pola Eliminasi

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

Data objektif: bentuk feses, konsistensi, warna, jumlah urine, bau dan 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. 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, mencakup (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. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan untuk Diabetes Melitus menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu :

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
- c. Keletihan berhubungan dengan status penyakit
- d. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer

- e. Risiko infeksi dengan faktor risiko 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 b/d hiperglikemia (D.OO27) SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x8 Jam Maka kestabilan kadar glukosa darah (L.03022) membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Kesadaran sedang
- 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 (mis, 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
R/ terjadi atau tidak komplikasi ketoacidosis diabetik

Terapeutik:

- 1) Berikan asupan cairan oral
R/ mempertahankan hidrasi/volume sirkulasi

Edukasi:

- 1) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
R/ diet dan olahraga dapat membantu dalam proses penyembuhan dan mencegah komplikasi

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian insulin
R/ pemberian insulin berfungsi mempertahankan jumlah glukosa dalam darah tetap normal
- 2) Kolaborasi pemberian cairan IV
R/ untuk memudahkan pemberian tambahan cairan kepada pasien

b. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik

SLKI Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama maka Tingkat Nyeri (L.0866) menurun 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 nonverbal

R/ untuk mengetahui tingkat nyeri

Terapeutik:

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

R/ untuk mengurangi nyeri

2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

R/ lingkungan yang tenang dapat meningkatkan kenyamanan

Edukasi:

1) Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri

R/ agar pasien dan keluarga dapat secara mandiri meringankan nyeri yang dirasakan pasien

Kolaborasi:

1) Kolaborasi pemberian angetik

R/ analgesik bekerja pada pusat otak lebih tinggi untuk menurunkan persepsi nyeri keletihan b/d status penyakit

SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama maka Tingkat Keletihan (L.05046) menurun dengan kriteria hasil:

1) Lesu menurun

2) Sakit kepala menurun

3) Gelisah menurun

4) Frekuensi nafas cukup menurun

5) Pola nafas 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 biasa menghambat
- 3) Monitor pola dan jam tidur
R/ tidur yang kurang cukup mengindikasikan tubuh kurang istirahat terhadap kelelahan

Terapeutik:

- 1) Anjurkan tirah baring
R/ tidur kurang cukup mengindikasikan tubuh kurang istirahat terhadap kelelahan
- 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
R/ mencegah melakukan aktivitas secara bertahap

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
R/ nutrisi atau sumber energi dibutuhkan untuk tenaga dalam melakukan aktivitas.

c. Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer

SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama
Maka Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) meningkat dengan kriteria hasil

SIKI: Perawatan Integritas Kulit (I.11353)

Observasi:

- 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit
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 hipoalergik pada kulit sensitif
R/ menjaga kelembapan kulit
- 3) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering
R/: mencegah kekeringan pada kulit

d. Risiko infeksi dengan faktor resiko penyakit kronis diabetes mellitus

SLKI Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama maka Tingkat Infeksi (L.14137) menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Demam menurun
- 2) Nyeri cukup menurun
- 3) Nafsu makan cukup meningkat

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 nontoksik
R/ menjaga kelembapan 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

e. Defisit nutrisi b/d peningkatan kebutuhan metabolisme

SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x8 jam Maka Status Nutrisi (L.03030) membaik 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/ mencukup kalori sesuai kebutuhan pasien dan dapat membantu proses penyembuhan
- 3) Monitoring asupan makana
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) Anjurkan posisi duduk
- 2) Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi:

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

4. Perencanaan

Pulang 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 pada keluarga untuk memberi motivasi kepada pasien dalam menjalani pengobatannya.
- d. Anjurkan untuk mengontrol kadar gula darah satu kali dalam seminggu.
- e. Anjurkan pasien kontrol gula darah ke dokter dan gunakan insulin secara tepat sesuai dosis yang ditentukan dan makan obat oral secara teratur. Anjurkan pasien untuk latihan fisik ringan seperti jalan-jalan pagi atau sore hari. Sebelum melakukan aktivitas hendaknya melakukan pengontrolan gula darah terlebih dahulu.

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien atas nama Ny.Y umur 71 tahun masuk di ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar, pada tanggal 16 Mei 2025 dengan Diabetes Melitus Tipe II Pasien masuk dengan penurunan kesadaran. Saat dilakukan pengkajian pasien tampak terbaring lemah di atas tempat tidur dengan kesadaran Sopor, GCS 6 (E3,V2,M1), tampak pasien sesak nafas, terpasang oksigen NRM 15 liter, terpasang cateter urine dan NGT.

Hasil observasi tanda-tanda vital didapatkan TD:120/50 mmHg, N:73 x/menit, S:38,5°C, P:28 x/menit. Hasil pemeriksaan laboratorium di dapatkan HB.9.1 g/dL, Leukosit 24.81 gr/dL, Clorida 115 mmol/L, GDS 448 mg/dL, HbA1C 6.1% Terapi obat yang di berikan yaitu Citicolin (2 amp/8 jam), Bisoprolol (1x1), Novorapid (0,5 u/kb/hari), Digoxin 0,25 mg/2 jam/oral.

Dari data yang didapatkan penulis mengangkat 3 diagnosis keperawatan yaitu: Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d hiperglikemia, Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d hipersekresi jalan nafas, Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neoromuskular.

B. Pengkajian Primer

Nama Pasien (Initial) : Ny.Y
 Umur : 71 tahun
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Tanggal/Jam MRS : 16 Mei 2025 / 13.40
 Tanggal/Jam Pengkajian : 17 Mei 2025/ 10.00
 Diagnosa Medis : Dyspnea + DM TIPE II + Hiperglikemia

Tabel 3.1
 Pengkajian B1-B6

B1	Pergerakan dada	- Simetris : √ - Tidak simetris :
	Pemakaian otot bantu napas	- Ada : √ - Jenis : NRM 15liter - Tidak ada : -
	Palpasi	- Vocal fremitus : Getaran kiri dan kanan - Nyeri tekan : √ - Krepitasi :
	Perkusi	- Redup : √ - Sonor : - Pekak :
	Suara napas	- Vesikuler : - Wheezing : - Ronchi : √ - Rales : - Friction rub : - Lokasi : kedua lapang paru
	Batuk	- Produktif : √ - Non produktif :

	Sputum	- Coklat : - Kental : ✓ - Berdarah : - Encer : - Warna lain :
	Alat bantu napas	- Tidak ada : - Ada : ✓ - Jenis : NRM 15liter
	Lain – lain	- RR : 28 x/menit - SpO2 : 95%
B2	Suara jantung	Tunggal S1 S2 S3 S4 S5
	Irama jantung	- Irreguler : ✓ - Reguler :
	CRT	- < 3 detik : ✓ - ≥ 3 detik :
	JVP	- Normal : ✓ - Meningkat
	EVP	- Ada : - Tidak ada : ✓ - Nilai : (5 – 2 CmH2O)
	Edema	- Ada : ✓ - Tidak ada : - Lokasi : Pada kaki kiri dan kanan
	EKG	Hasil : Sinus takikardi
	Lain-lain	- Tanda-tanda vital - TD : 120/50 mmHg - N : 73 X/menit - S : 38,5°c - P : 28 x/menit - SpO2 : 95% - Hasil pemeriksaan

		Laboratorium : Hb : 11.2 g/Dl Leukosit : 24.82/mm ³ Klorida : 102 mmol/L GDS : 448 mg/dl
B3	Tingkat kesadaran	- Kualitatif : Sopor - Kuantitatif (GCS) : 6 E : 3 V : 2 M : 1
	Reaksi pupil : - Kanan - Kiri	- Ada, diameter : (3) - Tidak ada - Ada, diameter : (3) Tidak ada
	Refleks fisiologis	- Tidak ada Ekstremitas atas dextra/sinistra : 1. Biseps dextra negatif 2. Biseps sinistra negatif 3. Trisep dextra negatif 4. Trisep sinistra negatif Ekstremitas bawah dextra/sinistra: 1. Patella dextra positif 2. Patella sinistra positif
	Refleks patologis	- Tidak ada 1. Babinski dextra negatif 2. Babinski sinistra negatif 3. Kaku kuduk :Tidak di kaji
	Meningeal sign	Tidak di kaji
	Lain-lain	- TTV :

