



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN DIABETES  
MELITUS TIPE II DIRUANG CRYSAANT RUMAH SAKIT  
MITRA KELUARGA BEKASI TIMUR**

**DISUSUN OLEH:  
JELITA DWI HOKTI  
201701068**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
STIKes MITRA KELUARGA  
BEKASI  
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN DIABETES  
MELITUS TIPE II DIRUANG CRYSAANT RUMAH SAKIT  
MITRA KELUARGA BEKASI TIMUR**

**DISUSUN OLEH:  
JELITA DWI HOKTI  
201701068**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
STIKes MITRA KELUARGA  
BEKASI  
2020**

## LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Lengkap : Jelita Dwi Hokti  
NIM : 201701068  
Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga Program  
Studi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan keperawatan pada pasien Ny. A dengan Diabetes Melitus tipe II di Ruang Crysant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang dilaksanakan pada tanggal 10 Februari 2020 sampai dengan 12 Februari 2020 adalah karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas karya tulis ilmiah ini, tanpa unsur plagiatisme baik dalam aspek penulisan maupun substansi.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua resiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 2020

Penulis

  
  
Jelita Dwi Hokti

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan pada pasien Ny. A dengan Diabetes Melitus tipe II di Ruang Crysant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 31 Mei 2020

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah



Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep., M.Kep

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.M.B

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan pada pasien Ny. A dengan Diabetes Melitus tipe II di Ruang Crysant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang disusun oleh Jelita Dwi Hokti (201701068) yang dilaksanakan pada tanggal 10 Februari 2020 sampai dengan 12 Februari 2020 telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam ujian sidang dihadapan Tim Penguji pada Tanggal 9 Juni 2020.

Bekasi, 9 Mei 2018

Penguji I



**(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B)**

Penguji II



**(Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep., M.Kep)**

**Nama Mahasiswa** : Jelita Dwi Hokti  
**NIM** : 201701068  
**Program Studi** : Diploma III Keperawatan  
**Judul Karya Tulis** : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. A Dengan Diabetes Melitus tipe II di Ruang Crysant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur  
**Halaman** : xii + 68 halaman + 1 tabel  
**Pembimbing** : Lisbeth Pardede

### **ABSTRAK**

**Latar Belakang :**

Diabetes melitus (DM) adalah penyakit kronis progresif yang ditandai dengan ketidakmampuan tubuh untuk melakukan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein, mengarah ke hiperglikemia (kadar glukosa darah tinggi). Menurut (Riskesdas, 2018) berdasarkan kategori usia, penderita DM terbesar berada pada rentang usia 55-64 tahun dan 65-74 tahun. Selain itu, penderita DM di Indonesia lebih banyak berjenis kelamin perempuan (1,8%) daripada laki-laki (1,2%).

**Tujuan Umum :**

Untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II.

**Metode Penulisan :**

Metode penulisan yang digunakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yaitu menggunakan metode studi kasus, kepustakaan dan deskriptif dengan mengungkapkan fakta sesuai dengan data yang di dapat di lapangan.

**Hasil :**

Hasil dari pengkajian didapatkan tiga diagnosa keperawatan yaitu resiko kekurangan cairan, resiko kekurangan nutrisi dan gangguan mobilitas fisik, diagnosa keperawatan prioritas yaitu resiko kekurangan cairan. Intervensi prioritas pantau pemasukan dan pengeluaran cairan, kaji tanda-tanda dehidrasi (mis. Kaji turgor kulit dan mukosa bibir) ganti pampers, pantau asupan makanan pasien dan cek glukosa darah sementara sesuai instruksi dokter, supaya tidak terjadi komplikasi diabetes mellitus tipe 2.

**Kesimpulan dan Saran :**

Asuhan keperawatan pasien dengan diabetes mellitus tipe 2 perlu diperhatikan masalah keperawatan yaitu tanda-tanda dehidrasi, pampers pasien, asupan makan dan hasil glukosa darah sewaktu supaya tidak terjadi komplikasi. Saran untuk perawat dan masyarakat untuk memperhatikan asupan makanan dan rajin memeriksa kadar glukosa darah sewaktu untuk mengontrol kadar glukosa darah supaya tidak terjadi komplikasi seperti hipoglikemi.

**Keyword** : asuhan keperawatan, diabetes mellitus tipe 2.

**Daftar Pustaka** : 7 (2012-2018)

**Name** : Jelita Dwi Hokti  
**Student ID Number** : 201701068  
**Majors** : Diploma III Keperawatan  
**The Title of Scientific Paper:** Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. A Dengan Diabetes Melitus tipe II di Ruangan Crysant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur  
**Page** : xii + 68 pages+ 1 tabel  
**Supervisor** : Lisbeth Pardede

### ***ABSTRACT***

**Background :**

Mellitus (dm) diabetes is a progressive chronic disease characterized by the inability of the body to metabolize carbohydrates, fats, and proteins, leading to hyperglycemia (high blood glucose level). By (riskesdas, 2018) by the age category, the largest dm sufferer falls within the age span of 55-64 and 65-74. In addition, dm sufferers in Indonesia have a higher gender (1.8%) than males (1.2%).

**General purpose :**

To gain real experience in providing nursing care to patients with diabetes melitus type 2.

**Methods :**

The writing method used in composing this scientific work is to use case studies, literature and descriptive methods by revealing facts according to the data in the field.

**Result :**

The results of the study include three diagnostic treatments: risk of fluid deficiency, risk of inadequate nutrition and impaired physical mobility, priority nursing diagnosis of fluid deficiency. Priority interventions monitor intake and fluid balance, assess signs of dehydration (dry mucous membranes, dry skin and lip mucosa) replace fluids, monitor patient intake and glucose checks while the doctor instructs, to avoid complications of type 2 diabetes.

**Conclusions and suggestions :**

Nursing care patients with type 2 diabetes need attention - signs of dehydration, pampers, eating disorders and glucose results in order to avoid complications. Suggestions for nurses and communities to take care of food intake and to check blood glucose levels when controlling blood glucose so as not to experience complications such as hypoglycemia.

**Keyword** : Nursing care, diabetes mellitus type 2.

**Source** : 7 (2012-2018)

## KATA PENGANTAR

Dengan menyebut nama Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang, saya panjatkan puji syukur atas kehadiran-Nya, karena atas rahmat dan ridho-Nya, saya masih diberikan kesehatan dan kesempatan sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah saya yang berjudul “Asuhan keperawatan pada pasien Ny. A dengan Diabetes Melitus tipe II di Ruang Crysant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” ini dengan baik. Adapun tujuan karya tulis ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi persyaratan ujian lokal program pendidikan Diploma III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.

Karya tulis ilmiah ini saya susun semaksimal mungkin atas bantuan dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya dengan rasa hormat kepada:

1. Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah sekaligus dosen penguji II yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk membimbing dan memberikan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
2. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B selaku koordinator prodi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga dan selaku dosen penguji I yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dan telah memberi dukungan serta motivasi kepada penulis.
3. Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An selaku ketua STIKes Mitra Keluarga.
4. Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen pembimbing akademik yang selalu memberikan semangat dan motivasi yang sangat membangun selama penulis menuntut ilmu di STIKes Mitra Keluarga.
5. Staf dosen pengajar dan staf karyawan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah membantu dalam proses pendidikan.

6. Kepala ruangan, *Clinical Mentor* Ns. Istiqomah., S.kep., dan perawat ruangan Crysant di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur yang telah banyak membimbing penulis dalam praktik.
7. Kepada Ny.A yang telah bersedia menjadi pasien kelolaan dan meluangkan waktu untuk penulis. Kepada perawat home care pasien dan keluarga pasien yang telah membantu memberikan informasi terhadap kondisi pasien.
8. Kepada orang tua tercinta yaitu almarhum Ayah saya Hokimin dan Ibu Neti Yuliani serta kakak tersayang Marva Yolanda Hokti yang selalu mendoakan dan telah memberi semangat secara moral maupun materi kepada saya selama penulisan karya tulis ilmiah ini.
9. Kakak tersayang Ns. Siti Annisah S.Kep., Dudun Putrianti Amd. Kep dan adik tersayang Cindani Melinia Putri yang selalu memberi saya semangat dan motivasi selama saya menuntut ilmu di STIKes Mitra Keluarga.
10. Sahabat-sahabat saya “JENNIFERRR” Elga Juita, Evi Febrilina Susanti, Novita Sari, Anisa Nada Asmarani, Ikat Fitriani, Rahma Nova Reza, Rezky Wiliya Sandri, Rosi, yang selalu menjadi *support system*.
11. Sahabat terbaik (Aries Muhdy berperan dalam membantu mengerjakan karya tulis), Eric Richardo, Ilham Parozi, Andre Yupandes, yang selalu memberi dukungan dan semangat.
12. Anak Dkost, Hilde Gardis Ardi Yudha, Fahrur Rozi, Mochamad Fahmi Miraj, Julius Martono, Ilham Wahyu Saputro, Frendi Cahyono, Faiz PS, Muhammad Yusuf, Fabianus Raju, Yuni Hermalia, Julianti Trianggiraini, Diana Fransiska, Rini.
13. Tukang makan yang terdiri dari Aghis Nufadilla, Riqiani Dwi Lestari, Yuni Hermalia, Rizka Afiani, Devi Kristaini Nababan, Julius Martono.
14. Sahabat-sahabat tersayang sejak zaman MABA (Widya Saphira, Maya Sari Dewi Mega Ayu Lestari, Vira Putri Maharani, Siti Chumaero, Yuni Hermalia, Nurafifah Soleniako, Nur Anisa Augustyra, Anisa Zahida). Sahabat saya yang tergabung dalam kelas 3 B (Marwati Ayu Astuti, Yulia Ambarwati, Bunga Aziza, Ajeng Handaru dan masih banyak lagi yang tidak

bisa saya sebutkan disini) yang selalu memberikan dukungan semangat dan motivasi.

15. Sahabat KTI Anissa Oktaviani Linggar, Bella Nurkholifah, Gysella Hilmanita dan Evita Salsya Destia.
16. Kakak tingkat Winny Chytia Amd.Kep, Ananda Rizki Amd.Kep, Finsensius Amd.Kep, Aditya Pratama Amd.Kep.
17. Adik tingkat (Nci Putri, Syafitri, Ilham Wahyu Saputro, Dianita Aprianti) yang akan menyusun karya tulis tahun depan, Dinda Zulyarnis, Faricha Ramadhania, Putri Wilda yang selalu memberi semangat.
18. Teater Cakra Warna, pelatih kita Johannes Riky, kakak tersayang Fadilla Aulia, Aulia Faizati Ashari, Diani Lestari. Adik tersayang upin-ipin Marwah Ihfaani, Putri Nurvina Amalia, Putri Wilda. Sahabat tersayang Angelina Afra, Veronica dan masih banyak lagi yang tidak bisa saya sebutkan disini, yang selalu memberi doa dan semangat.
19. Teman-teman angkatan VII program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga yang saling memberikan dukungan dan berjuang bersama dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Mitra Keluarga.
20. Teman-teman mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga Angkatan VII yang telah memberikan dukungan dan membantu penulis dalam menyelesaikan makalah ilmiah ini.

Penulis telah berusaha untuk dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan sebaik-baik mungkin. Namun, jika penulis masih ada kekurangan dan demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan makalah ini. Dengan harapan semoga karya tulis ilmiah ini dapat berguna bagi para pembaca.

Bekasi, Mei 2018

Penulis

Jelita Dwi Hokti

## DAFTAR PUSTAKA

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iv
ABSTRAK .....	v
<i>ABSTRACT</i> .....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR PUSTAKA .....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan penulisan .....	3
1. Tujuan umum.....	3
2. Tujuan khusus.....	3
C. Ruang lingkup .....	4
D. Metode penulisan .....	4
E. Sistematika penulisan.....	5
BAB II.....	6
TINJAUAN TEORI .....	6
A. Pengertian .....	6
B. Klasifikasi .....	6
C. Etiologi.....	7
D. Patofisiologi.....	8
E. Manifestasi klinis .....	9
F. Komplikasi .....	10
G. Penatalaksanaan.....	11
1. Penatalaksanaan diet /perencanaan makanan (meal planning).....	11
2. Latihan jasmani.....	12
3. Obat-obatan.....	12
H. Pengkajian Keperawatan .....	13

1. Pemeriksaan fisik.....	13
2. Pemeriksaan penunjang .....	16
I. Diagnosa keperawatan .....	17
J. Perencanaan keperawatan.....	17
K. Implementasi keperawatan .....	23
L. Evaluasi keperawatan.....	23
BAB III.....	25
TINJAUAN KASUS.....	25
A. Pengkajian keperawatan .....	25
1. Pengkajian fisik.....	32
2. Data tambahan .....	34
3. Data penunjang .....	35
DATA FOKUS .....	36
ANALISA DATA .....	38
B. Diagnosa keperawatan .....	42
C. Perencanaan Keperawatan.....	42
D. Pelaksanaan keperawatan.....	43
E. Evaluasi keperawatan .....	44
BAB IV .....	56
PEMBAHASAN .....	56
A. Pengkajian keperawatan .....	56
B. Diagnosa keperawatan .....	58
C. Perencanaan Keperawatan.....	60
D. Pelaksanaan keperawatan .....	62
E. Evaluasi.....	63
BAB V.....	65
PENUTUP.....	65
A. Kesimpulan.....	65
B. Saran.....	67
a. Untuk penulis.....	67
c. Untuk masyarakat.....	67
DAFTAR PUSTAKA .....	68

## DAFTAR TABEL

Analisa Data 3.1 .....	38
------------------------	----

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Diabetes adalah masalah kesehatan masyarakat yang penting, menjadi salah satu dari empat penyakit tidak menular prioritas yang menjadi target tindak lanjut oleh para pemimpin dunia. Jumlah kasus dan prevalensi diabetes terus meningkat selama beberapa dekade terakhir (WHO, 2016).