		TD : 120/50 mmHg N : 73x/menit S : 38,5°C P : 28x/menit SpO2 : 95%
Bladder (B4)	Urine	- Jumlah : 310 cc/8 jam - Warnah : kuning pekat
	Kateter	- Ada, hari ke 6 - Jenis : Folley cateter size 16
	Kesulitan BAK	- Ya : √ - Tidak :
	Lain-lain	-
Bowel (B5)	Mukosa bibir	- Lembab : √ - Kering :
	Lidah	- Kotor : √ - Bersih :
	Keadaan gigi	- Lengkap : √ - Gigi palsu :
	Nyeri tekan	- Ya : - Tidak : √
	Abdomen	- Distensi : - Tidak distensi : √
	Peristaltik usus	- Normal : √ - Menurun : - Meningkatkan : - Nilai : 8x/menit
	Mual	- Ya : √ - Tidak :
	Muntah	- Ya : √ - Tidak : - Jumlah : 3 x - Frekuensi : Encer

	Hematemesis	- Ya : - Tidak : ✓ - Jumlah : - Frekuensi :
	Melena	- Ya : - Tidak : ✓ - Jumlah : - Frekuensi :
	Terpasang NGT	- Ya : ✓ - Tidak :
	Terpasang colostomy bag	- Ya : - Tidak : ✓
	Diare	- Ya : - Tidak : ✓ - Jumlah : - Frekuensi :
	Konstipasi	- Ya : - Tidak : ✓ - Sejak :
	Asites	- Ya : - Tidak : ✓
B6	Turgor	- Baik : ✓ - Jelek :
	Perdarahan kulit	- Ada : - Tidak ada : ✓ - Jenis :
	Icterus	- Ya : - Tidak : ✓
	Akral	- Hangat : - Kering : ✓

		- Merah : - Dingin : - Pucat : - Basah :
	Pergerakan sendi	- Bebas : - Terbatas : √ - Skala :
	Fraktur	- Ada : - Tidak ada : √ - Jenis : - Lokasi :
	Luka	- Ada : - Tidak ada : √ - Lokasi :
	Lain-lain	- Aktivitas di bantu oleh perawat dan keluarga - Pasien mengalami penurunan kesadaran

C. Pengkajian Sekunder

1. Identitas Pasien

Nama initial : Ny.Y
 Umur : 71 tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Status perkawinan : Tidak menikah
 Jumlah anak : -
 Agama/suku : Protestan
 Warga negara : Indonesia
 Bahasa yang digunakan : Indonesia
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : -
 Alamat rumah : Jl.Veteran utara LR. 46 No.29/31

2. Penanggung jawab

Nama : Ny.F
 Umur : 42 tahun
 Alamat : Jl.Damar No.10
 Hubungan dengan pasien :Keponakan

3. Data Medik

Diagnosa Medik
 Saat Masuk : Kesadaran menurun

4. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit : Tampak pasien **sakit berat**

Alasan : Tampak pasien lemah, tampak pasien penurunan kesadaran, tampak pasien sesak nafas,terpasang oksigen NRM 15 liter, tampak terpasang NGT, infus RL 500 dan tampak pasien terpasang kateter, tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur dan tampak pasien terpasang monitor.

b. Tanda-tanda vital :

- 1) Kesadaran (kualitatif) : Sopor
- 2) Skala Koma Glasgow (kuantitatif)

Respon motorik : 3
Respon verbal : 2
Respon membuka mata : 1
Jumlah : 6
Kesimpulan : Kesadaran menurun

3) Tekanan darah : 120/50 mmHg

MAP : 73

Kesimpulan : Perfusi ginjal tidak memadai

4) Suhu : 38,5°C

5) Pernapasan : 28x/menit

Irama : Tachipnea

Jenis : Dada

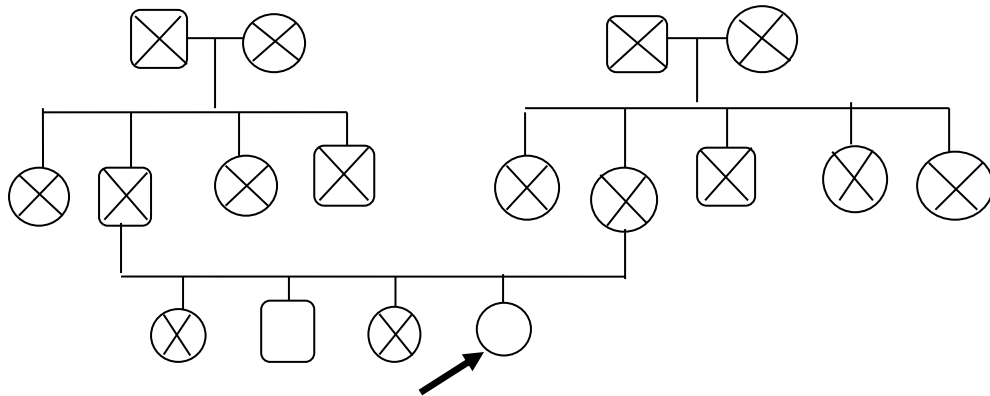
6) Nadi : 73x/menit

Irama : Teratur

5. Pengukuran

- a. Lingkar lengan atas : Tidak dikaji
- b. Tinggi badan : Tidak diukur (pasien tidak sadar)
- c. Berat badan : Tidak ditimbang (Pasien tidak sadar)
- d. IMT (Indeks Massa Tubuh) : -
- e. Kesimpulan : -

6. Genogram



Keterangan:



: Laki-laki



: Perempuan



: Meninggal



: Pasien



..... : Tinggal serumah



— : Garis keturunan

1. Pola Persepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting. Keluarga mengatakan pasien mengetahui bahwa dirinya menderita penyakit diabetes kurang lebih 5 tahun yang lalu. Keluarga juga mengatakan pasien sempat masuk di Rumah Sakit bulan April 2024.

b. Riwayat penyakit saat ini

1) Keluhan utama

Penurunan kesadaran

2) Riwayat keluhan utama

Keluarga pasien mengatakan pasien masuk Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan keadaan tidak sadarkan diri, keluarga mengatakan pasien awalnya mengeluh

perasaan tidak enak dan selalu merasakan pusing. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit Diabetes Melitus yang sudah lama. Keluarga mengatakan pasien mengonsumsi obat diabetes melitus namun tidak teratur.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Keluarga pasien mengatakan pasien pernah terjatuh di kamar mandi pada bulan Desember lalu. Keluarga mengatakan pasien pernah di operasi pasang pen.

4) Riwayat kesehatan keluarga:

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit keturunan yaitu diabetes melitus

Pemeriksaan fisik:

- a) Kebersihan rambut : Tampak kotor dan beruban
- b) Kulit kepala : Tampak kotor dan ada ketombe
- c) Kebersihan kulit : Tampak kulit bersisik, tampak bintik-bintik berwarna merah kecoklatan
- d) Higiene rongga mulut : tampak kotor dan berbau
- e) Kebersihan genitalia : tidak di kaji
- f) Kebersihan anus : tidak di kaji

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien makan teratur sebanyak 3x sehari dengan menu nasi, ayam, ikan dan sayur. Keluarga mengatakan bahwa pasien jarang minum air putih harus di paksa baru minum.

b. Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan makan 3x dalam sehari melalui NGT yang di berikan oleh perawat.

Observasi:

Tampak pasien di berikan makanan berupa bubur dan susu

Pemeriksaan fisik:

- 1) Keadaan rambut : tampak rambut beruban, tampak ada ketombe
- 2) Hidrasi kulit : tampak kulit pasien kembali dalam 3 detik
- 3) Palpdebra/congjuitiva : tampak tidak edema/tampak tidak anemis
- 4) Sclera : tampak tidak ikterik
- 5) Hidung : tampak septum teraba di tengah-tengah dan teraba
- 6) Rongga mulut : tampak berbau Gusi: tampak tidak meradang
 - a) Gigi: tampak lengka Gigi palsu: tampak tidak ada gigi palsu
 - b) Kemampuan mengunyah keras : pasien tidak mampu mengunyah keras
 - c) Lidah: tampak kotor,tampak berwarna putih
 - d) Pharing: tampak tidak ada peradangan
 - e) Kelenjar getah bening : tampak tidak ada pembesaran
 - f) Kelenjar parotis : tidak teraba pembesaran
 - g) Abdomen:
 - ✓ Inspeksi : tampak bentuk
 - ✓ Auskultasi : tidak dikaji
 - ✓ Palpasi : teraba tidak ada benjolan
 - ✓ Perkusi : tidak dikaji
 - h) Kulit
 - ✓ Edema : √ Positif Negatif
 - ✓ Icterik : Postif √ Negatif
 - ✓ Tanda-tanda radang : tampak tidak ada radang
 - i) Lesi : tampak benjolan berwarna kemerahan di seluruh permukaan kulit

4. Pola Aktivitas dan Latihan

a) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien dapat melakukan aktivitasnya di panti seperti melakukan pekerjaan rumah dan kemudian membantu para lansia lain di panti. Keluarga mengatakan pasien tidak pernah beroliarag di panti.

b) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan badan pasien lemas dan merasa lelah. Keluarga mengatakan pasien hanya terbaring di tempat tidur dan aktivitasnya selalu di bantu/dampingi oleh keluarga dan perawat.