Penyebab penyakit diabetes melitus terdiri dua yaitu dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Etiologi penyakit diabetes melitus yang dapat dimodifikasi yaitu akibat pola makan, obesitas, merokok, stress, dan pola hidup, sedangkan penyebab penyakit yang tidak dapat dimodifikasi yaitu keturunan, usia diatas 45 tahun, jenis kelamin, dan ras. DM Tipe 2, sebelumnya disebut NIDDM adalah gangguan yang melibatkan, baik genetik dan faktor lingkungan.

Diabetes melitus (DM) adalah penyakit kronis progresif yang ditandai dengan ketidakmampuan tubuh untuk melakukan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein, mengarah ke hiperglikemia (kadar glukosa darah tinggi) (Black, 2014).

Jumlah pasien diabetes melitus pada tahun 2013 ke tahun 2030 diperkirakan mengalami peningkatan 2-3 kali lipat. Indonesia menempati negara pada peringkat ke-4 dengan jumlah pasien diabetes melitus terbanyak setelah Cina, India, dan Amerika Serikat (WHO, 2016).

Prevalensi DM di Indonesia pada Riskesdas 2018 sedikit lebih rendah dibandingkan prevalensi DM pada usia  $\geq 15$  tahun, yaitu sebesar 1,5%. Sedangkan provinsi dengan prevalensi DM tertinggi semua umur berdasarkan diagnosis dokter juga masih di DKI Jakarta dan terendah di NTT. Menurut (Riskesdas, 2018). Berdasarkan kategori usia, penderita DM terbesar berada pada rentang usia 55-64 tahun dan 65-74 tahun. Selain itu, penderita DM di Indonesia lebih banyak berjenis kelamin perempuan (1,8%) daripada laki-laki (1,2%). Berdasarkan data yang diperoleh dari *medical record* rumah sakit swasta di daerah Bekasi dari periode januari 2019 sampai januari 2020, jumlah pasien yang menderita penyakit Diabetes Melitus tipe 2 sebanyak 420 pasien dan di Ruang Crysant jumlah yang menderita Diabetes Melitus tipe 2 sebanyak 29 pasien.

Jika penyakit diabetes melitus tidak segera mendapat penanganan yang baik, maka akan mengakibatkan timbulnya komplikasi akut seperti hiperglikemia dan ketoasidosis diabetik, sindrom hiperglikemia dan hiperosmolar nonketosis dan hipoglikemia. Serta komplikasi kronis Komplikasi makrovaskular, termasuk penyakit arteri koroner, penyakit serebrovaskular, hipertensi, penyakit pembuluh perifer dan infeksi. Komplikasi mikrovaskular, termasuk retinopati, nefropati dan neuropati (Black J. M., 2014).

Peran perawat terhadap pasien dengan DM adalah sebagai preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif atau proses penyembuhan pasien. Peran pereventif yang dilakukan perawat adalah upaya yang ditujukan pada kelompok yang memiliki faktor risiko, yaitu orang yang belum terkena, tetapi berpotensi untuk menderita diabetes melitus salah satu cara untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan di masyarakat adalah dengan pemberian edukasi. Peran perawat sebagai promotif adalah peran perawat dalam aspek positif yaitu memberikan penyuluhan atau pendidikan kesehatan mengenai penyakit diabetes melitus tipe II. Peran perawat

sebagai kuratif adalah berkolaborasi dengan tim medis lainnya, peran ini sangat diperlukan dalam menunjang keberhasilan pengobatan pasien. Peran perawat sebagai rehabilitatif selama fase pemulihan kesehatan yang dilakukan sedini mungkin, sebelum terjadi komplikasi penyakit diabetes melitus tipe II. Berdasarkan angka kejadian yang terus meningkat serta komplikasi yang dapat diakibatkan oleh penyakit diabetes melitus, maka penulis tertarik untuk membahas asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II.

Berdasarkan data diatas, maka penulis tertarik untuk membahas asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II.

## **B. Tujuan penulisan**

### **1. Tujuan umum**

Penulis mampu memperoleh pengalaman secara nyata bagi penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe II.

### **2. Tujuan khusus**

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan masalah Diabetes Melitus tipe II.
- b. Mahasiswa mampu menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan masalah Diabetes Melitus tipe II.
- c. Mahasiswa mampu merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah Diabetes Melitus tipe II.
- d. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah Diabetes Melitus tipe II.
- e. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan masalah Diabetes Melitus tipe II.
- f. Mahasiswa mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat di antara teori dan praktik.

- g. Mahasiswa mampu mengidentifikasi faktor-faktor penghambat,serta mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah.
- h. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Diabetes Melitus tipe II.

### **C. Ruang lingkup**

Penulisan makalah ini merupakan Asuhan keperawatan pada pasien Ny. A dengan Diabetes Melitus tipe II di Ruang Crysant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur selama 3 hari dari tanggal 10 Februari 2020 sampai dengan 12 Februari 2020.

### **D. Metode penulisan**

Metode penulisan yang digunakan adalah model deskriptif naratif yaitu memberikan gambaran pemberian asuhan keperawatan pada pasien melalui pendekatan proses keperawatan. Selain itu penulis juga menggunakan beberapa cara untuk menulis makalah ini, seperti :

#### 1. Studi kasus

Yaitu dengan cara memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara langsung. Dengan melakukan pemeriksaan fisik pada pasien, wawancara dengan keluarga pasien dan menerapkan proses asuhan keperawatan.

#### 2. Studi literatur

Yaitu dengan memperoleh bahan ilmiah yang bersifat teoritis baik dalam lingkup medik maupun asuhan keperawatan menggunakan media kepustakaan yaitu buku yang berkaitan dengan masalah pasien dan juga media elektronik yaitu internet.

#### 3. Media dokumentasi

Dalam hal pengumpulan data diperoleh melalui *Medical Record* pasien yang terdiri dari hasil laboratorium, hasil radiologi , catatan dokter dan catatan keperawatan.

### **E. Sistematika penulisan**

Dalam penulisan makalah ini penulis membagi bagian-bagian makalah ini dalam lima Bab besar yang secara sistematis disusun sebagai berikut : Bab I pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teoritis yang terdiri dari konsep dasar penyakit seperti pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik dan komplikasi, penatalaksanaan medis. Asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Bab III tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Bab IV pembahasan yang membahas kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Bab V penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran serta diakhiri dengan daftar pustaka.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Pengertian**

Diabetes melitus merupakan salah satu penyakit degeneratif, dimana terjadi gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein serta ditandai dengan tingginya kadar gula dalam darah (hiperglikemia) dan dalam urine (glukosuria) menurut Anonim (2008) dalam (Manurung, 2018).

Diabetes Melitus adalah suatu keadaan ketika tubuh tidak mampu menghasilkan atau menggunakan insulin (hormon yang membawa glukosa darah ke sel-sel dan menyimpannya sebagai glikogen). Dengan demikian, terjadi hiperglikemia yang disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal, melibatkan kelainan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak serta menimbulkan berbagai komplikasi kronis pada organ tubuh menurut (Mansjoer dkk., 2000; Sukarmin dan Riyadi, 2008; Tambayong, J. 2000) dalam (Aini Nur, 2016).

#### **B. Klasifikasi**

Menurut Perkeni (2006) dalam (Aini Nur, 2016) mengklasifikasi diabetes melitus menjadi empat, yaitu:

##### **1. Diabetes tipe-1 (*Insulin Dependent Diabetes Mellitus [IDDM]*)**

Merupakan kondisi autoimun yang menyebabkan kerusakan sel beta pankreas sehingga timbul defisiensi insulin absolut. Pada DM tipe-1 sistem imun tubuh sendiri secara spesifik menyerang dan merusak sel-sel penghasil insulin yang terdapat pada pankreas.

## **2. Diabetes tipe-2 atau (Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus [NIDDM])**

Diabetes tipe ini merupakan bentuk diabetes yang paling umum. Penyebabnya bervariasi mulai dominan resistansi insulin disertai defisiensi insulin relatif sampai defek sekresi insulin disertai resistansi insulin.

## **3. Diabetes tipe lain**

- a. Defek genetik fungsi sel beta (*maturity onset diabetes of the young* [MODY] 1,2,3 dan DNA mitokondria).
- b. Defek genetik kerja insulin.
- c. Penyakit eksorin pankreas (pankreatiitis, tumor/pankreatektomi, dan pankreatofati fibrokalkulus).
- d. Infeksi (rubella kongenital, sitomegalovirus).

## **4. Diabetes melitus gestational (DMG)**

Diabetes tipe ini disebabkan karena terjadi resistansi insulin selama kehamilan dan biasanya kerja insulin kembali normal setelah melahirkan.

## **C. Etiologi**

Menurut Perkeni (2006) dalam (Aini Nur, 2016) pada diabetes melitus tipe-2 penyebab resistansi insulin pada diabetes sebenarnya tidak begitu jelas, tetapi faktor yang banyak berperan antara lain sebagai berikut:

### **1. Kelainan genetik.**

Diabetes dapat menurun menurut silsilah keluarga yang mengidap diabetes mellitus, karena kelainan gen yang mengakibatkan tubuhnya tidak dapat menghasilkan insulin dengan baik menurut Rakhmadany (2010) dalam (Manurung, 2018).

## **2. Usia.**

Umumnya manusia mengalami penurunan fisiologis yang secara dramatis menurun dengan cepat pada usia setelah 40 tahun. Penurunan ini yang berisiko pada penurunan fungsi endokrin pankreas untuk memproduksi insulin.

## **3. Gaya hidup dan stres.**

Stres kronis cenderung membuat seseorang mencari makanan yang cepat saji kaya pengawet, lemak dan gula. Makanan ini berpengaruh besar terhadap kerja pankreas. Stres juga dapat meningkatkan kerja metabolisme dan meningkatkan kebutuhan akan sumber energi yang berakibat pada kenaikan kerja pankreas. Beban yang tinggi membuat pankreas mudah rusak hingga berdampak pada penurunan insulin.

## **4. Obesitas (terutama pada abdomen).**

Obesitas mengakibatkan sel-sel beta pankreas mengalami hipertrofi sehingga akan berpengaruh terhadap penurunan produksi insulin. Peningkatan BB 10 kg pada pria dan 8 kg pada wanita dari batas normal IMT (indeks masa tubuh) akan meningkatkan risiko DM tipe 2 (Camacho, P.M., dkk., 2007 dalam Aini Nur, 2016).

## **D. Patofisiologi**

Dalam DM tipe 2, pankreas dapat menghasilkan cukup jumlah insulin untuk metabolisme glukosa (gula), tetapi tubuh tidak mampu memanfaatkan secara efisien, insulin yang ada tidak bekerja dengan baik karena reseptor insulin pada sel berkurang atau berubah struktur sehingga hanya sedikit glukosa yang berhasil masuk sel. Akibatnya, sel mengalami kekurangan glukosa, disisi lain glukosa menumpuk dalam darah (Manurung, 2018).

Patogenesis DM tipe 2 respon sel beta terhadap hiperglikemia tampak menjadi faktor mayor dalam perkembangannya. Sel beta terpapar secara kronis terhadap kadar glukosa darah tinggi menjadi secara progresif kurang efisien ketika respons peningkatan glukosa lebih lanjut. Fenomena ini dinamai *disensitisasi*, dapat kembali dengan menormalkan kadar glukosa. Proses patofisiologis kedua dalam DM tipe 2 adalah resistensi terhadap aktivitas insulin biologis, baik di hati maupun jaringan perifer. Keadaan ini disebut sebagai *resistensi insulin*. Orang dengan DM tipe 2 memiliki penurunan sensitivitas insulin terhadap kadar glukosa, yang mengakibatkan produksi glukosa hepatic berlanjut, bahkan sampai dengan kadar glukosa darah tinggi. Hal ini bersamaan dengan ketidakmampuan otot dan jaringan lemak untuk meningkatkan ambilan glukosa. Mekanisme penyebab resistensi insulin perifer tidak jelas namun, ini tampak terjadi setelah insulin berikatan terhadap reseptor pada permukaan sel. Resistensi insulin merupakan sindrom yang heterogen, dengan faktor genetik dan lingkungan berperan penting dalam perkembangannya. Insulin adalah hormon pembangun (anabolik). Tanpa insulin, tiga masalah metabolisme yang terjadi yaitu, penurunan pemanfaatan glukosa, peningkatan mobilisasi lemak dan peningkatan pemanfaatan protein (Black J. M., 2014).

## **E. Manifestasi klinis**

Manifestasi klinis diabetes melitus tipe 2 menurut (Agustina, 2009 dalam Manurung Nixon, 2018).

### **1. Penurunan berat badan**

Penurunan berat badan yang berlangsung dalam waktu relatif singkat harus menimbulkan kecurigaan. Hal ini disebabkan glukosa dalam darah tidak masuk dalam sel, sehingga sel kekurangan bahan bakar untuk menghasilkan tenaga. Untuk kelangsungan hidup hidup, sumber tenaga terpaksa diambil dari cadangan lain yaitu sel lemak dan otot. Akibatnya penderita kehilangan jaringan lemak dan otot sehingga menjadi kurus.

**2. Keletihan****3. Kebas****4. Banyak kencing**

Karena sifatnya, kadar glukosa darah yang tinggi akan menyebabkan banyak kencing. Kencing yang sering dan dalam jumlah banyak akan sangat mengganggu penderita, terutama pada malam hari.

**5. Banyak minum**

Rasa haus sering dialami oleh penderita karena banyaknya cairan yang keluar melalui kencing.

**6. Banyak makan**

Kalori dari makanan yang dimakan, setelah dimetabolisme menjadi glukosa dalam darah tidak seluruhnya dapat dimanfaatkan, penderita selalu merasa lapar.

**F. Komplikasi**

Menurut (Black J. M., 2014), komplikasi diabetes melitus sebagai berikut :

**1. Komplikasi akut diabetes melitus****a. Hiperglikemia dan ketoasidosis diabetik**

Hiperglikemia akibat saat glukosa tidak dapat diangkut ke dalam sel karena kurangnya insulin. Tanpa tersedianya untuk bahan bakar sel, hati mengubah simpanan glikogennya kembali ke glukosa (glikogenolisis) dan meningkatkan biosintesis glukosa (glukoneogenesis).