Observasi:

Tampak pasien hanya terbaring di tempat tidur, tampak kebutuhan pasien di bantu oleh keluarga dan perawat.

1) Aktivitas harian

- ✓ Makan : 3
- ✓ Mandi : 3
- ✓ Pakaian : 4
- ✓ Kerapihan : 4
- ✓ Buang air besar : 3
- ✓ Buang air kecil : 1
- ✓ Mobilisasi di tempat tidur : 4

2) Postur tubuh : tidak di kaji (pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur)

3) Gaya jalan: tidak di kaji (pasien terbaring lemah di tempat tidur)

4) Anggota gerak yang cacat: tidak ada

5) Fiksasi: tidak ada

6) Tracheostomi: tidak ada

7) Tekanan darah:

Berbaring : 120/50 mmHg

Duduk : tidak dikaji

Berdiri : tidak dikaji

8) HR: 73x/menit

9) Kulit:

Keringat dingin: tampak tidak keringat dingin

Basah : tampak pasien tidak pucat

10)JVP: 5-2 cmH₂O

Kesimpulan: Perfusi jaringan memadai

11)Perfusi pembuluh kapiler kuku: Kembali dalam >3 detik

12)Thorax dan pernafasan

✓ Inspeksi:

Bentuk thorax : tampak simetris kiri dan kanan

Retraksi interkostal : tampak tidak ada retraksi interkostal

Sianosis : tampak tidak sianosis

Stidor : tampak tidak stridor

✓ Palpasi:

Vocal premitus : getaran paru kiri dan kanan sama

Krepitasi : tidak teraba krepitasi

✓ Perkusi:

☐ Sonor ✓ Redup Pekak ☐

Lokasi: Intracosta

✓ Auskultasi:

Suara napas: terdengar rales pada kedua lapang paru

Suara ucapan : pasien tidak mampu berbicara

13)Jantung

a) Inspeksi : Ictus kordis : tidak tampak

b) Palpasi : teraba 73x/menit

c) Perkusi : -

Batas atas jantung: ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung: ICS 5 linea medioclavicularis sinistra

Batas kanan jantung: ICS 2sternalis dextra

Batas kiri jantung: ICS 6 linea axiaris anterior sinistra

d) Auskultasi

Bunyi jantung II A : Tunggal, ics 2 dan 3 linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P : Tunggal, ics 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : Tunggal, ics 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M: Tunggal, ics 5linea medioclavicularis sinistra

Bunyi jantung III irama gallop : tidak ada

Murmur : tidak ada

Bruit :aorta : tidak ada

A.Renalis : tidak ada

A.Femoralis : tidak ada

14) Lengan dan tungkai

a) Atrofi otot : Negatif

b) Rentang gerak

Kaku sendi : tampak tidak ada kaku sendi

Nyeri sendi : tidak ada

Fraktur : tampak tidak ada fraktur

c) Uji kekuatan otot: Kesan: Pasien mengalami penurunan kesadaran

d) Reflex fisiologis : Biceps(+), Triceps(+)

e) Reflex patologi

Babinski kiri : negatif

Kanan : negatif

f) Cubing jari-jari: tidak ada

g) Varises tungkai :tidak ada

h) Columna vetebralis

Inspeksi : tampak tidak ada kelainan

Palpasi : tampak tida ada nyeri tekan

Kaku kuduk : tidak ada

5. Pola tidur dan istirahat

a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien sering tidur jam 6 pagi bangun makan kemudian tidur sampai jam 9-10 pagi, keluarga mengatakan terbangun jam 12 siang kemudian makan siang. keluarga mengatakan pasien tidur malam tidak menentu, keluarga mengatakan pasien sering gelisah, keluarga mengatakan pasien biasanya tidur jam 7 atau 8 malam kemudian terbangun jam 9-10 pagi.

b. Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien tidurnya sering gelisah. Keluarga pasien mengatakan pasien tidur malam biasanya $\pm$ jam 7 malam kadang 2 jam dan bahkan tidak bisa tidur, keluarga mengatakan pasien tidur siang hanya ± 3 jam.

c. Observasi:

Tampak pasien terbaring lemah

Ekspresi wajah mengantuk : Negatif $\checkmark$

Banyak menguap : Positif $\checkmark$

Palpebra inferior berwarna gelap : Positif $\checkmark$

6. Pola Persepsi Kognitif

a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan, dan pendengaran.

keluarga mengatakan penglihatan dan pendengaran pasien baik.

b. Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien hanya terbaring lemah dan tidak sadarkan diri.

c. Observasi:

Tapak pasien penurunan kesadaran

Uji kekuatan otot : Pasien mengalami penurunan kesadaran

7. Pola persepsi dan konsep diri

a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien adalah hanya seorang diri yang tinggal dipanti. Keluarga mengatakan pasien di urus oleh suster dari yayasan panti. Keluarga mengatakan pasien hanya bersama keponakannya.

b. Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasanya karena kondisi nya yang sakit. Keluarga pasien mengatakan pasien cepat sembuh dari sakitnya sehingga bisa berkumpul bersama teman-temannya.

c. Observasi:

3) Kontak mata : tampak pasien tidak sadar

4) Rentang perhatian : tampak pasien tidak sadar

5) Suara dan cara bicara : tampak pasien tidak sadar

6) Postur tubuh : tidak di kaji

8. Pola peran dan Hubungan dengan sesama

a. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan pasien mempunyai hubungan yang baik dengan keluarganya. Keluarga mengatakan pasien seorang diri dikarenakan pasien tidak menikah. Keluarga

mengatakan keponakan pasien selalu datang menemani dan mengontrol keadaan pasien di panti.

b. Keadaan sejak sakit:

Keluarga mengatakan merasa sedih melihat kondisi pasien terbaring lemas dan tidak sadarkan diri di tempat tidur.

c. Observasi:

Tampak keluarga pasien datang menjenguk pasien

9. Pola Reproduksi dan Seksualitas

a. Keadaan sebelum sakit:

Tidak di kaji karena pasien penurunan kesadaran

b. Keadaan sejak sakit:

Tidak di kaji karena pasien penurunan kesadaran

10. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

a. Keadaan sebelum sakit:

Tidak di kaji karena penurunan kesadaran

b. Keadaan sejak sakit:

Tidak di kaji karena penurunan kesadaran

11. Pola sistem nilai kepercayaan

a. Keadaan sebelum sakit: Keluarga pasien mengatakan pasien beragama kristen protestan dan selalu beribadah di panti.

b. Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan saat ini pasien tidak bisa beribadah karena pasien sedang sakit dan hanya bisa terbaring di tempat tidur.

c. Observasi:

Tampak pasien di dampingi oleh keluarga dan tampak pasien diputar lagu-lagu rohani didekat telinganya.

3. Uji saraf kranial

- a. Nervus I : Tidak di kaji (penurunan kesadaran)
- b. Nervus II :Tidak di kaji (penurunan kesadaran)
- c. Nervus II,IV,VI : Tidak dapat di kaji (penurunan kesadaran)
- d. Nervus V : Tidak di kaji (penurunan kesadaran)
- e. Nervus VII : Tidak di kaji (penurunan kesadaran)
- f. Nervus VIII : Tidak di kaji (penurunan kesadaran)
- g. Nervus IX : Uvula tampak berada di tengah,tampak tidak ada peradangan
- h. Nervus X : Pasien tidak mampu menelan
- i. Nervus XI : Tidak di kaji (penurunan kesadaran)
- j. Nervus XII : Tidak di kaji (penurunan kesadaran)

Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan foto thorax Kesan: Pneumonia kanan Bronchitis

Cardiomegaly (LVH)

Tabel 3.2
Pemeriksaan penunjang

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
Gula Darah Sewaktu	448	mg/dL	100 – 140
Hb	11.2	g/dL	10.8 – 14.9
Leukosit	24.81		3.5 – 10.0 (x103)
Trombosit	241		100 – 300 (x103)
Neut%	88.0	%	42.5 – 71.0
Lymph%	8.4	%	20.40 – 44.60
Mono%	3.4	%	3.60 – 9.90
EO%	0.0	%	0.7 – 5.4
Baso%	0.2	%	0.00 – 1.00
IG%	0.6	%	0 – 72
FH			
SGOT	25	U/L	<37
SGPT	33	U/L	<43
Albumin	2.8	g/dL	3.8 – 4.4
BUN	34	mg/dL	0.0 – 18.0
Creatinin	1.51	mg/dL	<1.1
Natrium	138	mmo1/L	135.0 – 145.0
Kalium	3.8	mmo1/L	3.5 – 5.1
Clorida	102	mmo1/L	97.0 – 111.0
Lainnya			
HbA1C	6.1	%	<5.7
Swab PCR	Negatif		Negatif