- b. Sindrom hiperglikemia dan hiperosmolar nonketosis (*hyperglycemic hiperosmolar nonketotic syndrome* (HHNS))

Merupakan varian ketoasidosis diabetik yang ditandai dengan hiperglikemia ekstrem (600-2000 mg/dl), dehidrasi nyata, ketonuria ringan atau tidak terdeteksi, dan tidak ada asidosis.

- c. Hipoglikemia

Hipoglikemia (juga dikenal sebagai reaksi insulin atau reaksi hipoglikemia) adalah ciri umum dari diabetes melitus tipe I dan juga dijumpai di dalam klien dengan diabetes melitus tipe II yang diobati dengan insulin atau obat oral. Kadar glukosa darah yang tepat pada klien mempunyai gejala hipoglikemia bervariasi, tapi gejala itu tidak terjadi sampai kadar glukosa darah <50-60 mg/dl.

## 2. Komplikasi kronis diabetes melitus

- a. Komplikasi makrovaskular, termasuk penyakit arteri koroner, penyakit serebrovaskular, hipertensi, penyakit pembuluh perifer dan infeksi.
- b. Komplikasi mikrovaskular, termasuk retinopati, nefropati dan neuropati.

## G. Penatalaksanaan

Menurut (Manurung, 2018) Penatalaksanaan Diabetes Melitus adalah :

### 1. Penatalaksanaan diet /perencanaan makanan (meal planning)

Pada consensus perkumpulan endokrinologi Indonesia (PERKENI) telah ditetapkan standar yang dianjurkan adalah santapan dengan komposisi seimbang berupa karbohidrat (60-70%), protein (10-15), dan lemak (20-25%). Jumlah kalori disesuaikan dengan pertumbuhan, status gizi, umur dan badan ideal. Rumus untuk mengetahui jumlah kalori basal pasien diabetes melitus menurut Bocca,  $BB\ ideal = (TB\ dalam\ cm - 100) \times 1\ kg$ .

## 2. Latihan jasmani

Dianjurkan latihan jasmani teratur, 3-4 kali tiap minggu selama kurang lebih 0,5 jam dengan sifat sesuai CRIPE (*continous, Rhtmical, Interval, Progresiv, endurance training*).

## 3. Obat-obatan

### Obat Hipoglikemik Oral (OHO)

- a. Sulfonylurea: menstimulasi pelepasan insulin yang tersimpan, menurunkan ambang sekresi insulin, meningkatkan rangsangan insulin sebagai akibat rangsangan glukosa.
- b. Biguanid: menurunkan kadar glukosa darah tapi tidak sampai dibawah normal.
- c. Inhibitor  $\alpha$  glukosidase: obat ini bekerja secara kompetitif menghambat kerja enzim  $\alpha$  glukosidase di dalam saluran cerna, sehingga menurunkan penyerapan glukos.
- d. Insulin sensitizing agent: thiazolidinediones adalah golongan obat baru yang mempunyai efek farmakologi meningkatkan sensitifitas insulin, sehingga biasa mengatasi masalah resisten insulin tanpa menyebabkan hipoglikemia

### Insulin.

Indikasi penggunaan insulin pada NIDDM adalah:

- a. DM dengan berat badan menurun cepat/kurus.
- b. Ketoasidosis, asidosis laktat, dan koma hiperosmolar.
- c. DM yang mengalami stres berat.
- d. DM dengan kehamilan.
- e. DM yang tidak berhasil dikelola dengan obat hipoglikemik oral dosis maksimal atas kontraindikasi obat tersebut.

## H. Pengkajian Keperawatan

Menurut (Doenges, 2012), data dasar dengan pasien diabetes melitus adalah:

### 1. Pemeriksaan fisik

#### a. Aktivitas/istirahat

##### Gejala:

- 1) Lemah, letih, sulit bergerak/berjalan.
- 2) Kram otot, tonus otot menurun, gangguan tidur/istirahat.

##### Tanda:

- 1) Takikardi dan takipnea pada keadaan istirahat atau saat aktivitas
- 2) Letargi/disorientasi, koma.
- 3) Penurunan kekuatan otot.

#### b. Sirkulasi

##### Gejala:

- 1) Adanya riwayat hipertensi.
- 2) Kebas dan kesemutan pada ekstremitas.
- 3) Ulkus pada kaki, penyembuhan luka yang lama.

##### Tanda:

- 1) Takikardi.
- 2) Perubahan tekanan darah (hipertensi).
- 3) Kulit panas, kering dan kemerahan, bola mata cekung.

#### c. Integritas ego

##### Gejala:

- 1) Stress.
- 2) Masalah finansial yang berhubungan dengan kondisi.

##### Tanda:

Ansietas, peka rangsang.

**d. Eliminasi****Gejala:**

- 1) Perubahan pola berkemih (Poliuria), nokturia, rasa nyeri/terbakar, kesulitan berkemih (infeksi), ISK baru/berulang, nyeri tekan abdomen .
- 2) Diare.

**Tanda:**

- 1) Urin encer, pucat, kuning; poliuri (dapat berkembang menjadi oliguria/anuria jika terjadi hipovolemia berat).
- 2) Urin berbau busuk (infeksi).
- 3) Abdomen keras, adanya asites.
- 4) Bising usus lemah dan menurun; hiperaktif (diare).

**e. Makanan/cairan****Gejala:**

- 1) Hilang nafsu makan.
- 2) Mual/muntah.
- 3) Penurunan berat badan lebih dari periode beberapa hari/minggu.
- 4) Rasa haus.

**Tanda:**

- 1) Kulit kering/bersisik, turgor jelek.
- 2) Distensi abdomen, muntah.
- 3) Peningkatan gula darah.

**f. Neurosensori****Gejala:**

- 1) Pusing/sakit kepala.
- 2) Kesemutan, kebas kelemahan otot, parastesia.
- 3) Gangguan penglihatan.

**Tanda:**

Disorientasi; mengantuk, letargi. Gangguan memori

**g. Nyeri/kenyamanan****Gejala:**

Abdomen yang tegang/nyeri (sedang/berat).

**Tanda:**

Wajah yang meringis dengan palpitasi.

**h. Pernafasan****Gejala:**

Merasa kekurangan oksigen, batuk adanya sputum atau tanpa sputum.

**Tanda:**

- 1) Batuk dengan sputum atau tanpa sputum.
- 2) Frekuensi nafas meningkat.

**i. Keamanan****Gejala:**

Kulit kering, gatal, ulkus kulit.

**Tanda:**

- 1) Demam, kulit rusak/lesi.
- 2) Menurunnya kekuatan umum/rentang gerak.
- 3) Parastesia/paralisis otot termasuk otot-otot pernafasan (jika kadar kalium menurun drastis).

**j. Seksualitas****Gejala:**

Rabas/kebas pada vagina (infeksi).

**2. Pemeriksaan penunjang**

Menurut (Doenges, 2012), pemeriksaan penunjang diabetes melitus adalah

- a. Glukosa darah, meningkat 100-200 mg/dl, atau lebih.
- b. Aseton plasma (keton), positif secara mencolok.
- c. Asam lemak bebas, kadar lipid dan kolesterol meningkat.
- d. Osmolalitas serum, meningkat tetapi biasanya kurang dari 330 mOsm/l.
- e. Elektrolit:
  - 1) Natrium, mungkin normal, meningkat atau menurun.
  - 2) Kalium, normal atau peningkatan semu (perpindahan seluler), selanjutnya akan menurun.
  - 3) Fosfor, lebih sering menurun.
- f. Gas darah arteri, biasanya menunjukkan pH rendah dan penurunan pada  $\text{HCO}_3$  (asidosis metabolik) dengan kompensasi alkalosis respiratorik.
- g. Trombosit darah, hematokrit mungkin meningkat (dehidrasi), leukositosis, hemokonsentrasi, merupakan respons terhadap stress atau infeksi.
- h. Ureum/ kreatinin, mungkin meningkat atau normal (dehidrasi/penurunan fungsi ginjal).

- i. Amilase darah, mungkin meningkat yang mengindikasikan adanya pankreatitis akut sebagai penyebab dari diabetes ketoasidosis (DKA).

### **I. Diagnosa keperawatan**

Menurut (Doenges, 2012) diagnosa keperawatan pada pasien diabetes melitus:

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diare, muntah, mual, diuresis osmotik.
2. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakcukupan insulin, mual, nyeri abdomen, proses infeksi.
3. Resiko tinggi terhadap infeksi (sepsis) berhubungan dengan kadar glukosa tinggi, penurunan fungsi leukosit, infeksi pernafasan yang ada sebelumnya, atau ISK.
4. Resiko tinggi terhadap perubahan sensori-perseptual berhubungan dengan ketidakseimbangan glukosa/insulin.
5. Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, insulisiensi insulin, infeksi.
6. Kurang pengetahuan tentang penyakit diabetes melitus berhubungan dengan kurang tepapar informasi.

### **J. Perencanaan keperawatan**

1. **Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diare, mual, muntah, diuresis osmotik.**

**Tujuan dan kriteria hasil:** mendemonstrasikan hidrasi yang adekuat yang ditandaia oleh tanda-tanda vital yang stabil, turgor kulit elastis, pengisian kapiler cepat, haluaran urine baik secara individual dan kadar elektrolit dalam batas normal.

#### **Intervensi:**

- a. Pantau TTV (TD, nafas, suhu, nadi) catat adanya perubahan tekanan darah ortostatik.

**Rasional:** Hipovolemia dapat dimanifestasikan oleh hipotensi dan takikardia.

- b. Pantau pola nafas, frekuensi dan penggunaan otot bantu nafas.

**Rasional:** Paru-paru mengeluarkan asam karbonat melalui pernafasan yang menghasilkan kompensasi alkalosis respiratori terhadap keadaan ketoasidosis.

- c. Pantau masukan dan pengeluaran cairan, catat berat jenis urin.

**Rasional:** Memberikan perkiraan kebutuhan akan cairan pengganti, fungsi ginjal, dan keefektifan terapi yang diberikan.

- d. Catat hal-hal yang dilaporkan seperti mual, muntah, nyeri abdomen dan distensi lambung.

**Rasional:** Kekurangan cairan dan elektrolit mengubah motilitas lambung, yang sering kali akan menimbulkan muntah dan secara potensial menimbulkan kekurangan cairan dan elektrolit.

- e. Kaji adanya perubahan mental/sensori.

**Rasional:** Perubahan mental/sensori dapat berhubungan dengan yang tinggi atau rendah.

- f. Ukur berat badan setiap hari.

**Rasional:** Memberikan hasil pengkajian yang terbaik dari status cairan yang sedang berlangsung.

- g. Pertahankan asuhan cairan setidaknya 2500 mL/hari dalam batas yang dapat ditoleransi oleh jantung tergantung berat badan.

**Rasional:** Mempertahankan hidrasi/volume sirkulasi.

- h. Berikan terapi cairan sesuai dengan indikasi: isotonik atau larutan Ringer tanpa tambahan albumin, plasma dan desktran.

**Rasional:** Tipe dan jumlah cairan tergantung pada derajat kekurangan cairan dan respon pasien secara individual.

- i. Pantau pemeriksaan laboratorium, seperti hematokrit, kreatinin, natrium, kalium.

**Rasional:** Mengkaji tingkat hidrasi dan seringkali meingkat akibat hemokonsentrasi yang terjadi setelah diuresis osmotic.

**2. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakcukupan insulin, mual ,nyeri abdomen, proses infeksi.**

**Kriteria hasil:** Mencerna jumlah kalori/nutrisi yang tepat, menunjukan tingkat energi, mendemosntrasikan berat badan stabil atau penambahan kearah rentang yang biasanya/yang diinginkan dengan niali laboratorium normal.

**Intervensi:**

a. Observasi tanda-tanda hipoglikemi (perubahan tingkat kesadaran, kulit dingin dan lembab, nadi cepat, cepat lapar, ansietas, sakit kepala, pusing.

**Rasional:** Karena metabolisme karbohidrat mulai terjadi gula darah akan berkurang dan sementara tetap diberikan insulin maka hipoglikemi dapat terjadi. Jika pasien dalam keadaan hipoglikemia mungkin terjadi tanpa memperlihatkan perubahan tingkat kesadaran.

b. Auskultasi bunyi usus, catat adanya nyeri abdomen, kembung, mual, muntahan makanan yang belum sempat dicerna.

**Rasional:** Hiperglikemia dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dapat menurunkan motilitas/fungsi lambung.

c. Timbang berat badan setiap hari atau sesuai dengan indikasi .

**Rasional:** Mengkaji pemasukan makanan yang adekuat.

d. Lakukan pemeriksaan gula darah sementara (GDS) sesuai instruksi

**Rasional:** Analisa ditempat tidur terhadap gula darah lebih akurat daripada pemantauan gula dalam urin yang tidak cukup akurat untuk menentukan kadar gula darah.

e. Pantau pemeriksaan laboratorium seperti hemoglobin, Gula Darah Sewaktu (GDS).

**Rasional:** Gula darah akan menurun perlahan dengan penggantian cairan dan terapi insulin terkontrol.

f. Berikan pengobatan insulin secara teratur.

**Rasional:** Insulin reguler memiliki awitan cepat dan karenanya dengan cepat pula dapat membantu memindahkan glukosa ke dalam sel.

g. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan diet untuk pasien.

**Rasional:** Sangat bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.

### **3. Resiko tinggi terhadap infeksi (sepsis) berhubungan dengan kadar glukosa tinggi, penurunan fungsi leukosit, infeksi pernafasan yang ada sebelumnya, atau ISK.**

**Kriteria hasil:** Mengidentifikasi intervensi untuk mencegah/menurunkan resiko infeksi.

#### **Intervensi:**

a. Observasi tanda-tanda infeksi dan peradangan, seperti demam, kemerahan, adanya pus pada luka, urin berwarna keruh atau berkabut.

**Rasional:** Pasien mungkin masuk dengan infeksi yang biasanya telah mencetuskan keadaan ketoadisis atau dapat mengalami infeksi nosokomial.

b. Tingkatkan upaya pencegahan dengan melakukan cuci tangan dengan baik pada semua orang yang berhubungan dengan pasien termasuk diri sendiri.

**Rasional:** Mencegah timbulnya infeksi silang (infeksi nosokomial).

c. Posisikan pasien pada posisi semi-fowler.