D. Analisa Data

Tabel 3.3
Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
Data subjektif: 1. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit diabetes melitus sudah cukup lama 2. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak teratur mengkonsumsi obat Data objektif: 1. Tampak penurunan kesadaran 2. Hasil lab: GDS: 448 mg/dl HbA1c: 6.1% Natrium: 138mmo1/L	Hiperglikemia	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Chlorida:102 mmo1/L		
Data subjektif: 1. Keluarga pasien mengatakan pasien sesak Data objektif: 1. Tampak pasien sesak 2. Tampak pasien menggunakan O2 NRM 15 liter	Hipersekresi Jalan Nafas	Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif
Data subjektif: 1. Keluarga pasien mengatakan kaki bengkak dan berwarna kemerahan 2. Keluarga pasien mengatakan pasien lemah Data objektif: 1. Tampak kaki pasien bengkak dan berwarna kemerahan	Gagguan neoromuskular	Gangguan mobilitas fisik

2. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur		
--	--	--

E. Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.4
Diagnosa Keperawatan

Kode	Diagnosis keperawatan
D.0027	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d Hiperglikemia
D.0001	Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d Hipersekresi jalan nafas
D.0054	Gangguan mobilitas fisik b/d Gagguan neoromuskular

F. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5
Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran yang diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d Hiperglikemia (D.0027)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil (L.03022) 1. Kesadaran meningkat 2. Kadar glukosa dalam darah membaik	Manajemen hiperglikemia (I.03115) Observasi : 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 3. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia Edukasi : 1. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 2. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, dll) Kolaborasi : 1. Kolaborasi

		pemberian insulin, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu
Bersihkan jalan nafas tidak efektif b/d Hipersekresi jalan nafas (D.0001)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil (L.01001) 1. Dispnea membaik 2. Frekuensi nafas membaik 3. Pola nafas membaik	Manajemen jalan nafas (I.14509) Observasi 1. Monitor pola nafas 2. Monitor bunyi nafas Terapeutik 1. Pertahankan kepatenan jalan nafas 2. Posisikan semi-fowler atau fowler 3. Berikan oksigen, jika perlu
Gangguan mobilitas fisik b/d Gagguan neoromuskular (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil (L.05042) 1. Gerakan terbatas menurun	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik

	2. Kelemahan fisik menurun	melakukan pergerakan Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan
--	-------------------------------	---

G. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.6
Implementasi Keperawatan

Hari/Tanggal	SDKI	Waktu	Implementasi keperawatan	Paraf
Senin, 19 mei 2025	I	08.50	Monitor glukosa darah Hasil : GDS pasien 60 mg/dL	Laurensius
	I	09.00	Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia Hasil : Keluarga pasien mengatakan pasien riwayat DM sudah cukup lama dan jarang mengontrolnya.	Laurensius
	I	09.25	Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu Hasil : Novarapid 10unit/hari	Laurensius
	II	09.35	Pertahankan kepatenan jalan nafas Hasil : Tampak pasien menggunakan O2 NRM	Laurensius

			15liter	
	II	10.00	Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya Hasil : Tampak pasien tidak sadar	Laurensius
	I	11.20	Kolaborasi pemberian cairan IV,jika perlu Hasil : Dexstrose mononydrate/Infus	Laurensius
	II	11.25	Posisikan semi-fowler atau fowler Hasil : Tampak pasien di berikan posisi semi-fowler	Laurensius
	II	11.40	Monitor bunyi nafas Hasil: Terdengar bunyi ronchi	Laurensius
	II	11.45	Monitor pola nafas Hasil: P:30x/menit TD:140/80 mmHg	Laurensius

			N:105x/menit S:36,3°C Spo2:90%	
	III	12.00	Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan Hasil : Tampak keluarga pasien menemani pasien tetapi pasien tidak sadarkan diri	Laurensius
	I	12.20	Ajarkan pengelolaan diabetes (mis.penggunaan insulin,obat oral,monitir asupan cairan,dll) Hasil : Keluarga pasien mengerti pentingnya pemberian insulin,obat diabetes karena mengingat pasien memiliki riwayat DM TIPE II	Laurensius
	I	12.35	Kolaborasi pemberian cairan IV,jika perlu Hasil: - Citicollin 250mg/2amp/iv - Atorvastin 3amp/12jam	Laurensius

Selasa, 20 Mei 2025	I	07.50	Monitor kadar glukosa dara, jika perlu Hasil : GDS :160 mg/dL	Laurensius
	I	08.20	Berikan oksigen, jika perlu Hasil : Pasien di berikan o2 NRM 15liter	Laurensius
	I	08.40	Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu Hasil : Dextrose mononhydrate/Infus	Laurensius
	II	09.15	Monitor pola nafas Hasil : P:24x/menit TD:130/60 mmHg N:90x/menit S:36°C Spo2:95%	Laurensius
	II	09.10	Monitor bunyi nafas Hasil : Terdengar bunyi ronchi	Laurensius

	III	09.25	Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) Hasil: Tampak pasien tidak sadarkan diri dan tidak dapat melakukan aktivitas	Laurensius
	III	09.50	Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : Tampak pasien tidak sadar	Laurensius
	III	09.55	Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya Hasil : Tampak pasien tidak sadar	Laurensius
	I	10.10	Monitir kadar glukosa dara,jika perlu Hasil : GDS 200 gr/dl	Laurensius
	I	10.25	Monitor tanda dan gejala hiperglikemia Hasil : Pasientampak lemah	Laurensius

			GCS 6 : E3M2V1	
	I	11.00	Berikan oksigen,jika perlu Hasil : Pasien di berikan o2 NRM 15 liter	Laurensius
	III	11.20	Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan Hasil : Tampak pasien tidak sadar,tampak keluarga pasien selalu mendampingi pasien	Laurensius
	I	12.15	Kolaboarsi pemberian insulin,jika perlu Hasil : Insulin novarapid 10 unit	Laurensius
	II	07.40	Monitor pola nafas Hasil : P:22x/menit TD:125/85 N:95x/menit S:36,7°c	Laurensius
	II	07.45	Spo2:93% Monitor bunyi nafas	Laurensius

Rabu, 21 Mei 2025			Hasil : Terdengar bunyi ronchi	
	I	08.10	Monitor kadar glukosa darah, jika perlu Hasil : GDS 150 gr/dl	Laurensius
	I	08.25	Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu Hasil : - Citicollin 250mg/2amp/iv - Atorvastin 3amp/12jam - Dextrose mononydrate/Infus	Laurensius
	II	08.35	Berikan oksigen Hasil : Pasien di berikan O2 NRM 15 liter	Laurensius
	III	09.10	Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya Hasil : Tampak pasien tidak sadar	Laurensius
	I	09.30	Identifikasi adanya nyeri	Laurensius

			atau keluhan lainnya Hasil : Tampak pasien tidak sadar	
	III	09.50	Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : Tampak pasien tidak sadar	Laurensius
	II	10.10	Pertahankan kepatenan jalan nafas Hasil : Tampak pasien menggunakan o2 NRM 15liter	Laurensius
	I	10.35	Kolaborasi pemberian insulin,jika perlu Hasil : Insulin novarapid 10 unit	Laurensius
	II	11.05	Posisikan semi-fowler atau fowler Hasil : Tampak pasien di berikan posisi semi-fowler	Laurensius
	III	11.25	Libatkan keluarga untuk	Laurensius

			membantu pasien dalam melakukan pergerakan Hasil : Tampak keluarga pasien menemani pasien tetapi pasien tidak sadarkan diri	
	I	11.35	Ajarkan pengelolaan diabetes (mis.penggunaan insulin,obat oral,monitir asupan cairan,dll) Hasil : Keluarga pasien sudah mengerti pentingnya pemberian insulin,obat diabetes karena mengingat pasien memiliki riwayat DM TIPE II	Laurensius
	I	12.10	Monitor kadar glukosa dara,jika perlu Hasil : GDS 175 gr/dl Kolaborasi pemberian insulin,jika perlu Hasil : Novarapid 10unit/hari	Laurensius