**Rasional:** Memberikan kemudahan bagi paru untuk berkembang, menurunkan resiko terjadinya aspirasi.

d. Pertahankan teknik aseptik pada prosedur invasif, pemberian obat intravena dan memberikan perawatan pemeliharaan.

**Rasional:** Kadar glukosa yang tinggi dalam darah akan menjadi media terbaik bagi pertumbuhan kuman.

e. Berikan obat antibiotik yang sesuai.

**Rasional:** Penanganan awal dapat membantu mencegah timbulnya sepsis.

#### 4. Resiko tinggi terhadap perubahan sensori-perseptual berhubungan dengan ketidakseimbangan glukosa/insulin.

**Kriteria hasil:** Mempertahankan tingkat mental biasanya, mengenali dan mengkompensasi adanya kerusakan sensori.

##### **Intervensi:**

a. Pantau tanda-tanda vital dan status mental.

**Rasional:** Sebagai dasar untuk membandingkan temuan abnormal, seperti suhu yang meningkat dapat mempengaruhi fungsi mental.

b. Bantu pasien dalam ambulasi atau perubahan posisi.

**Rasional:** Meningkatkan keamanan pasien terutama ketika rasa ketidakseimbangan dipengaruhi.

c. Pelihara aktivitas rutin pasien sekonsisten mungkin, dorong untuk melakukan aktivitas sehari-hari sesuai kemampuannya.

**Rasional:** Membantu memelihara pasien tetap berhubungan dengan realitas dan mempertahankan orientasi pada lingkungannya.

d. Pantau nilai laboratorium seperti glukosa darah, hemoglobin, hematokrit, ureum kreatinin.

**Rasional:** Ketidakseimbangan nilai laboratorium ini dapat menurunkan fungsi mental.

**5. Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, insulisiensi insulin, infeksi.**

**Kriteria hasil:** Mengungkapkan peningkatan tingkat energi, menunjukkan perbaikan kemampuan untuk berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan.

**Intervensi:**

- a. Diskusikan dengan pasien kebutuhan akan aktivitas. Buat jadwal perencanaan dengan pasien dan identifikasi aktivitas yang menimbulkan kelelahan.

**Rasional:** Pendidikan dapat memberikan motivasi untuk meningkatkan tingkat aktivitas meskipun pasien mungkin sangat lemah.

- b. Berikan aktivitas alternatif dengan periode istirahat yang cukup.

**Rasional:** Mencegah kelelahan yang berlebihan.

- c. Pantau TTV sebelum/sesudah melakukan aktivitas.

**Rasional:** Mengindikasikan tingkat aktivitas yang dapat ditoleransi secara fisiologis.

- d. Tingkatkan partisipasi pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari sesuai dengan yang dapat ditoleransi.

**Rasional:** Meningkatkan kepercayaan diri/harga diri yang positif sesuai dengan tingkat aktivitas yang dapat ditoleransi pasien.

**6. Kurang pengetahuan mengenai penyakit diabetes melitus berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi.**

**Kriteria hasil:** Mengungkapkan pemahaman tentang penyakit, mengidentifikasi hubungan antara tanda gejala, penyebab dari proses penyakit.

**Intervensi:**

- a. Identifikasi tentang penyakit diabetes melitus  
**Rasional:** Memberikan pengetahuan dasar pasien
- b. Diskusikan tentang rencana diet, penggunaan makanan tinggi serat dan cara untuk melakukan makan diluar rumah.  
**Rasional:** Kesadaran tentang pentingnya kontrol diet akan membantu pasien dalam merencanakan makanan.
- c. Pilih berbagai strategi belajar, seperti teknik demonstrasi yang memerlukan keterampilan dan biarkan pasien mendemonstrasikan ulang.

**K. Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Kodim, 2015).

**L. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Tujuan evaluasi yaitu, untuk menentukan perkembangan kesehatan klien, menilai efektivitas, efisiensi dan produktivitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan, untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan, mendapatkan umpan balik dan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan (Kodim, 2015).

Evaluasi proses, area yang menjadi perhatian pada evaluasi proses mencakup jenis informasi yang didapat pada saat wawancara dan pemeriksaan fisik, validasi dari perumusan diagnosa keperawatan, dan kemampuan teknikal perawat. Evaluasi hasil berfokus pada respons dan fungsi klien. Respons perilaku klien merupakan pengaruh dari intervensi keperawatan dan akan terlihat pada pencapaian tujuan dan kriteria hasil (Kodim, 2015).

Dalam melakukan proses evaluasi, ada beberapa kegiatan yang harus diikuti oleh perawat, anatar lain: mengkaji ulang tujuan klien dan kriteria hasil yang telah ditetapkan, mengumpulkan data yang berhubungan dengan hasil yang diharapkan, mengukur pencapaian tujuan, mencatat keputusan atau hasil pengukuran pencapaian tujuan, melakukan revisi dan modifikasi terhadap rencana perawatan bila perlu (Kodim, 2015).

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **A. Pengkajian keperawatan**

##### **1. Identitas pasien**

Nama pasien Ny.A usia 73 tahun berjenis kelamin perempuan, dengan status sudah menikah, beragama islam dan suku bangsa jawa. Pendidikan terakhir pasien SLTA, bahasa yang digunakan bahasa Indonesia. Pekerjaan pasien sebagai ibu rumah tangga, alamat rumah Jl. Kusuma Timur blok 5/27 Wisma Jaya Bekasi Timur, informasi didapat melalui pasien, perawat homecare pasien, rekam medis dan perawat ruangan.

##### **2. Resume**

Pasien Ny.A datang ke IGD Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur pada tanggal 7 february 2020 pukul 11.25 WIB. Pasien datang di antar oleh perawat homecare dan keluarga dengan keluhan pasien mengalami penurunan kesadaran sejak tadi malam, suara nafas stridor. Keadaan umum sakit berat, kesadaran samnolen, GCS E: 2, M: 5, V:4. Dilakukan pengkajian di ruang IGD observasi TTV dengan hasil TD: 154/102 mmHg, Nadi: 98x/menit, RR: 24x/menit, Suhu: 36 °C. Dilakukan pemeriksaan GDS (Gula Darah Sewaktu) dengan hasil 24\* mg/dl, pasien mempunyai riwayat penyakit diabetes melitus tipe 2 sejak 5 tahun yang lalu dan stroke iskemik 3 tahun yang lalu. Masalah keperawatan yang muncul ketidakefektifan jaringan cerebral. Telah dilakukan tindakan keperawatan mengatur posisi semifowler, pemberian terapi oksigen 3 lpm, pemberian terapi infus Nacl 3 % 500cc/24 jam dan Dextrose 40 % 500cc/24 jam. Pasien dipasang selang NGT (*Naso Gastro Tube*) dan dilakukan pemeriksaan darah lengkap, pasien dirujuk ke ruang Intermediate Care (IMC), karena ruang IMC penuh pasien tetap dirawat di ruang IGD selama 2 hari. Evaluasi keperawatan masalah belum teratasi. Tanggal 8 february 2020 pasien masih dirawat di ruang IGD

karena pasien perlu observasi penuh, pasien lemas, terpasang selang NGT (*Naso Gastro Tube*), terpasang oksigen 3lpm, GDS (Gula Darah Sewaktu) 48\* mg/dl. Hasil observasi TTV dengan hasil TD: 139/93 mmHg, Nadi: 91x/menit, RR: 21x/menit, Suhu: 36 °C. Masalah keperawatan yang muncul ketidakstabilan kadar glukosa darah. Tindakan keperawatan pemantauan GDS (Gula Darah Sewaktu) dan terapi infus dilanjutkan Nacl 3 % 500cc/24 jam dan Dextrose 40 % 500cc/24 jam.. Hasil GDS (Gula Darah Sewaktu) pukul 11.00 WIB: 119 mg/dl. Evaluasi keperawatan masalah belum teratasi. Tanggal 9 februari pasien GDS (Gula Darah Sewaktu) 2020 158\* mg/dl, Hasil observasi TTV dengan hasil TD: 121/83 mmHg, Nadi: 78x/menit, RR: 21x/menit, Suhu: 37,1 °C, selang NGT (*Naso Gastro Tube*) dilepas. Masalah keperawatan yang muncul ketidakstabilan kadar glukosa darah. Tindakan keperawatan pemantauan GDS (Gula Darah Sewaktu) dan terapi infus dilanjutkan Nacl 3 % 500cc/24 jam dan Dextrose 40 % 500cc/24 jam.. Hasil GDS (Gula Darah Sewaktu) pukul 11.00 WIB: 119 mg/dl. Evaluasi keperawatan masalah belum teratasi. Tanggal 10 februari pukul 08.15 WIB pasien dipindahkan ke Ruang Crysant, dengan kesadaran compos mentis, keadaan sakit sedang. Dilakukan pengkajian oleh perawat ruangan. Pasien mengatakan mual dan lemas, terpasang terapi oksigen 3lpm. Dilakukan observasi TTV dengan hasil TD: 119/67 , N: 70 x/menit, S: 36,5 °C, RR: 22x/menit. Masalah keperawatan yang diangkat pola nafas tidak efektif. Tindakan keperawatan mandiri yang dilakukan adalah mengatur posisi semi fowler dan pemberian terapi oksigen 3 lpm. Evaluasi keperawatan belum teratasi.

### **3. Riwayat keperawatan**

#### **a. Riwayat kesehatan sekarang**

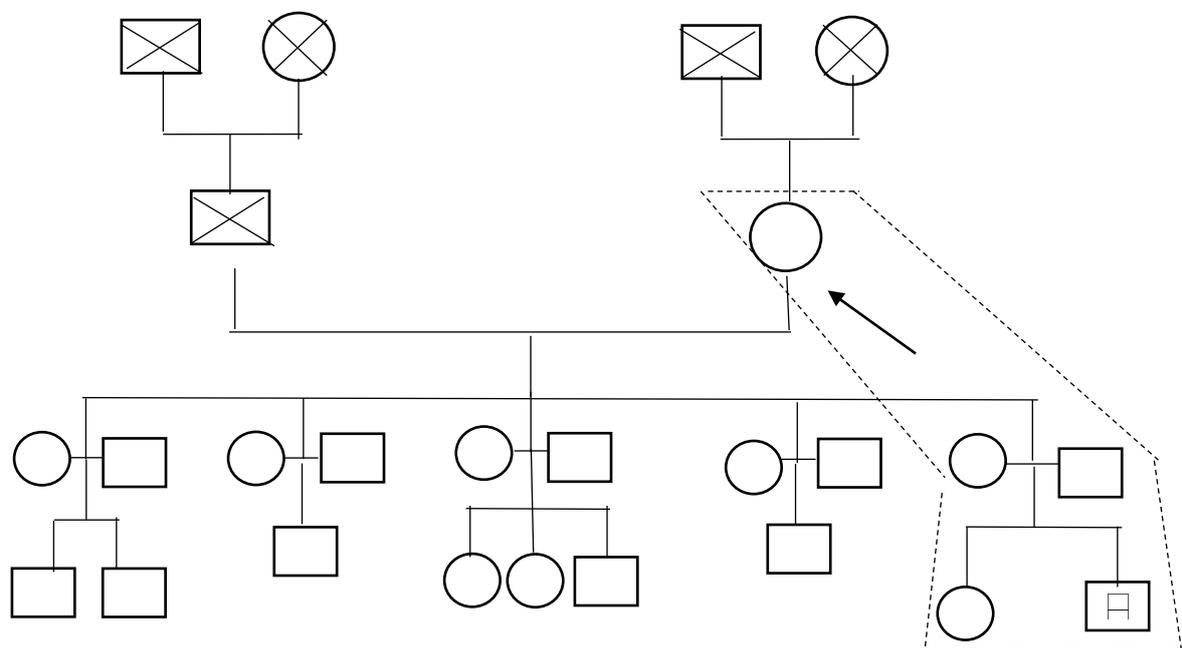
Pasien sedang tidur karena baru saja dipindahkan dari ruang IGD ke ruang rawat inap, jadi beberapa data diperoleh dari perawat homecare pasien, perawat homecare pasien mengatakan pasien mengeluh sering haus, kurang nafsu makan, perawat homecare pasien mengatakan pasien

BAK menggunakan pampers, perawat homecare pasien mengatakan pasien sering diganti pampersnya sehari 10 kali sehari, perawat homecare pasien mengatakan tidak tahu apa yang menjadi faktor pencetus. Perawat homecare pasien mengatakan timbulnya secara mendadak. Perawat homecare pasien mengatakan upaya mengatasinya dengan tidur dan meminta pasien untuk makan agar cepat sembuh dan supaya pasien mau makan.

b. Riwayat kesehatan masalah

Perawat homecare pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat penyakit diabetes melitus tipe 2 ± sudah 5 tahun dan riwayat stroke iskemik ± 3 tahun yang lalu. Pasien juga pernah jatuh dari kamar mandi ± 3 tahun yang lalu. Perawat homecare pasien mengatakan pasien tidak mempunyai alergi obat dan alergi makanan. Pasien mempunyai riwayat mengkonsumsi obat-obatan dirumah yaitu glucodex 80 mg, albusmin kapsul 480 mg, clopidogrel 75 mg dan masih sering mengkonsumsi obat-obatan tersebut dan rajin mengecek gula darah.

c. Riwayat kesehatan keluarga ( Genogram dan keterangan tiga generasi dari pasien



Keterangan :

 : laki-laki

 : perempuan

 : meninggal

 : pasien

..... : tinggal serumah

- d. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor resiko

Perawat home care pasien mengatakan ayah pasien mempunyai penyakit diabetes melitus dan hipertensi, anak-anak pasien tidak ada yang menderita penyakit diabetes melitus seperti pasien.

- e. Riwayat psikososial dan spritiual

- 1) Perawat homecare pasien mengatakan orang terdekat dengan pasien adalah perawat homecare nya pasien dan anak yang tinggal serumah dengan pasien.
- 2) Perawat homecare pasien mengatakan interaksi keluarga pasien adalah pola komunikasinya kurang baik karena anak-anaknya sibuk dengan pekerjaan masing-masing dan jarang berkomunikasi, pembuatan keputusan diambil oleh anak-anaknya.
- 3) Dampak penyakit pasien terhadap keluarga adalah anak-anak, keluarganya khawatir dengan keadaan pasien.
- 4) Masalah yang mempengaruhi pasien adalah pasien mengatakan penyakitnya saat ini membuat pasien tidak bisa melakukan aktivitas seperti dulu lagi.