	1. Keluarga pasien mengatakan pasien masih terasa sesak 2. Pasien menggunakan O2 NRM 15liter O : 1. Tampak pasien sesak 2. Tampak pasien menggunakan O2 NRM 15liter 3. Tampak Respirasi :30x/menit A : Masalah Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekresi jalan nafas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Manajemen jalan nafas Diagosa 3 (Gangguan Mobilitas Fisik B/D Gangguan Neuromuskular) (D.0054) S : 1. Keluarga pasien mengatakan kaki bengkak dan berwarna kemerahan 2. Keluarga pasien mengatakan pasien lemah O : 1. Tampak kaki pasien bengkak 2. Tampak kaki pasien kemerahan	Laurensius
--	---	------------

Selasa,20 Mei 2025	3. Tampak pasien lemah A : Masalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan neuromuskuler belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Dukungan mobilitas fisik Diagnosa 1 (Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah B/D Hiperglikemia) (D.0027) S : 1. Keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah 2. Keluarga pasien mengatakan pasien juga tidak sadar O : 1. Tampak pasien penurunan kesadaran 2. GDS :160 mg/dl A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia belum teratasi P : Lanjutkan intervensi manajemen hiperglikemia Diagnosa 2 (Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d Hipersekresi jalan nafas) (D.0001)	Laurensius Laurensius
-------------------------------	--	-------------------------------------

	S : 1. Keluarga pasien mengatakan pasien masih sesak O : 1. Tampak pasien sesak 2. Tampak pasien menggunakan O2 NRM 15 liter 3. Respirasi :24x/menit A : Masalah Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekresi jalan nafas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Manajemen jalan nafas Diagosa 3 (Gangguan mobilitas fisik b/d Gangguan neuromuskular) (D.0054) S : 1. Keluarga pasien mengatakan pasien lemah 2. Keluarga pasien mengatakan Kaki pasien bengkak 3. Keluarga pasien mengatakan kaki pasien kemerahan	Laurensius
--	--	-------------------

Rabu21 Mei 2025	O : 1. Tampak kaki pasien bengkak 2. Tampak kaki pasien kemerahan 3. Tampak pasien lemah A : Masalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan neuromuskuler belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Dukungan mobilitas fisik Diagnosa 1 (Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah B/D Hiperglikemia) (D.0027) S : 1. Keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah 2. Keluarga pasien mengatakan pasien juga tidak sadar O : 1. Tampak pasien penurunan kesadaran 2. GDS :150 mg/dl A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia belum teratasi P :	Laurensius
----------------------------	---	-------------------

	Lanjutkan intervensi manajemen hiperglikemia Diagnosa 2 (Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif B/D Hipersekresi Jalan Nafas) (D.0001) S : 1. Keluarga pasien mengatakan pasien masih sesak O : 1. Tampak pasien sesak 2. Tampak pasien menggunakan O2 NRM 15 liter 3. Respirasi :22x/menit A : Masalah Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekresi jalan nafas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Manajemen jalan nafas Diagnosa 3 (Gangguan Mobilitas Fisik B/D Gangguan Neuromuskular) (D.0054) S :	Laurensius Laurensius
--	--	-------------------------------------

	1. Keluarga pasien mengatakan pasien lemah 2. Keluarga pasien mengatakan Kaki pasien sudah tidak bengkak 3. Keluarga pasien mengatakan kaki pasien sudah tidak kemerahan O : 1. Tampak pasien lemah 2. Tampak kaki pasien tidak bengkak 3. Tampak kaki pasien tidak kemerahan A : gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan neuromuskuler teratasi P : Dukungan mobilitas fisik dihentikan	
--	--	--

Penatalaksanaan Terapi pasien

Tabel 3.8

Terapi Obat

Nama Obat	Dosis
Bisoprol	(1x1)
Citicollin	(2 amp/8 jam)
Dogoxin	(0,25 mg/2 jam)
Novarapit	(0,5 u/kb/hari)

Daftar Obat

1. Nama Obat : Bisoprol

- a. Klasifikasi obat : *obat yang digunakan untuk mengelolah dan mengobati hipertensi dan gagal jantung kongestif*
- b. Dosis umum : 1,25 mg,1 kali sehari
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1x1
- d. Cara pemberian Obat : diberikan secara intravena
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat Bisoprolol adalah obat untuk mengatasi hipertensi atau tekanan darah tinggi, angina pectoris, aritmia, dan gagal jantung. Bisoprolol digunakan sendiri atau dikombinasikan dengan obat lain untuk mengobati tekanan darah tinggi.
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk mengontrol tekanan darah, angina, aritmia pada pasien .
- g. Kontra indikasi: Kontraindikasi bisoprolol adalah kondisi denyut jantung <50 kali/menit dan hipotensi, seperti pada kondisi syok hipovolemik dan kardiogenik.
- h. Efek samping obat: Beberapa efek samping yang dapat terjadi setelah mengonsumsi bisoprolol adalah: pusing dan sakit kepala.

2. Nama Obat : Citolollin

- a. Klasifikasi obat : Psikostimulan dan nootropik
- b. Dosis umum : 500 mg/sehari
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2 amp/8jam
- d. Cara pemberian : diberikan secara intravena
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat
Citicolin bekerja dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia di otak bernama phosphatidylcholine. Zat ini berperan penting dalam melindungi fungsi otak.

- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan
 - g. Kontraindikasi
Kontraindikasi pemberian citicoline adalah hipertonia sistem parasimpatik dan hipersensitivitas terhadap citicoline
 - h. Efek samping
Obat citicollin menimbulkan efek samping sakit kepala, insomnia, kegelisaan, diare, mual dan muntah, sakit perut
3. Nama obat : Dogixin
- a. Klasifikasi obat : Glikosida digitalis
 - b. Dosis umum : 10-15 mg/kg dan 8-12 mg/kg
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 0,25 mg/2 jam
 - d. Cara pemberian : Diberikan secara oral
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : meningkatkan kekuatan kontraksi jantung dengan menghambat pompa natrium-kalium ATP (Na^+/K^+ ATPase) miokardium secara reversibel. Enzim ini
 - f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:
 - g. Kontraindikasi: Kontraindikasi Hindari penggunaan Digoxin pada pasien: Takikardia/fibrilasi ventrikel, kardiomiopati obstruktif hipertrofik, amiloidosis jantung, perikarditis konstriktif. Aritmia akibat keracunan obat golongan glikosida jantung.
 - h. Efek samping
- Reaksi alergi—ruam kulit, gatal, gatal-gatal, pembengkakan pada wajah, bibir, lidah, atau tenggorokan. Keracunan digoksin kebingungan, kehilangan nafsu makan, mual, muntah, diare, perubahan penglihatan seperti penglihatan kabur atau menguning, kelelahan, detak jantung cepat atau tidak teratur.
4. Nama obat Novarapit
- a. Klasifikasi obat : Pengobatan pada diabetes melitus
 - b. Dosis umum : 0,5 dan 1,0 unit/kilogram badan/hari

- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 10 unit/hari
- d. Cara pemberian : Cubiti kulit lalu suntikkan jarum secara tegak lurus (90°) atau 45° untuk orang kurus
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
- g. Kontraindikasi :
Hipoglikemia (kadar gula darah rendah) dan Alergi terhadap insulin aspart atau komponen lain.
- h. Efek samping :
Hipoglikemia, reaksi di tempat suntikan, reaksi alergi, Retensi cairan, gangguan penglihatan

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Dalam bab ini penulis akan menganalisa kasus yang dikaitkan dengan tinjauan teoritis baik medis maupun keperawatan berdasarkan kasus nyata pada Ny. J, umur 71 tahun dengan Diabetes Melitus tipe 2 diruang *Intensive Care Unit* (ICU), Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Dalam proses keperawatan perlu menggunakan metode ilmiah sebagai pedoman dalam melakukan asuhan keperawatan untuk membantu perawat dalam melakukan praktik keperawatan secara sistematis dalam mencapai tujuan keperawatan yaitu meningkatkan, mempertahankan kesehatan atau membuat pasien yang kritis tenang dalam menghadapi kematian. Proses perawatan pada lima tahap, dimana tahap-tahap secara bersama-sama membentuk lingkaran pemikiran dan tindakan yang *continue*, yang mengulang kembali kontak dengan pasien. Tahap-tahap dalam proses keperawatan tersebut adalah sebagai berikut.

a. Pengkajian kritis, meliputi :

Pengkajian merupakan tahapan awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu berasal dari pasien, keluarga pasien, perawat ruangan, status pasien, dan observasi langsung pada pasien.

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. Y, didapatkan bahwa manifestasi klinik yang dialami pasien sebagian besar terdapat pada tinjauan teoritis. Tanda dan

gejala yang ditemukan pada pasien antara lain : kulit teraba kering, gula darah tinggi, sesak napas, S : 38,5°C, pernapasan 28x/menit, nadi 73x/m, TD : 120/50 mmHg, hasil lab : clorida :115 mmol/L, HbA1C : 6.1%.Dimana masalah utama pasien mengalami penurunan kesadaran. Dimana pasien memiliki riwayat penyakit diabetes melitus tipe 2.

Dari data yang ditemukan pada kasus menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori karena sebagian besar tanda dan gejala yang dialami oleh pasien terdapat pada tinjauan teoritis.

1) B1 (*Breath*)

Pada pengkajian B1(*Breath*), di dapatkan hasil pengkajian pasien tampak sesak dengan frekuensi pernapasan 28x/menit dan spO₂, 95%. Pasien juga tampak menggunakan otot bantu pernapasan diaphragma. Selain itu, terdengar juga bunyi ronchi pada kedua lapang paru pasien dan terdengar penumpukan lendir lebih banyak pada paru kiri pasien. Dari kondisi pasien diatas, dapat disimpulkan bahwa pasien mengalami penumpukan cairan akibat penurunan kesadaran dan penurunan cadangan energy, yang membuat reflex batuk pasien menurun dan tidak mampu bernapas secara adekuat sehingga terjadi sesak napas pada pasien.

2) B2 (*Blood*)

Pada pengkajian B2 (*Blood*) didapatkan hasil berupa tekanan darah 120/50 mmHg dan frekuensi nadi 73x/menit. Selain itu, kedua ekstremitas atas dan bawah juga tampak edema, dimana hal ini dikarenakan terganggunya aktivitas elektrolit akibat iskemik pada daerah terkait. Hal ini dibuktikan dengan hasil

pemeriksaan laboratorium nilai Leukosit terlalu tinggi (24,81 gr/dl) dan clorid (102 mmol/L).

3) B3 (*Brain*)

Hasil dari pengkajian B3 (*Brain*), didapatkan tingkat kesadaran pasien sopor dengan GCS 6, dimana pasien hanya pasien mengalami penurunan kesadaran. Tampak reaksi pupil isokor kiri dan kanan.

4) B4 (*Bladder*)

Pada pengkajian ini, pasien tampak terpasang *Foley cateter* dengan jumlah urine sebanyak 310 cc/8 jam dan berwarna kuning pekat. Pemasangan kateter urine dilakukan untuk memonitor dan membantu output pasien yang mengalami penurunan kesadaran.

5) B5 (*Bowel*)

Pada pengkajian ini pasien di pasangkan NGT untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien dan memonitor input cairan pasien

6) B6 (*Bone*)

Pada pengkajian ini tidak didapatkan B6 (*Bone*) , akral tampak kering. Hal ini disebabkan karena kurangnya suplai oksigen dalam tubuh pasien yang dibuktikan dengan sesak napas dan nilai spO₂ 95%.

a) Pengkajian 11 Pola Gordon

Menurut Nuryanti (2020), pengkajian 11 pola Gordon dilakukan dengan secara komprehensif yang mencakup seluruh aspek dalam kerangka pengkajian kesehatan fungsional. Pada kasus Ny. Y, pengkajian 11 pola Gordon dilakukan seluruhnya dan diperoleh beberapa pola yang bermasalah, antara lain :

Pada saat pengkajian hasil observasi didapatkan pasien tampak sakit berat dengan kondisi terpasang

cairan infus RL, tampak pasien sesak dan terpasang oksigen NRM 15 liter. Kesadaran pasien sopor dengan GCS 6, (E1V2M3). Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu TD : 120/50 mmHg, MAP : mmHg, nadi : 73x/menit, suhu badan 38,5 °c, pernapasan 28x/menit , spO2 95%. Pasien tampak terpasang NGT dan kateter urine. Hasil laboratorium pasien didapatkan nilai GDS 448 mg/dL, clorida 12 mmol/L, leukosit 24,8/mm³.

Adapun pengkajian yang dilakukan oleh penulis, kepada keluarga pasien untuk mendapatkan hasil data subjektif, yaitu. Keluarga pasien mengatakan pasien mengetahui bahwa pasien menderita penyakit diabetes kurang lebih 5 tahun yang lalu. Keluarga pasien juga mengatakan pasien sempat masuk di Rumah Sakit bulan april.

Saat dilakukan pengkajian pola aktivitas dan latihan didapatkan data berupa pasien tidak mampu melakukan aktivitas sendiri sehingga membutuhkan bantuan perawat dan keluarga dalam memenuhi kebutuhannya seperti makan, mandi, berpakaian, kerapihan, buang air besar dan buang air kecil.

Berdasarkan data diatas,kasus pada Ny. Y sesuai dengan teori yang ada, yaitu gaya hidup yang merupakan pemicu dari Diabetes Melitus (DM).

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data dari pengkajian , penulis mengangkat 3 diagnosis keperawatan pada Ny. J sesuai (SDKI, 2018) yaitu:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia

Diagnosa ini diangkat berdasarkan data yang mendukung

pada pengkajian B2 (*Blood*), didapatkan 1 dari 2 tanda dan gejala mayor di SDKI yaitu Hiperglikemia (kadar glukosa dalam darah/urin tinggi) dan juga dari tanda dan 3 dari 5 yaitu Hipoglikemia (kesadaran menurun, perilaku aneh dan sulit bicara)

- b. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas

Diagnosa ini diangkat berdasarkan data yang mendukung pada pengkajian B2 (*Breath*), dimana didapatkan 1 dari 2 tanda dan gejala mayor di SDKI yaitu Bersihan jalan nafas

- c. Gangguan mobilitas berhubungan dengan gangguan neuromuskular diagnosis ini diangkat berdasarkan data yang mendukung pada pengkajian B6 (*Bone*) dimana didapatkan tanda dan gejala dari data mayor di SDKI yaitu mobilitas fisik.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian dan perumusan diagnosis keperawatan, selanjutnya penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah yang ditemukan. Perencanaan yang disusun oleh penulis berdasarkan diagnosis keperawatan yaitu :

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia

1) Manajemen Hiperglikemia

- a) Observasi

Mengidentifikasi penyebab terjadinya hiperglikemia

- b) Terapeutik

Menganjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri

c) Kolaborasi

Berkolaborasi pemberian insulin,jika perlu

b. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan manajemen jalan nafas

1) Manajemen jalan

napas

Observasi

a) Monitor pola nafas

b) Monitor bunyi nafas

Terapeutik

1) Pertahankan kepatenan jalan nafas

2) Posisikan semi-fowler atau fowler

3) Berikan oksigen jika perlu

c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuskular

1) Dukungan

mobilisasi

Observasi

a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya

b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

Terapeutik

a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu

(mis.pagar tempat tidur)

Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan

4 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan rencana tindakan atau intervensi yang telah ditentukan sesuai dengan masalah dan kondisi pasien sehingga masalah pasien dapat teratasi. Penulis melaksanakan implementasi sesuai dengan yang ditetapkan.

- a. Pada masalah keperawatan pertama mengenai ketidakstabilan kadar glukosa berhubungan dengan proses hiperglikemia, semua intervensi yang disusun dapat di implementasikan selama 3 hari.
- b. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas, semua intervensi yang disusun dapat di implementasikan selama 3 hari.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Semua intervensi yang disusun dapat di implementasikan selama 3 hari.

5) Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai perkembangan kesehatan pasien serta untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan yang diberikan tercapai.

Pada tahap ini penulis mengevaluasi pelaksanaan keperawatan berdasarkan standar intervensi keperawatan Indonesia yang di berikan pada pasien selama 3 hari yaitu pada tanggal 19, 20 dan 21 mei 2025

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia. Hasil dari evaluasi menunjukkan bahwa pemeriksaan gula darah sebesar 150 mg/dL, yang menandakan kadar gula darah belum normal. Hal ini menunjukkan bahwa ketidakstabilan kadar glukosa darah masih belum teratasi.
- b. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas, evaluasi yang dilakukan dan didapatkan, Tampak irama nafas pasien belum teratur, TD : 120/50 ,S : 38,5°C , N :73x/menit, P : 28x/menit, SPO2 : 95%. Hal ini menunjukan hipersekresi jalan nafas belum teratasi.

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neoromuskular, evaluasi yang dilakukan dan didapatkan, tampak pasien lemah, tampak kaki pasien tidak bengkak, tampak kaki pasien tidak kemerahan. Hal ini menunjukkan gangguan neoromuskular teratasi.

B. Pembahasan Penerapan EBN (Evidence Based Nursing)

1. Pengertian tindakan keperawatan

Range of motion (ROM) merupakan latihan yang dilakukan untuk meningkatkan kemampuan dalam mempertahankan atau memperbaiki pergerakan persendian secara normal dan lengkap serta meningkatkan massa otot dan tonus (Candeli and Puspasari 2023).