- 5) Mekanisme coping terhadap stress pasien yaitu mengatakan dengan cara tidur.
- 6) Persepsi pasien terhadap penyakitnya  
Hal yang sangat dipikirkan pasien saat ini adalah ketika pasien sakit pasien tidak dapat beraktivitas seperti biasa seperti pada saat sebelum sakit, selalu dibantu oleh orang lain, pasien mengatakan ingin segera pulang dan tidak mau di rawat dirumah sakit. Harapan pasien setelah menjalani perawatan adalah pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan cepat pulang. Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit adalah pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasa.
- 7) Sistem nilai kepercayaan  
Pasien dan perawat homecare mengatakan tidak memiliki nilai-nilai di agamayang bertentangan dengan kesehatan dan aktivitas agama/kepercayaan yang dilakukan pasien adalah sholat dan berdoa.
- 8) Kondisi lingkungan rumah  
Perawat homecare mengatakan rumah bersih terdapat ventilasi supaya cahaya masuk kedalam rumah dan sampah selalu dibuang ditempat sampah.
- 9) Pola kebiasaan
  - a) Pola nutrisi  
Sebelum sakit, perawat homecare pasien mengatakan pasien makan 3 kali dalam sehari, nafsu makan baik, menghabiskan nasi 3 sendok makan. Pasien mengkonsumsi cemilan seperti regal, kurma dan minum susu. Pasien mengatakan tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak memiliki alergi makanan dan tidak memiliki makanan pantangan. Perawat homecare pasien mengatakan pasien dibatasi untuk makanan yang manis dan nasi. Pasien tidak menggunakan NGT (*Naso Gastro Tube*).

Saat dirumah sakit, perawat homecare mengatakan pasien makan 2 kali sehari, nafsu makan kurang baik karena mual dan tidak menyukai makanan rumah sakit. Perawat homecare pasien mengatakan pasien dirumah sakit hanya menghabiskan 2 sendok makan setiap makan. Pasien mengatakan tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak memiliki alergi makanan. Makanan pantangan yaitu tinggi karbohidrat Diet makanan pasien yaitu diit tim DM 1600 kalori rendah lemak rendah serat. Pasien menggunakan NGT pada saat diruangan IGD, di ruang rawat inap pasien tidak menggunakan NGT lagi.

b) Pola eliminasi

Sebelum sakit, perawat homecare mengatakan pampers pasien diganti  $\pm 8$  kali, warna urine kuning. Pasien BAB 1 kali sehari dan waktu tidak menentu, warna kuning kecoklatan, konsistensi lembek dan pasien tidak pernah menggunakan obat pencahar atau laxatif.

Saat dirumah sakit, perawat homecare mengatakan pasien diganti pampersnya 10 kali, warna urine kuning. Perawat homecare pasien mengatakan pasien BAB baru 1 kali selama dirawat, warna feses kuning, konsistensi cair berampas dan pasien tidak pernah menggunakan obat pencahar atau laxatif.

c) Pola personal hygiene

Sebelum sakit, perawat homecare mengatakan pasien mandi 2 kali sehari pada waktu pagi dan sore hari. Pasien sikat gigi 2 kali sehari pada waktu mandi yaitu pagi dan sore hari. Perawat homecare mengatakan pasien cuci rambut 3 kali seminggu.

Saat dirumah sakit, perawat homecare mengatakan pasien selama dirawat mandi baru 1 kali dan belum cuci rambut.

d) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit, perawat homecare mengatakan pasien tidur siang 2-3 jam, tidur malam 6-8 jam tapi sering terbangun karena ingin mengganti pampers pasien dan pasien tidak ada kebiasaan sebelum tidur.

Saat dirumah sakit, perawat homecare mengatakan pasien tidur siang 1-2 jam, tidur malam 4-5 jam tapi sering terbangun karena ingin mengganti pampers pasien dan pasien tidak ada kebiasaan sebelum tidur.

e) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit, perawat homecare mengatakan pasien hanya miring kanan miring kiri saja karena pasien sudah 2 tahun bedrest.

Saat dirumah sakit, perawat homecare mengatakan pasien mengatakan lemas dan tidak dapat melakukan mobilisasi atau aktivitas secara mandiri, perawat homecare mengatakan pasien hanya miring kanan miring kiri saja karena pasien sudah 2 tahun bedrest.

f) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Sebelum sakit, perawat homecare mengatakan pasien tidak merokok dan meminum minuman keras.

Saat dirumah sakit, perawat homecare mengatakan pasien tidak merokok dan meminum minuman keras.

#### 4. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Berat badan pasien saat ini adalah 65 kg, berat badan sebelum sakit 2 bulan yang lalu 66 kg. Tinggi badan pasien 160 cm. IMT pasien (25,3: *overweight*). Keadaan umum pasien sakit sedang, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem penglihatan

Posisi mata pasien simetris, kelopak mata normal, pergerakan mata normal, konjungtiva merah mudah, kornea normal, sklera anikterik, pupil isokor, tidak ada kelainan pada otot-otot mata. Pasien mengatakan sedikit kabur, tidak ada tanda-tanda radang, pasien tidak menggunakan kacamata dan kontak lensa, reaksi terhadap cahaya baik dan positif dengan hasil 2mm/2mm.

c. Sistem pendengaran

Daun telinga pasien normal, tidak ada serumen, kondisi tengah telinga pasien normal, dan tidak ada cairan dari telinga pasien. Pasien mengatakan tidak merasa penuh pada telinga, titinus tidak ada, fungsi pendengaran kurang, tidak ada gangguan keseimbangan dan pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

d. Sistem wicara

Tidak ada gangguan dalam sistem wicara pasien, pasien bicara normal.

e. Sistem pernafasan

Tidak ada sumbatan jalan nafas, tidak ada sesak, tidak menggunakan otot bantu pernafasan. Frekuensi pernafasan pasien 22 x/menit, irama teratur, jenis pernafasan spontan, dengan kedalaman pernafasan dalam dan tidak dangkal. Batuk tidak ada, sputum tidak ada, tidak ada nyeri

dada ataupun nyeri saat bernafas, pasien menggunakan alat bantu nafas yaitu oksigen 3 liter per menit.

f. Sistem kardiovaskuler

Nadi pasien 70 x/menit dengan irama teratur, denyut nadi kuat, tekanan darah 119/67 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis kanan dan kiri. Temperatur kulit hangat, warna kulit kemerahan, pengisian kapiler 2 detik, ada edema di bagian tungkai bawah, kecepatan nadi apikal 72 x/menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung dan tidak ada nyeri dada.

g. Sistem hematologi

Pasien tidak pucat dan tidak ada perdarahan.

h. Sistem syaraf pusat

Pasien mengatakan tidak ada keluhan sakit kepala, tingkat kesadaran compos mentis, hasil pengukuran GCS E: 4, V:5, M:6. Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK. Pasien mengalami gangguan sistem persyarafan yaitu kelumpuhan di ekstremitas bawah dan atas sebelah kanan, refleks fisiologis pasien normal dan tidak ada refleks patologis.

i. Sistem pencernaan

Pasien tidak menggunakan gigi palsu, gigi pasien sebagian sudah ada yang sudah lepas, tidak ada stomatitis, lidah pasien tidak. Saliva pasien normal, tidak ada muntah, pasien mengatakan tidak ada nyeri pada perut. Bising usus pasien 11 x/menit, tidak ada diare. Konsistensi faeces cair dan berampas, pasien tidak konstipasi, abdomen terba lembek.

j. Sistem endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas pasien tidak berbau keton dan tidak ada luka ganggren.

k. Sistem urogenital

Balance cairan/24 jam= intake: (oral= 1800cc, infus= 1000 cc), perawat homecare pasien mengatakan pampers pasien sudah diganti 10 kali, balance cairan tidak dapat dihitung (pasien menggunakan pampers), urine berwarna kuning, saat dipalpasi tidak ada distensi pada kandung kemih dan tidak ada keluhan sakit pinggang.

l. Sistem integumen

Turgor kulit teraba elastis, temperatur kulit pasien hangat, warna kulit kemerahan pada telapak tangan dan kaki. Terdapat luka dekubitus di punggung belakang sudah mulai kering dan tidak ada kelainan pada kulit. Kondisi kulit daerah pemasangan infus tidak ada tanda-tanda kemerahan dan keadaan rambut pasien bersih.

m. Sistem muskuloskeletal

Pasien mengatakan sulit menggerakkan bagian tubuh sebelah kanan, tidak ada sakit pada sendi dan tulang, tidak ada fraktur. Tidak ada kelainan bentuk pada tulang sendi dan tidak ada kelainan struktur tulang belakang.. Kekuatan otot pada ekstremitas bawah dan atas sebelah kiri adalah 5 dan sebelah kanan adalah 1.

## 5. Data tambahan

Pasien, keluarga dan perawat homecare pasien mengatakan yang diketahui dari penyakit Diabetes Melitus adalah penyakit gula, penyebabnya karena pola makan sembarangan banyak mengandung gula dan gaya hidup yang tidak sehat seperti jarang olahraga, penderita Diabetes Melitus harus dibatasi konsumsi gulanya.

## 6. Data penunjang

### a. Laboratorium

Pemeriksaan hematologi dilakukan pada tanggal 7 februari 2020

Dengan hasil, hemoglobin : 15.0 g/dl (normal: 12.5-16.0 g/dl), leukosit: 7,630/ul (normal: 4,000-10,500 / $\mu$ l), hematokrit: 42 vol% (normal: 37-47 vol%), trombosit: 370,000/ul (normal: 150,000-450,000/ul), eritrosit: 4,84 juta/ul (normal: 4,20-5,40 juta/ul). Nilai eritrosit rata-rata : MCV: 88 fl (normal : 78-100 fl), MCH: 31 pg (normal: 27-31 pg), MCHC: 35% (normal: 32-36%), gula darah sewaktu (GDS) pukul 11.35 WIB : 24\* mg/dl (normal: 60-140 mg/dl). Elektrolit natrium: 126\* mmol/l (normal: 133-145 mmol/l), kalium: 4,67 mmol/l (normal: 3,50-5,00 mmol/l), chlorida 90 mmol/l (normal: 99-108 mmol/l).

Tanggal 8 februari 2020. Gula darah sewaktu (GDS) pukul 04.00 WIB: 48\* mg/dl, pukul 11.00 WIB: 119 mg/dl (normal: 60-140 mg/dl).

Tanggal 9 februari 2020. Gula darah sewaktu (GDS) pukul 04.00 WIB: 131 mg/dl, pukul 07.00 WIB: 158\* mg/dl (normal: 60-140 mg/dl). Elektrolit natrium: 130\* mmol/l (normal: 133-145 mmol/l), kalium: 4,21 mmol/l (normal: 3,50-5,00 mmol/l), chlorida 99 mmol/l (normal: 99-108 mmol/l).

## 7. Penatalaksanaan

### a. Obat oral

Albusmin 3x1 480 mg

Nacl capsul 3x1 250mg

Clopidogrel 1x1 75mg

### b. Infus

Nacl 3 % 500cc/24 jam

Dextrose 40 % 500cc/24 jam

c. Diit

Pasien mendapat yaitu diit tim DM 1600 kalori rendah lemak rendah serat.

d. Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu 2x/hari.

### DATA FOKUS

Keadaan umum sakit sedang, kesadaran kompos mentis, GCS 15 GCS E: 4, V:5, M:6, tanda-tanda vital TD: 119/67 mmHg, Nadi: 70x/menit, S: 36,5°C RR: 22x/menit.

1. Kebutuhan cairan

Data subjektif : perawat homecare pasien mengatakan minum sudah 3 botol sekitar 1800 cc, perawat homecare pasien mengatakan pasien banyak minum, perawat homecare pasien mengatakan pampers pasien sudah diganti 10 kali.

Data objektif : suhu: 36,5 °C, turgor kulit pasien elastis, mukosa lembab, mata pasien tidak tampak cekung, hematokrit: 42 vol%, Nadi: 70x/menit, Intake: (oral= 1800cc, infus= 1000 cc), pampers pasien sudah diganti 10 kali, balance cairan tidak dapat dihitung (pasien menggunakan pampers).

2. Kebutuhan nutrisi

Data subjektif : pasien mengatakan kurang nafsu makan karena pasien tidak menyukai makanan di rumah sakit dan mual, perawat homecare pasien mengatakan pasien dirumah sakit hanya menghabiskan 2 sendok makan setiap makan.

Data objektif : pasien hanya menghabiskan 2 sendok makan nasi, pasien tampak lemas, Hb: 15,0 g/dl ,GDS : 174\* mg/dl, pasien tampak tidak anemis, IMT: 25,3 (overweight). Bising usus: 11 x/menit.

### 3. Kebutuhan aktivitas

Data subjektif : perawat homecare mengatakan pasien mengatakan lemas dan tidak dapat melakukan mobilisasi atau aktivitas secara mandiri, perawat homecare pasien mengatakan pasien sudah bedrest selama 2 tahun dan semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat homecare pasien.

Data objektif : pasien tampak lemas, pasien tampak tidak dapat mobilisasi dan beraktivitas secara mandiri, pasien tampak dibantu oleh perawat untuk melakukan aktivitas, pasien tampak bedrest, kekuatan otot pada ekstremitas bawah dan atas sebelah kiri adalah 5 dan sebelah kanan adalah 1.