2. Tujuan/Rasional

Untuk meningkatkan atau mempertahankan kemampuan gerak sendi agar dapat meningkatkan mobilitas fisik, mencegah atau mengurangi kekakuan otot, serta membantu meningkatkan kualitas hidup pasien.

3. Diagnosa Keperawatan

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neoromuskular

4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN

Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu

5. PICOT EBN Berdasarkan Penelitian

Tabel 4.1

Picot EBN

RUBRIK	JURNAL 1	JURNAL 2	JURNAL 3
Judul	Efektifitas buerger allen exercise dengan range of motion terhadap nilai sensitifitas kaki pada pasien diabetes melitus tipe 2 (Syah and Oktorina 2023)	Range of motion (ROM) Aktif Kaki Meningkatkan Sensitivitas Kaki pada Penderita Diabetes Melitus (Aisyiyah 2020)	Pengaruh Range of Motion(ROM) Aktif Kaki terhadapSensitivitas Kaki pada Pasien Diabetes Millitus Tipe II di Wilayah Kerja Puskesmas Masbagik (Purnamawati et al. 2024)
P <i>Population</i>	Populasi dalam penelitian ini berjumlah 80 orang	Populasi dalam penelitian ini berjumlah 61 orang	Populasi dalam penelitian ini berjumlah 22 orang
I <i>Intervention</i>	Pemberian teknik Range of Motion (ROM) diharapkan	Pemberian teknik Range of Motion (ROM) dilakukan agar	Teknik Range of Motion (ROM) dilakukan dalam memenuhi mobilitas aktivitas pasien

	dapat membantu mobilitas pasien	dapat membantu mobilitas fisik pasien	
C <i>Comparison</i>	Tidak ada intervensi pembanding dalam penelitian ini	Tidak ada intervensi pembanding dalam penelitian ini	Tidak ada intervensi pembanding dalam penelitian ini
O <i>Outcome</i>	Tindakan ROM berhasil dilakukan dan membantu mobilitas pasien	Hasil Range of Motion (ROM) dapat membantu mobilitas fisik pasien	Range of Motion (ROM) membantu mobilitas fisik pasien
T Time	Durasi tindakan Range of Motion (ROM) dilakukan selama 1-2 menit	Durasi tindakan Range of Motion (ROM) dilakukan selama 1-2 menit	Durasi tindakan Range of Motion (ROM) dilakukan selama 1-2 menit

C. Kesimpulan Hasil EBN

Pada kasus penulis temukan sebelum dilakukan tindakan pemberian tindakan *Range of Montion* (ROM) pada Ny. Y tidak dapat melakukan mobilitas, setelah pemberian teknik *Range of Montion* (ROM) di dapatkan hasil pasien dapat melakukan mobilitas, yang berarti pemberian teknik ROM dapat meningkatkan kemampuan dan mempertahankan atau memperbaiki pergerakan persendian secara normal dan lengkap serta meningkatkan massa otot dan tonus.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum dilakukan ROM aktif kaki mayoritas mengalami tingkat sensitivitas kaki sedang. Sedangkan sesudah dilakukan ROM aktif kaki mengalami peningkatan, sebagian berada tingkat sensitivitas kaki baik dan sedang. Hasil analisis menunjukkan adanya perbedaan tingkat sensitivitas kaki sebelum dan sesudah dilakukan ROM aktif kaki pada penderita diabetes melitus (Aisyiyah, 2020).

Dari beberapa artikel pendukung diatas penulis menarik kesimpulann bahwa pemberian teknik *Range of Montion* (ROM) efektif dalam meningkatkan efektifitas mobilitas pasien dan membantu memperbaiki pergerakan persendian secara normal dan lengkap.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Berdasarkan pengkajian data, penulis membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus dilapangan. Mengenai asuhan keperawatan kritis pada Ny. Y dengan Diabetes Melitus Intensive Care Unit Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

Pada hasil pengkajian kasus Ny. Y didapatkan pasien kesadaran sopor GCS 6 (E3V2M1), sesak napas, irama pernapasan teratur, terdengar suara snoring dan bunyi napas tambahan ronchi. Dari hasil pemeriksaan didapatkan EKG menunjukkan sinus takikardia dengan tanda-tanda vital, TD:120/50 mmhg, HR 73x/menit, RR 28x/menit, S 38,5°C, SPO2 95%, GDS 448 mg/dl.

1. Setelah melakukan pengkajian penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan yang terdapat pada Ny.Y yaitu:
 - a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia
 - b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas
 - c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

2. Rencana Keperawatan

Dari rencana keperawatan yang telah penulis susun,pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam teoritis, meliputi tindakan keperawatan, tindakan observasi, terapeutik, edukasi,

kolaborasi, dan *evidence based nursing* (EBN) dengan tindakan keperawatan melakukan *Range of Motion* (ROM) untuk membantu mobilitas fisik pasien. Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis telah bekerjasama dengan perawat ruang ICU.

3. Implementasi Keperawatan

Setelah perawatan selama 3 hari dengan menerapkan *Evidence Based Nursing* (EBN) dan sebelum melakukan teknik *Range of Motion* (ROM) selama 1-2 menit dapat membantu mobilitas fisik pasien.

4. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi berpedoman pada kriteria yang tercantum pada rencana keperawatan untuk penulis melakukan evaluasi pada setiap masalah keperawatan yang ada.

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemi dengan hasil akhir pasien masih menunjukkan tanda-tanda ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan GDS :175 mg/dl, kesadaran sopor GCS 6 (E3V2M1).
- b. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas dengan hasil pernapasan 22x/menit, suara nafas ronchi berkurang
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neoromuskular menunjukkan mobilitas fisik pasien belum sepenuhnya mampu melakukan aktivitas sendiri.

B. Saran

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus, maka penulis ingin memberikan masukan dan saran yang dapat dilakukan jika sesuai dengan harapan dan kemampuan serta bermanfaat bagi semua pihak beberapa pihak terkait yaitu:

1. Bagi Rumah Sakit

Pihak rumah sakit diharapkan untuk tetap, memperhatikan, mengembangkan, mutu pelayanan asuhan keperawatan kearah pelayanan yang komprehensif. Pihak rumah sakit juga diharapkan dapat menerapkan *Evidence Based Nursing* (EBN) yaitu pemberian teknik *Range of Motion* (ROM) pada pasien untuk dapat mengatasi gangguan mobilitas fisik.

2. Bagi Profesi Ners

- a. Tetap memperhatikan dan meningkatkan kerjasama tim maupun petugas kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif agar kondisi pasien dapat tetap di pantau.
- b. Hendaknya dapat menerapkan *Evidence Based Nursing* (EBN) yaitu pemberian tindakan *Range of Motion* (ROM) pada pasien Diabetes Mellitus yang terbukti efektif sehingga dapat memperbaiki kondisi hemodinamik pasien.
- c. Penulis mengharapkan agar institusi dapat meningkatkan mutu pendidikan baik dalam teori maupun praktek langsung dilapangan guna menghasilkan lulusan yang profesional. Dalam hal ini penulis mengharapkan agar institusi selalu menyediakan buku-buku yang berkaitan dengan diabetes melitus sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan kemajuan teknologi.

d. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan kiranya karya ilmiah ini dapat bermanfaat dan menjadi pengalaman agar kedepan menjadi perawat yang profesional, serta dilakukannya pembaharuan referensi-referensi yang ada khususnya terkait penyakit diabetes melitus.