## ANALISA DATA

**Tabel 3.1**

No.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-perawat homecare pasien mengatakan minum sudah 3 botol sekitar 1800 cc.</li> <li>-perawat homecare pasien mengatakan pasien banyak minum</li> <li>-perawat homecare pasien mengatakan pampers pasien sudah diganti 10 kali.</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Suhu: 36,5 °C</li> <li>-Turgor kulit pasien elastis</li> <li>-Mukosa lembab</li> <li>Mata pasien tidak tampak cekung</li> <li>-Hematokrit : 42 vol%</li> <li>-Nadi: 70x/menit</li> <li>-Intake: (oral= 1800cc, infus= 1000 cc), pampers</li> </ul>	<p>Resiko kekurangan volume cairan</p>	<p>Diuresis osmotik</p>

	<p>pasien sudah diganti 10 kali, balance cairan tidak dapat dihitung (pasien menggunakan pampers).</p>		
--	--	--	--

No.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
2.	<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pasien mengatakan kurang nafsu makan karena pasien tidak menyukai makanan di rumah sakit dan mual</li> <li>-Perawat homecare pasien mengatakan pasien dirumah sakit hanya menghabiskan 2 sendok makan setiap makan.</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasien hanya menghabiskan 2 sendok makan nasi</li> <li>-Pasien tampak lemas</li> <li>- pasien tampak tidak anemis</li> <li>-Hb: 15,0 g/dl</li> <li>-GDS : 174* mg/dl</li> <li>-IMT: 25,3 (overweight)</li> <li>-Bising usus: 11 x/menit.</li> </ul>	<p>Resiko ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh</p>	<p>Penurunan masukan oral: mual</p>

No.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
3.	<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat homecare mengatakan pasien mengatakan lemas dan tidak dapat melakukan mobilisasi atau aktivitas secara mandiri.</li> <li>-Perawat homecare pasien mengatakan pasien sudah bedrest selama 2 tahun dan semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat homecare pasien.</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasien tampak lemas</li> <li>-Pasien tampak dibantu oleh perawat untuk melakukan aktivitas</li> <li>-Pasien tampak tidak dapat mobilisasi dan beraktivitas secara mandiri</li> <li>-Pasien tampak bedrest</li> <li>- Kekuatan otot pada ekstremitas bawah dan atas sebelah kiri adalah 5 dan sebelah kanan adalah 1.</li> </ul>	Gangguan mobilitas fisik	Penurunan kekuatan otot

## **B. Diagnosa keperawatan**

1. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik.
2. Resiko ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan masukan oral: mual
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

## **C. Perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan**

### **1. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik**

Data subjektif : perawat homecare pasien mengatakan minum sudah 3 botol sekitar 1800 cc, perawat homecare pasien mengatakan pasien banyak minum, perawat homecare pasien mengatakan pampers pasien sudah diganti 10 kali.

Data objektif : suhu: 36,5 °C, turgor kulit pasien elastis, mukosa lembab, mata pasien tidak tampak cekung, hematokrit: 42 vol%, Nadi: 70x/menit, Intake: (oral= 1800cc, infus= 1000 cc), pampers pasien sudah diganti 10 kali balance cairan tidak dapat dihitung (pasien menggunakan pampers).

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan cairan tetap seimbang.

Kriteria hasil : Tekanan Darah dalam batas normal (110/70-120/80 mmHg), Nadi dalam batas normal (60-100x/menit), Suhu dalam batas normal (36<sup>0</sup>C-37,5<sup>0</sup>C), RR dalam batas normal (12-20x/menit), turgor kulit elastis, pampers diganti setiap sudah penuh.

**Rencana tindakan :**

- a. Pantau TTV (TD,N,S,RR)/shift.
- b. Pantau masukan dan pengeluaran cairan (dengan cara memantau berapa kali pampers pasien diganti)/24 jam.
- c. Ganti pampers pasien setiap pampers sudah penuh.
- d. Kaji turgor kulit dan membran mukosa.
- e. Beri obat Nacl kapsul 250mg dan Albusmin 480mg via oral sesuai program medis

**Pelaksanaan keperawatan pada hari senin tanggal 10 februari 2020**

Pukul 09.00 WIB melakukan pemantauan TTV dengan hasil TD: 119/67 mmHg, N: 70 x/menit, RR: 22 x/menit, S: 36,5 °C. Pukul 11.00 WIB mengganti pampers pasien. Pukul 12.00 WIB memberikan obat Nacl kapsul 250mg dan Albusmin 480mg via oral sesuai program medis, hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. Pukul 13.00 mengkaji turgor kulit dan membran mukosa dengan hasil, turgor kulit elastis, membran mukosa lembab. Pukul 14.00 WIB mengganti pampers pasien. Pukul 14.30 WIB melakukan pemantauan TTV dengan hasil TD: 120/72 mmHg, N: 91x/menit, RR: 20x/menit, S: 37,1°C. Pukul 15.00 WIB memantau masukan dan pengeluaran cairan, hasil perawat homecare pasien mengatakan pasien minum sudah 2 botol sedang ±1200cc, infus 400cc dan pampers pasien sudah diganti 4 kali balance cairan tidak dapat dihitung (pasien menggunakan pampers). Pukul 16.00 WIB memberikan obat Nacl kapsul 250mg dan Albusmin 480mg melalui oral sesuai program medis, obat diberikan oleh perawat ruangan. Pukul 19.00 WIB mengganti pampers, pampers diganti oleh perawat home care pasien. Pukul 20.00 WIB melakukan pemantauan TTV dengan hasil TD: 120/90 mmHg, N: 87x/menit, RR: 19x/menit, S: 37,1°C dilakukan oleh perawat ruangan. Pukul

20.30 WIB memberikan obat Nacl capsul 250mg dan Albusmin 480mg melalui oral sesuai program medis, hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan dilakukan oleh perawat ruangan. Pukul 06.30 WIB perawat ruangan memantau masukan dan pengeluaran cairan dalam 24 jam, hasil perawat homecare pasien mengatakan pasien minum sudah 3 setengah botol sedang  $\pm 2000\text{cc}$ , infus 1000cc dan pampers pasien sudah diganti 10 kali balance cairan tidak dapat dihitung (pasien menggunakan pampers).

### **Evaluasi keperawatan diagnosa 1 pada tanggal 10 februari 2020**

Data subjektif : perawat homecare pasien mengatakan pasien minum sudah 2 botol sedang  $\pm 1200\text{cc}$ , infus 400cc dan pampers pasien sudah diganti 4 kali.

Data objektif : TD: 120/72 mmHg, N: 91x/menit, RR: 20x/menit, S: 37,1 °C , mukosa lembab, turgor kulit elastis, (intake minum:  $\pm 1200\text{cc}$ , infus 400cc, pampers pasien sudah diganti 4 kali dalam/8jam), balance cairan tidak dapat dihitung (pasien menggunakan pampers).

Analisa : Masalah tetap resiko, tujuan belum tercapai.

Perencanaan : Lanjutkan semua intervensi.

**Pelaksanaan keperawatan pada hari senin tanggal 11 february 2020**

Pukul 08.15 WIB melakukan pemantauan TTV dengan hasil TD: 130/87 mmHg, N: 88x/menit, RR: 21x/menit, S: 36,6 °C. Pukul 10.00 WIB mengganti pampers pasien. Pukul 12.00 WIB memberikan obat Nacl capsul 250mg dan Furosemide 40mg via oral sesuai program medis, hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. Pukul 13.30 WIB mengkaji turgor kulit dan membran mukosa dengan hasil, turgor kulit elastis, membran mukosa lembab. Pukul 14.00 WIB mengganti pampers pasien Pukul 14.30 WIB melakukan pemantauan TTV dengan hasil TD: 122/87 mmHg, N: 73x/menit, RR: 20x/menit, S: 37,1 °C. Pukul 15.00 WIB memantau masukan dan pengeluaran cairan, hasil perawat homecare pasien mengatakan pasien minum sudah 2 setengah botol ±1500cc, infus 450cc dan pampers pasien sudah diganti 5 kali dalam sehari, balance cairan tidak dapat dihitung (pasien menggunakan pampers). Pukul 16.00 WIB memberikan obat Nacl capsul 250mg dan Albusmin 480mg via oral sesuai program medis, hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan dilakukan oleh perawat ruangan. Pukul 20.00 WIB melakukan pemantauan TTV dengan hasil TD: 126/80 mmHg, N: 70x/menit, RR: 21x/menit, S: 36,8 °C dilakukan oleh perawat ruangan. Pukul 20.30 WIB memberikan obat Nacl capsul 250mg via oral sesuai program medis, hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan dilakukan oleh perawat ruangan. Pukul 21.00 WIB mengganti pampers, pampers diganti oleh perawat home care pasien. Pukul 06.00 WIB perawat ruangan memantau masukan dan pengeluaran cairan, hasil perawat homecare pasien mengatakan pasien minum sudah 3 setengah botol ±2100cc, infus 1000cc dan pampers pasien sudah diganti 9 kali dalam/24jam, balance cairan tidak dapat dihitung (pasien menggunakan pampers).

**Evaluasi keperawatan diagnosa 1 pada tanggal 11 februari 2020**

Data subjektif : perawat homecare pasien mengatakan pasien minum sudah 2 setengah botol  $\pm$ 1500cc, infus 450cc dan pampers pasien sudah diganti 5 kali dalam sehari, balance cairan tidak dapat dihitung (pasien menggunakan pampers).

Data objektif : TD: 120/72 mmHg, N: 91x/menit, RR: 20x/menit, S: 37,1 °C , mukosa lembab, turgor kulit elastis, (intake minum:  $\pm$ 1500cc, infus 450cc dan pampers pasien sudah diganti 5 kali dalam/8jam), balance cairan tidak dapat dihitung (pasien menggunakan pampers).

Analisa : Masalah tetap resiko, tujuan belum tercapai.

Perencanaan : Lanjutkan semua intervensi.

**Pelaksanaan keperawatan pada hari rabu tanggal 12 februari 2020**

Pukul 08.00 WIB melakukan pemantauan TTV dengan hasil TD: 120/80 mmHg, N: 88x/menit, RR: 17x/menit, S: 36,5 °C. Pukul 09.00 WIB mengganti pampers pasien. Pukul 12.00 WIB memberikan obat Nacl kapsul 250mg dan dan Albusmin 480mg via oral sesuai program medis, hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. Pukul 12.30 WIB mengganti pampers pasien. Pukul 14.00 WIB mengkaji turgor kulit dan membran mukosa dengan hasil, turgor kulit elastis, membran mukosa lembab. Pukul 14.30 WIB mengganti pampers pasien. Pukul 15.00 WIB memantau masukan dan pengeluaran cairan, hasil perawat homecare pasien mengatakan pasien minum sudah 2 botol 1200cc, infus 400cc dan perawat home care pasien mengatakan pampers pasien sudah diganti 4 kali

dalam/8jam. Pukul 15.10 WIB melakukan pemantauan TTV dengan hasil TD: 120/77 mmHg, N: 95x/menit, RR: 19x/menit, S: 36,7 °C.

### **Evaluasi keperawatan diagnosa 1 pada tanggal 12 februari 2020**

Data subjektif : perawat homecare pasien mengatakan pasien minum sudah 2 botol 1200cc, infus 400cc dan perawat home care pasien mengatakan pampers pasien sudah diganti 4 kali.

Data objektif : TD: 120/77 mmHg, N: 95x/menit, RR: 19x/menit, S: 36,7 °C, hematokrit: 42 vol%, mukosa lembab, turgor kulit elastis, (intake minum: 1200cc, infus 400cc, pampers pasien sudah diganti 4 kali dalam/8jam), balance cairan tidak dapat dihitung (pasien menggunakan pampers).

Analisa : Masalah tetap resiko, tujuan belum tercapai.

Perencanaan : Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

### **2. Resiko ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan masukan oral: mual**

Data subjektif : perawat homecare pasien mengatakan pasien kurang nafsu makan karena pasien tidak menyukai makanan di rumah sakit dan mual, perawat homecare pasien mengatakan pasien dirumah sakit hanya menghabiskan 2 sendok makan setiap makan.

Data Objektif : pasien hanya menghabiskan 2 sendok makan nasi, pasien tampak lemas, Hb: 15,0 g/dl ,GDS : 174\* mg/dl, pasien tampak tidak tampak anemis, IMT: 25,3 (overweight). Bising usus: 11 x/menit.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi seimbang.

Kriteria hasil : Mual tidak ada, konjungtiva ananemis, nafsu makan membaik, hemoglobin normal (12,5-16,0 g/dl), GDS normal (60-140 mg/dl) bising usus dalam batas normal (5-35 x/menit).

**Rencana tindakan:**

- a. Monitor asupan makanan
- b. Observasi tanda-tanda hipoglikemia. Seperti perubahan tingkat kesadaran, kulit lembab/dingin /shift.
- c. Auskultasi bising usus
- d. Anjurkan pasien makan sedikit tetapi sering/shift.
- e. Lakukan pemeriksaan gula darah sesuai dengan program medis
- f. Berikan diit DM 1600 kalori, rendah lemak, rendah serat.

**Pelaksanaan keperawatan pada hari senin tanggal 10 februari 2020**

Pukul 10.00 WIB mengobservasi tanda-tanda hipoglikemia seperti perubahan tingkat kesadaran, kulit lembab/dingin, denyut nadi cepat, dengan hasil pasien tampak lemas, akral teraba hangat, ananemis, kesadaran compos mentis. Pukul 12.00 WIB memberikan diit DM 1600 kalori, rendah lemak, rendah serat dengan hasil perawat homecare pasien mengatakan pasien hanya menghabiskan 2 sendok. Pukul 13.00 WIB memantau hasil pemeriksaan gula darah sewaktu dengan hasil Gula darah sewaktu (GDS): 174\* mg/dl. Pukul 14.00 WIB menganjurkan pasien untuk makan sedikit tetapi sering dengan hasil perawat homecare pasien mengatakan pasien ngemil regal. Pukul 14.10 WIB mengauskultasi bising usus hasil bising usus: 7 x/menit. Pukul 14.30 WIB memonitor asupan makananan dengan

hasil mengatakan menghabiskan makanan 3 sendok dan regal 2 buah, pasien mengatakan sedikit mual muntah tidak ada. Pukul 18.00 WIB memberikan diit DM 1600 kalori rendah lemak, rendah serat dengan hasil diberikan oleh ahli gizi.

### **Evaluasi keperawatan diagnosa 2 pada tanggal 10 februari 2020**

Data subjektif : perawat homecare mengatakan pasien makan nasi hanya 3 sendok dan makan regal 2 buah, pasien kurang nafsu makan. Pasien mengatakan masih sedikit mual.

Data objektif : Gula darah sewaktu (GDS): 174\*mg/dl, pasien tampak menghabiskan 2 sendok makan siang, pasien tampak lemas, akral teraba hangat, ananemis, kesadaran compos mentis bising usus: 7 x/menit.

Analisa : Resiko ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh tidak terjadi, tujuan belum tercapai.

Perencanaan : Lanjutkan semua intervensi.

### **Pelaksanaan keperawatan pada hari selasa tanggal 11 februari 2020**

Pukul 09.00 WIB mengobservasi tanda-tanda hipoglikemia seperti perubahan tingkat kesadaran, kulit lembab/dingin, dengan hasil pasien tampak lemas, akral teraba hangat, ananemis, kesadaran compos mentis. Pukul 11.00 WIB menganjurkan pasien untuk makan sedikit tetapi sering dengan hasil perawat homecare pasien mengatakan pasien ngemil regal. Pukul 12.00 WIB memberikan diit DM 1600 kalori, rendah lemak, rendah serat dengan hasil perawat homecare pasien mengatakan pasien hanya menghabiskan 4 sendok. Pukul 13.00 WIB memantau hasil pemeriksaan gula darah sewaktu dengan hasil Gula darah sewaktu (GDS) :152\* mg/dl.

Pukul 14.00 WIB mengauskultasi bising usus hasil bising usus: 9x/menit. Pukul 14.20 WIB memonitor asupan makananan dengan hasil perawat homecare mengatakan pasien tadi makan 4 sendok nasi, 3 buah regal. Pasien mengatakan mual berkurang muntah tidak ada. Pukul 15.00 WIB mengobservasi tanda-tanda hipoglikemia seperti perubahan tingkat kesadaran, kulit lembab/dingin, dengan hasil pasien tampak lemas, akral teraba hangat, ananemis, kesadaran compos mentis. Pukul 18.00 WIB memberikan diit DM 1600 kalori rendah lemak, rendah serat dengan hasil diberikan oleh ahli gizi.

### **Evaluasi keperawatan diagnosa 2 pada tanggal 11 februari 2020**

Data subjektif : perawat homecare mengatakan pasien makan nasi hanya 4 sendok dan makan regal 3 buah. Pasien mengatakan mual berkurang muntah tidak ada.

Data objektif : Gula darah sewaktu (GDS): 152\* mg/dl, pasien tampak menghabiskan 4 sendok makan pada saat siang dan 3 buah regal, nafsu makan membaik, akral teraba hangat, ananemis, kesadaran compos mentis, bising usus 9 x/menit.

Analisa : Resiko ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh tidak terjadi, tujuan belum.

Perencanaan : Lanjutkan semua intervensi.

### **Pelaksanaan keperawatan pada hari rabu tanggal 12 februari 2020**

Pukul 09.30 WIB mengobservasi tanda-tanda hipoglikemia seperti perubahan tingkat kesadaran, kulit lembab/dingin, dengan hasil pasien tampak lemas, akral teraba hangat, ananemis, kesadaran compos mentis. Pukul 11.00 WIB menganjurkan pasien untuk makan sedikit tetapi sering

dengan hasil perawat home care pasien mengatakan pasien ngemil regal. Pukul 12.00 WIB memberikan diit DM 1600 kalori, rendah lemak, rendah serat dengan hasil perawat homecare pasien mengatakan pasien hanya menghabiskan 5 sendok. Pukul 13.00 WIB memantau hasil pemeriksaan gula darah sewaktu dengan hasil Gula darah sewaktu (GDS) :130 mg/dl. Pukul 14.00 WIB mengauskultasi bising usus hasil bising usus: 9x/menit. Pukul 14.20 WIB memonitor asupan makanan dengan hasil perawat homecare mengatakan pasien tadi makan 5 sendok nasi, 3 buah regal, mual tidak ada muntah tidak ada. Pukul 15.00 WIB mengobservasi tanda-tanda hipoglikemia seperti perubahan tingkat kesadaran, kulit lembab/dingin, dengan hasil pasien tampak sedikit lemas, akral teraba hangat, ananemis, kesadaran compos mentis.

### **Evaluasi keperawatan diagnosa 2 pada tanggal 12 februari 2020**

Data subjektif : perawat homecare mengatakan pasien makan nasi 5 sendok dan makan regal 3 buah, pasien mengatakan mual tidak ada muntah tidak ada.

Data objektif : Gula darah sewaktu (GDS): 130 mg/dl, hemoglobin 15,0 g/dl, pasien tampak menghabiskan 5 sendok makan pada saat siang dan 3 buah regal, nafsu makan membaik, bising usus 9 x/menit, pasien tampak sedikit lemas, teraba hangat, ananemis, kesadaran compos mentis.

Analisa : Resiko ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh tidak terjadi, tujuan tercapai.

Perencanaan : Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

### **3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot**

Data Subjektif : Pasien mengatakan lemas, perawat homecare pasien mengatakan pasien sudah bedrest selama 2 tahun dan semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat homecare pasien.

Data Objektif : Pasien tampak lemas, pasien tampak dibantu oleh perawat untuk melakukan aktivitas, pasien tampak bedrest, kekuatan otot pada ekstremitas bawah dan atas sebelah kiri adalah 5 dan sebelah kanan adalah 1.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu melakukan mobilitas fisik secara bertahap.

Kriteria hasil : Pasien tidak lemas, pasien mampu mobilitas secara bertahap, TTV (nadi, TD) dalam batas normal Tekanan Darah dalam batas normal (110/70-120/80 mmHg), Nadi dalam batas normal (60-100x/menit).

#### **Rencana tindakan:**

- a. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- b. Libatkan keluarga dalam aktivitas pasien (misalnya, mobilisasi dan perawatan diri)
- c. Latih pasien ROM (Range Of Motion)
- d. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ROM

**Pelaksanaan keperawatan pada hari senin tanggal 10 februari 2020**

Pukul 10.00 WIB melibatkan keluarga dalam aktivitas pasien, pasien tampak lemas aktivitas pasien dibantu oleh perawat homecare pasien. Pukul 12.30 WIB memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ROM hasil TD: 120/80 mmHg, N: 80x/menit , melatih pasien ROM (Range Of Motion), hasil ekstremitas kiri di lakukan ROM aktif pasien mampu mandiri tapi pada bagian ekstremitas kanan bawah saat mengangkat kaki pasien dibantu, sedangkan ekstremitas kanan dilakukan ROM pasif dengan cara dibantu. Pukul 14.00 WIB melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan hasil perawat homecare pasien mengatakan sesekali pasien dimiring kanan kirikan.

**Evaluasi keperawatan diagnosa 3 pada tanggal 10 februari 2020**

Data subjektif : perawat homecare pasien mengatakan aktivitas pasien dibantu oleh perawat home care, pasien mengatakan sesekali pasien dimiringkan kanan dan kiri.

Data objektif : pasien tampak lemas, aktivitas pasien dibantu oleh perawat homecare pasien, TD: 120/80 mmHg, N: 80x/menit, ekstremitas kiri di lakukan ROM aktif pasien mampu mandiri tapi pada bagian ekstremitas kanan bawah saat mengangkat kaki pasien dibantu, sedangkan ekstremitas kanan dilakukan ROM pasif dengan cara dibantu, pasien tampak bedrest.

Analisa : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Perencanaan : Lanjutkan semua intervensi.

**Pelaksanaan keperawatan pada hari senin tanggal 11 februari 2020**

Pukul 09.00 WIB melibatkan keluarga dalam aktivitas pasien, pasien tampak lemas aktivitas pasien dibantu oleh perawat home care pasien. Pukul 10.00 WIB memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ROM hasil TD: 123/80 mmHg, N: 78x/menit, melatih pasien ROM (Range Of Motion), hasil ekstremitas kiri di lakukan ROM aktif pasien mampu mandiri tapi pada bagian ekstremitas kanan bawah saat mengangkat kaki perlahan bisa diangkat mandiri tanpa dibantu, sedangkan ekstremitas kanan dilakukan ROM pasif dengan cara dibantu. Pukul 13.00 WIB melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan hasil perawat homecare pasien mengatakan sesekali pasien dimiring kanan kirikan.

**Evaluasi keperawatan diagnosa 3 pada tanggal 11 februari 2020**

Data subjektif : perawat homecare pasien mengatakan aktivitas pasien dibantu oleh perawat home care, pasien mengatakan sesekali pasien dimiring kanan kirikan.

Data objektif : pasien tampak tidak lemas, aktivitas pasien dibantu oleh perawat homecare pasien, TD: 123/80 mmHg, N: 78x/menit, ekstremitas kiri di lakukan ROM aktif pasien mampu mandiri tapi pada bagian ekstremitas kanan bawah saat mengangkat kaki perlahan bisa diangkat mandiri tanpa dibantu, sedangkan ekstremitas kanan dilakukan ROM pasif dengan cara dibantu, pasien tampak bedrest.

Analisa : Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Perencanaan : Lanjutkan semua intervensi.

**Pelaksanaan keperawatan pada hari senin tanggal 12 februari 2020**

Pukul 09.00 WIB melibatkan keluarga dalam aktivitas pasien, pasien tampak lemas aktivitas pasien dibantu oleh perawat homecare pasien. Pukul 10.30 WIB memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ROM hasil TD: 110/80 mmHg, N: 77x/menit, melatih pasien ROM (Range Of Motion), hasil ekstremitas kiri di lakukan ROM aktif pasien mampu mandiri tapi pada bagian ekstremitas kanan bawah saat mengangkat kaki perlahan bisa diangkat mandiri tanpa dibantu, sedangkan ekstremitas kanan dilakukan ROM pasif dengan cara dibantu. Pukul 12.30 WIB melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan hasil perawat homecare pasien mengatakan sesekali pasien dimiring kanan kirikan.

**Evaluasi keperawatan diagnosa 3 pada tanggal 12 februari 2020**

Data subjektif : perawat homecare pasien mengatakan aktivitas pasien dibantu oleh perawat home care, perawat homecare pasien mengatakan sesekali pasien dimiring kanan kirikan.

Data objektif : pasien tampak tidak lemas, aktivitas pasien dibantu oleh perawat homecare pasien, rencana keperawatan tersebut tapi penulis merencana tindakan tersebut, karena tidak ada program medis untuk ,pasien tampak bedrest.

Analisa : Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Perencanaan : Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Pengkajian keperawatan**

Menurut (Doenges, 2012) tanda dan gejala pasien dengan Diabetes Melitus ada takikardi dan takipnea pada keadaan istirahat, tapi dalam kasus tidak ditemukan dengan pembuktian pada saat dikaji nadi pasien pada saat istirahat 70x/menit. Takikardi dan takipnea pada keadaan istirahat ini terjadi ketika pasien mengalami hipoglikemia ringan ketika kadar glukosa darah menurun, sistem saraf simpatik akan terangsang. Pelimpahan adrenalin ke dalam darah akan menyebabkan gejala takikardi tremor (Manurung, 2018).

Menurut (Doenges, 2012) pada pasien dengan Diabetes Melitus ditemukan adanya ulkus pada kaki, penyembuhan luka yang lama. Sedangkan pada kasus tidak ditemukan riwayat ulkus pada kaki, penyembuhan luka yang lama, kulit kering dan kemerahan, bola mata cekung karena pasien rutin mengonsumsi obat glucodex 80 mg untuk mengontrol kadar gula dalam darah dan rajin mengecek gula darah. Tapi pada pasien yang mengalami ulkus dan kadar gula dalam darah meningkat dapat merusak saraf dan menyebabkan sirkulasi darah memburuk, sehingga menghambat proses perbaikan jaringan tubuh yang mengalami kerusakan atau terdapat ulkus.

Menurut (Doenges, 2012) tanda dan gejala pasien dengan Diabetes Melitus ada takikardi dan perubahan tekanan darah (hipertensi) dalam kasus tidak ditemukan dengan pembuktian pada saat dikaji nadi pasien 70x/menit dan TD: 119/67 mmHg dan sebelumnya pasien tidak mempunyai riwayat penyakit hipertensi.

Menurut (Doenges, 2012) pada pasien dengan Diabetes Melitus ada stress, ansietas. Sedangkan pada kasus pasien mengatakan tidak dapat beraktivitas seperti biasanya, tapi pasien mendapatkan dukungan dari anak-anak dan perawat homecare yang selalu memberi semangat kepada pasien untuk tetap semangat agar pasien cepat sembuh jadi pasien semangat dan berusaha untuk sembuh.

Menurut (Doenges, 2012) tanda dan gejala pasien dengan Diabetes Melitus ada diare. Sedangkan pada kasus tidak ditemukan diare dengan pembuktian pada saat dikaji pasien BAB baru 1 kali selama dirawat.

Menurut (Doenges, 2012) tanda dan gejala pasien dengan Diabetes Melitus ada batuk adanya sputum atau sputum, adanya batuk, frekuensi nafas meningkat. Sedangkan pada kasus tidak ditemukan diare dengan pembuktian pada saat dikaji pasien tidak ada batuk dan tidak ada peningkatan frekuensi pernafasan RR: 22x/menit dan pasien terpasang oksigen 3lpm.

Menurut (Doenges, 2012) tanda dan gejala pasien dengan Diabetes Melitus ada Bising usus lemah dan menurun; hiperaktif (diare). Sedangkan pada kasus tidak ditemukan diare dengan pembuktian pada saat dikaji pasien bising usus pasien 11x/menit.

Menurut (Doenges, 2012) tanda dan gejala pasien dengan Diabetes Melitus ada pusing sedangkan pada kasus tidak ditemukan diare dengan pembuktian pada saat dikaji pasien tidak mengeluh pusing, bising usus pasien 11x/menit.

Seharusnya di rumah sakit pasien tidak boleh dirawat diruang IGD lebih dari 24 jam, tapi karena diruangan IMC penuh dan pasien masih butuh observasi penuh akhirnya pasien tetap dirawat diruang IGD selama 2 hari setelah perbaikan pasien dipindahkan ke keruang rawat inap.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan pengkajian adalah perawat homecare pasien yang kooperatif dan terbuka menceritakan kondisi dan penyakit yang dialami pasien saat ini, dan dukungan dari *Clinical Mentor* cukup baik saat melakukan pengkajian keperawatan.