e. Bagi Pasien dan Keluarga

Dari faktor predisposisi dari penyakit diabetes melitus pada pasien, maka penulis mengharapkan agar keluarga selalu memantau dan memberikan dukungan kepada pasien dalam perubahan pola hidupnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Akelba, Damai, S., Putu, W., Iswari, P., Alisyahbana, A. T., Dwi, A., Hendriani, Wedhiani, V., Rizqina, R. D., Pradhini, T. S., & Wardani I. S. (2023). "Diabetes Melitus Tipe 2 dengan Hipertiroid dan Hipertensi : *Case Report*, 2(3): 0–3.
- Awwaliyah, & Nanda, E. (2022). Pengaruh kombinasi *progressive muscle relaxation* dan senam yoga terhadap penurunan kadar gula darah pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Klinik Pratama Mitra 12 Jombang Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum Jombang."
- Betteng, R. (2022). Analisis faktor resiko penyebab terjadinya Diabetes Melitus Tipe 2 pada wanita usia produktif di Puskesmas Wawonasa." *Jurnal e-Biomedik* 2(2).
- Candeli, Wulan, & Puspasari, F. D. (2023). Pemberian range of motion aktif ekstremitas bawah pada penderita Ulkus Diabetikum dengan gangguan mobilitas fisik. *Jurnal Ilmiah Multidisiplin* 1(7): 369–72.
- Erdaliza, M., Novita R., Harnani, Y., & Abidin, A. R. (2024). "Faktor risiko yang berhubungan dengan komplikasi Diabetes Melitus Tipe 2." *Jurnal Kesehatan Komunitas*.
- Hardianti, Mira, Yuniarto A., & Hasimun, P. (2021). "Zebrafish (*danio rerio*) sebagai model Obesitas dan Diabetes Melitus Tipe 2." *Jurnal Sains Farmasi & Klinis* 8(2): 69. doi:10.25077/jsfk.8.2.69-79.2021.
- Haskas, Yasir, Nurbaya S., & Kasim, J. (2024). "Efektivitas program metode edukasi audiovisual tentang penatalaksanaan diri pada pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas Perumnas Antang Makassar." *Journal Of Social Science Research* 4: 1342–51. [https://j-innovative.org/index.php/Innovative%0AEfektivitas. 4: 1342–51.](https://j-innovative.org/index.php/Innovative%0AEfektivitas.4:1342-51)
- Lestari, Zulkarnain, Sijid, & Aisyah, S. (2023). Diabetes Melitus: Review etiologi, patofisiologi, gejala, penyebab, cara pemeriksaan, cara pengobatan dan cara pencegahan, UIN Alauddin Makassar 1(2): 237–41. <http://journal.uin>.
- Mustofa, Syazili, Adli, F. K., Wulan, D., Rengganis, S., & Busman, H. (2022). Pengaruh ekstrak etanol daun rhizophora apiculata terhadap Kolesterol total dan trigliserida rattus norvegicus galur sprague dawley yang diinduksi diet tinggi lemak *effect of rhizophora apiculata leaf ethanol*

extract on total Cholesterol and triglycerides of rattus norvegicus sprague dawley induced by high fat diet,13: 472–78.

- Nurfadila, Ika, D., Hastuti, R. W. & Ayuningtyas, P. R. (2023). Hubungan antara lamanya Diabetes Melitus Tipe 2 terhadap tingkat depresi studi analitik observasional pada penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di RSI Sultan Agung Semarang.” *Jurnal Ilmiah Sultan Agung* 2(1): 153–59..
- Nurkamila (2022). Asuhan keperawatan pada Ny. E dengan Diabetes Melitus ganggren di Ruang Baitussalam 2 di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- Purnamawati, Dewi, Kresnawati, Y. T., Mawaddah, E. & Sentana A. D. (2024). Pengaruh *range of motion* aktif kaki terhadap sensitivitas kaki pada pasien Diabetes Melitus Tipe II Di Wilayah Kerja Puskesmas Masbagik, *Bima Nursing Journal* 3(2): 85–92.
- Puspaningaras, & Nisrina (2022). Dukungan keluarga dalam kepatuhan diet Diabetes Melitus peserta prolanis Puskesmas Godean 1.
- Putriyani, N., Mulyaningsih, & Hartutik, S. (2020). “Range of Montion (ROM) Aktif Kaki Meningkatkan Sensitivitas Kaki Pada Penderita Diabetes Melitus.” *Alisyyah Surakarta Journal of Nursing* 1: 21–24.
- Handayani, R. W. (2023). Penurunan kadar Glukosa Darah penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 melalui metode hipnoterapi sebagai alternatif pengobatan yang aman dan efektif, 2: 1–7.
- Rosares, Eprillia, V. & Boy, E. (2022). Pemeriksaan kadar gula darah untuk skrining hiperglikemia dan hipoglikemia. *Jurnal Implementa Husada* 3(2): 65–71. doi:10.30596/jih.v3i2.11906.
- Sevani, Agnes, Mutmainna, A. & Anisa, N. R. (2024). Hubungan pengetahuan dengan kepatuhan pengobatan pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Antang Kota Makassar. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa dan Penelitian Keperawatan* 4: 108–14.
- Sumah, & Fries, D. (2022). Hubungan kualitas tidur dengan kadar gula darah pada pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSUD Dr. M. Haulussy Ambon, 1(1).
- Suputra, & Adi, P. (2021). Diabetes Melitus Tipe 2 : faktor risiko , diagnosis , dan tatalaksana. *Genesha Medicina Journal* 1(2): 114–20.

- Syah, Irhas, & Oktorina, R. (2023). Efektifitas buerger allen exercise dengan range of motion terhadap nilai sensitifitas pada kaki. 6(1): 135–43.
- Vena, R., & Yuantari, M. catur. (2022). Kajian literatur: hubungan anatara pola makan dengan kejadian Diabetes Melitus. *Juenal Kesehatan Masyarakat*, 255–266.
- Yuliati, D. (2023). Hubungan pola makan dan aktivitas fisik dengan kadar gula darah pada pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas Manggis I. *Jurnal Internasional* 6(2): 7.

LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR

Nama Laurensisu.F.Y.Elmas (NS2414901081)

Program Profesi Ners

Pembimbing Teori Matilda M. Paseno,Ns.,M.Kes

Judul Karya Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan
Akhir Diabetes Melitus Tipe II di Rumah Sakit Stella
Maris Makassar

NO.	Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf	
			Pembimbing Teori	Mahasiswa
1.	17 Mei 2025	Melapor kasus		
2.	26 mei 2025	BAB III - Sinkronkan antara data-data yang di implementasi dan evaluasi		
2.	02 Juni 2025	Konsul BAB III - Perhatikan panduan - Perbaiki pengetikan		

		- Tambahkan analisa pemelihan prioritas pasien - Perbaili analisa data - Berikan intervensi yang sesuai		
3.	05 Juni 2025	Konsul BAB III - Tambahkan jurnal pendukung pada EBN - Perhatikan margin - Perhatikan pemeriksaan fisik		
4.	10 Juni 2025	Konsul BAB III dan BAB IV - Memperbaiki Riwayat keluhan utama pada pada pengkajian - Memperhatikan ilustrasi kasus - Memperbaiki implementasi		

6.	16 Juni 2025	Konsul BAB III, IV, V - Perhatikan Picot - Tambahkan jurnal pendukung - Perbaiki rata kiri dan kanan - Perbaiki penomora - Tambahkan kesimpulan pada picot - Acc		
----	-----------------	--	---	---

LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR

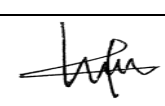
Nama Laurensius.F.Y.Elmas (NS2414901081)

Program	Profesi Ners
---------	--------------

Pembimbing Askep Nikodemus Sili Beda,Ns.,M.Kep

Judul Karya Ilmiah Akhir	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Melitus Tipe II di Rumah Sakit Stella Maris Makassar
-----------------------------	---

NO.	Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf	
			Pembimbing Askep	Mahasiswa
1.	17 Mei 2025	Melapor kasus		
2.	23 mei 2025	BAB III - Sinkronkan antara data-data yang di implementasi dan evaluasi		
2.	28 mei 2025	Konsul BAB III - Perhatikan panduan - Perbaiki pengetikan		

		- Tambahkan analisa pemelihan prioritas pasien - Perbaili analisa data - Berikan intervensi yang sesuai		
3.	02 Juni 2025	Konsul BAB III - Tambahkan jurnal pendukung pada EBN - Perhatikan margin - Perhatikan pemeriksaan fisik		
4.	04 Juni 2025	Konsul BAB III dan BAB IV - Memperbaiki Riwayat keluhan utama pada pada pengkajian - Memperhatikan ilustrasi kasus - Memperbaiki implementasi		

6.	16 Juni 2025	Konsul BAB III, IV, V - Perhatikan Picot - Tambahkan jurnal pendukung - Perbaiki rata kiri dan kanan - Perbaiki penomora - Tambahkan kesimpulan pada picot - Acc		
----	-----------------	--	---	---

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama : Laurensius.F.Y.Elmas
Tempat / Tanggal Lahir : Merauke, 25 September 2001
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Katolik
Alamat : Jl.Maipa no.16 Makassar



II. Identitas Orang Tua

Ayah / Ibu : Pilatus Haluk / Yuanita.C.Mahuze
Agama : Katolik
Pekerjaan : TNI AD / IRT
Alamat : Jl.Herlina Kumbe

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK St.Lucia Kumbe : 2007-2009
SD YPPK St.Theresia Kumbe : 2009-2014
SMP Negeri 1 Kumbe : 2014-2017
SMA YPPK Yoanes XXIII Merauke : 2017-2020
S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar : 2020-2024
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar : 2024-2025

Patoflowdiagram