Faktor penghambat dalam melakukan pengkajian adalah ada beberapa pengkajian yang kurang lengkap seperti genogram dan riwayat penyakit keluarga atau saudara pasien tapi perawat homecare pasien juga tidak dapat menjawab pertanyaan perawat karena penyakit Diabetes Mellitus merupakan penyakit tidak menular. Penyakit tidak menular salah satu faktor penyebabnya adalah penyakit keturunan, maka dari itu pentingnya pengkajian riwayat penyakit keluarga atau saudara pasien.

## **B. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang terdapat dalam teori menurut tetapi tidak terdapat dalam kasus antara lain:

1. Resiko tinggi terhadap infeksi (sepsis) berhubungan dengan kadar glukosa tinggi, penurunan fungsi leukosit, infeksi pernafasan yang ada sebelumnya, atau ISK. Diagnosa tersebut tidak dirumuskan penulis karena pasien tidak memiliki infeksi pernafasan, ISK dan tidak ada penurunan nilai leukosit dengan pembuktian hasil laboratorium leukosit: 7,630/ul (normal: 4,000-10,500 / $\mu$ l).
2. Resiko tinggi terhadap perubahan sensori-perseptual berhubungan dengan ketidakseimbangan glukosa/insulin. Diagnosa tersebut tidak dirumuskan penulis karena pasien rutin mengkonsumsi obat glucodex 80 mg dan rutin mengontrol gula darah sewaktu dan pasien mendapat terapi Dextrose 40 % 500cc/24 jam.

3. Kurang pengetahuan mengenai penyakit Diabetes Melitus tipe II berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi. Diagnosa tersebut tidak dirumuskan penulis karena perawat homecare pasien mengetahui informasi dari berbagai sumber mengenai penyakit Diabetes Melitus tipe II dengan pembuktian perawat home care pasien mengatakan Diabetes Melitus adalah penyakit gula, penyebabnya karena pola makan sembarangan banyak mengandung gula dan gaya hidup yang tidak sehat seperti jarang olahraga, penderita Diabetes Melitus harus dibatasi konsumsi gulanya.

Diagnosa yang tidak ada pada teori (Doenges, 2012), tetapi pada kasus pasien ada, yaitu:

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dengan pembuktian pada saat dikaji pasien tampak bedrest, aktivitas pasien tampak dibantu oleh perawat untuk melakukan aktivitas, kekuatan otot pada ekstremitas bawah dan atas sebelah kiri adalah 5 dan sebelah kanan adalah 1.

Faktor pendukung dalam merumuskan diagnosa keperawatan yaitu keluhan pasien dan keluarga sampaikan sangat membantu penulis untuk merumuskan diagnosa keperawatan serta bimbingan *Clinical Mentor* cukup baik membantu penulis untuk merumuskan diagnosa keperawatan.

Faktor penghambat dalam menyusun diagnosa yaitu, tidak semua keluhan pasien terdapat pada teori diagnosa keperawatan. Alternatif pemecahan masalah yang penulis lakukan adalah mencari sumber referensi dari sumber lain untuk menentukan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan keluhan serta tanda dan gejala yang terdapat pada pasien.

### C. Perencanaan Keperawatan

Penulis menetapkan diagnosa keperawatan prioritas yaitu resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik. Hal ini dikarenakan penulis mengacu pada Hirarki Maslow yaitu kebutuhan fisiologis (cairan).

Pada tujuan intervensi terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, dimana pada teori tidak terdapat batasan waktu sedangkan pada kasus diberi batasan waktu selama 3 x 24 jam.

Rencana keperawatan yang terdapat dalam teori tetapi tidak direncanakan pada kasus atau sebaliknya yaitu (Doenges, 2012):

1. Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik
  - a. Pantau pola nafas, frekuensi dan penggunaan otot bantu nafas, dalam kasus tidak direncanakan karena pasien tidak ada keluhan sesak nafas sebelumnya, tidak peningkatan frekuensi nafas, pasien menggunakan oksigen 3lpm.
  - b. Ukur berat badan setiap hari, dalam teori tapi pada kasus tidak direncanakan karena pasien bedrest, tidak memungkinkan untuk pasien dilakukan tiap hari. Jadi dilakukan tindakan lain untuk mengetahui pasien kekurangan cairan atau tidak.
  - c. Kaji turgor kulit dan membran mukosa didalam teori tidak terdapat rencana keperawatan tersebut tapi penulis merencana tindakan tersebut, karena untuk mengkaji seseorang mengalami dehidrasi atau tidak dapat dikaji dengan cara mengkaji kulit dan membran mukosa.

- d. Dalam teori perencanaan untuk memberikan obat Nacl capsul 250mg dan Albusmin 480mg via oral sesuai program medis tapi pada kasus direncanakan.

Nacl capsul 250mg berfungsi untuk mengatur jumlah air dalam tubuh, untuk mengatasi atau mencegah terjadinya kekurangan sodium yang disebabkan dehidrasi, keringat berlebih atau penyebab lainnya. Pada pasien diabetes melitus terjadi salah satu tanda dan gejala yaitu poliuri yaitu buang air kecil yang sering atau mengeluarkan cairan yang berlebih dengan ditandainya haus atau banyak minum sering disebut polidipsi.

Albusmin mengandung kadar albumin yang tinggi yang berfungsi mengatur tekanan dalam pembuluh darah untuk menjaga agar cairan yang terdapat dalam pembuluh darah tidak bocor ke jaringan tubuh sekitar karena biasanya pada pasien diabetes melitus terjadi diuresis osmotik yaitu keluarnya cairan dari intrasel ke ekstrasvaskuler.

Maka dari itu direncanakan pemberian obat Nacl capsul 250mg dan Albusmin 480mg via oral sesuai program medis.

## 2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

- a. Pantau pemeriksaan laboratorium seperti hemoglobin rencana keperawatan tersebut tapi penulis merencana tindakan tersebut, karena tidak ada program medis untuk pemeriksaan darah setiap hari dan selama pasien dirawat di rumah sakit pasien hanya sekali diperiksa karena hasilnya baik semua dan tidak ada indikasi untuk dilakukan pemeriksaan.
- b. Berikan pengobatan insulin secara teratur, rencana keperawatan tersebut tapi penulis merencana tindakan tersebut, karena tidak ada program medis untuk pemberian insulin.

Faktor pendukung dalam pembuatan rencana keperawatan ini adalah adanya referensi dalam pembuatan intervensi yang mempermudah penulis untuk menyusun intervensi sehingga dapat dilakukan dengan baik.

Faktor hambatan dalam penyusunan intervensi keperawatan pada kasus ini, penulis tidak menemukan hambatan karena sudah tersedianya berbagai referensi sebagai panduan sehingga mudah dalam penyusunannya.

#### **D. Pelaksanaan keperawatan**

Dalam melakukan pelaksanaan tindakan telah dilakukan sebaik mungkin sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun rapih oleh penulis dalam kasus selama 3x24 jm yaitu pada tanggal 10 Februari 2020 sampai dengan 12 Februari 2020.

Pada implementasi keperawatan sudah terlaksana dengan baik sesuai dengan perencanaan yang sudah disusun rapih oleh penulis. Faktor pendukung dalam melakukan implementasi keperawatan adanya bantuan dari tim perawat ruangan dan tim medis yang lain, pasien yang kooperatif dan perawat homecare yang membantu sehingga dalam melakukan implementasi keperawatan pada pasien dapat terlaksana dengan baik.

Faktor penghambat dalam melakukan implementasi keperawatan adalah dalam menentukan balance cairan pasien perawat tidak mengukur dengan valid karena pasien menggunakan pampers, adanya pembatasan waktu yang tersedia bagi penulis sehingga tidak dapat melakukan asuhan keperawatan selama 24 jam, karena perawat dibagi menjadi tiga shift. Solusinya dengan cara kolaborasi dengan perawat ruangan di shift selanjutnya , sehingga rencana keperawatan yang ditulis oleh penulis tetap terlaksana dengan melihat catatan

keperawatan untuk melihat tindakan yang sudah dilakukan oleh perawat ruangan.

## **E. Evaluasi**

Menurut (Kodim, 2015) merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan . Pada kasus yang dilakukan selama 3x24 jam yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat :

### **1. Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan cairan seimbang. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai ditandai dengan perawat homecare pasien mengatakan pasien minum sudah 2 botol 1200cc dan pampers pasien sudah diganti 7 kali. TD: 120/77 mmHg, N: 95x/menit, RR: 19x/menit, S: 36,7 °C, hematokrit: 42 vol%, mukosa lembab, turgor kulit elastis, (intake minum: 1200cc, infus 1000cc) balance cairan tidak dapat dihitung (pasien menggunakan pampers).

### **2. Resiko ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan masukan oral: mual**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi seimbang. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi tujuan tercapai ditandai dengan perawat homecare mengatakan pasien makan nasi 5 sendok dan makan regal 3 buah, perawat home care pasien mengatakan mual tidak ada muntah tidak ada, gula darah sewaktu (GDS): 130 mg/dl, hemoglobin 15,0 g/dl, nafsu makan membaik, pasien tampak tidak anemis, bising usus 9 x/menit.

### 3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu melakukan mobilitas fisik secara bertahap. Selama pasien dirawat 3 hari masalah tetap risiko tujuan belum tercapai ditandai dengan perawat homecare pasien mengatakan aktivitas pasien dibantu oleh perawat home care, perawat homecare pasien mengatakan sesekali pasien dimiring kanan kirikan, pasien tampak tidak lemas, aktivitas pasien dibantu oleh perawat homecare pasien, rencana keperawatan tersebut tapi penulis merencana tindakan tersebut, karena tidak ada program medis untuk pasien tampak bedrest.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Diabetes Melitus tipe II di tandai dengan tingginya kadar gula dalam darah (hiperglikemia). Dengan hasil pengkajian Gula Darah Sewaktu (GDS) (normal: 60-140 mg/dl) dan tanda dan gejala sering BAK (poliuri), sering haus (polidipsi) dan sering lapar (polipagi) pada kasus hasil pengkajian Gula Darah Sewaktu (GDS) : 174\* mg/dl, pasien sering mengeluh haus dan sering BAK dan diganti pampers. Dilakukan pengecekan GDS dan pemantauan cairan pada pasien diabetes melitus sangat penting agar tidak terjadi dehidrasi berat dan komplikasi lain.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus adalah resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik, resiko ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan masukan oral: mual dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, namun pada kasus tersebut penulis mengangkat diagnosa prioritas yaitu resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik berdasarkan kebutuhan dasar hirarki abraham maslow.

Rencana keperawatan yang diprioritaskan untuk dilakukan dengan tujuan dan kriteria hasil ini akan ditetapkan selama 3x24 jam, maka perencanaan keperawatan prioritas yang dapat dilakukan pada pasien Diabetes Melitus tipe II tindakan adalah pantau pemasukan dan pengeluaran, ganti pampers.

pasien, kaji tanda-tanda dehidrasi (mukosa, dan turgor kulit), kaji TTV, monitor asupan makananan pasien dan ukur kadar gula darah sewaktu dan tergantung masalah keperawatan dan kondisi pasien.

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan memantau pemasukan dan pengeluaran, mengkaji tanda-tanda dehidrasi (mukosa, dan turgor kulit), mengkaji TTV, memonitor asupan makananan pasien dan mengukur kadar gula darah sewaktu, sesuai kondisi pasien, masalah keperawatan dan rencana yang telah dibuat oleh penulis dan dapat dilakukan baik secara mandiri maupun dengan tim keperawatan yang dilaksanakan dalam waktu 3x24 jam.

Evaluasi keperawatan pada masalah yang muncul untuk melihat perkembangan dari tanggal 10 Februari 2020 sampai tanggal 12 Februari 2020 dengan masalah resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik masalah tetap resiko, tujuan belum tercapai masalah teratasi sebagian. Masalah resiko ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan masukan oral: mual resiko ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh tidak terjadi, tujuan tercapai. Masalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Evaluasi keperawatan yang perlu diperhatikan adalah pemasukan dan pengeluaran cairan pasien, waktu mengganti pampers, tanda-tanda dehidrasi (mukosa, dan turgor kulit), asupan makanan pasien dan hasil glukosa darah pasien untuk mencegah terjadinya hipoglikemi.

## **B. Saran**

Berdasarkan pengalaman penulis dalam praktik pemberian asuhan keperawatan keperawatan dan peningkatan mutu pelayanan tenaga perawatan, maka penulis memberi saran untuk:

### a. Untuk penulis

Diharapkan untuk mengeksplor lagi pengkajian pada riwayat penyakit keluarga pasien untuk melihat apakah faktor keturunan yang menjadi salah satu faktor penyebab dan berapa banyak yang diturunkan dan memperbanyak membaca literatur sebagai referensi mengenai keperawatan medikal bedah pada pasien dengan diabetes melitus tipe II agar mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan lebih baik lagi.

### b. Untuk rumah sakit

Diharapkan pada rumah akan lebih baik jika menambah bed di ruang IMC guna untuk menghindari pasien dirawat lebih dari 24 jam diruang IGD karena ruangan sudah penuh sedangkan pasienn butuh pemantau penuh dan lebih khusus .

## DAFTAR PUSTAKA

- Aini Nur, L. M. (2016). *Asuhan Keperawatan pada Sistem Endokrin dengan Pendekatan NANDA NIC NOC*. Jakarta: Salemba.
- Black, J. M. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan Edisi 8 Buku 3*. Jakarta: Elsevier.
- Doenges, M. E. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian perawatan pasien Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Infodatin. (2019). Hari Diabetes Sedunia Tahun 2018. *Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*, 1–8.
- Kementerian Kesehatan RI Badan Penelitian dan Pengembangan. (2018). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 1–100. <https://doi.org/1> Desember 20
- Kodim, Y. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Manurung, N. (2018). *KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH, KONSEP, MIND MAPPING DAN NANDA NIC NOC Solusi Cerdas Lulus UKOM Bidang Bidang Keperawatan Jilid 1*. Jakarta : CV. Trans Info Media.