

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. A. H. N DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELLITUS DI RUANGAN PENYAKIT
DALAM III RSUD ENDE**



OLEH:

DAFROSA ALFIRA DENO
NIM.PO5303202200490

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE
TAHUN 2024**

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. A. H. N DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELLITUS DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE

Studi Kasus Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Mendapat Gelar Ahli Madya Keperawatan



OLEH

DAFROSA ALFIRA DENO
NIM.PO5303202200490

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE
TAHUN 2024**

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELLITUS
DI RUANG PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**

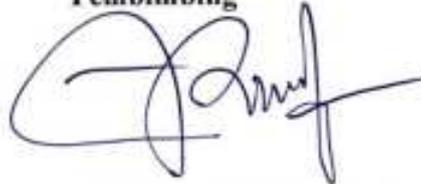
OLEH

DAFROSA ALFIRA DENO
PO.5303202200490

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui
Oleh Pembimbing Untuk Diujikan

Ende, 20 Mei 2024

Pembimbing



Aris Wawomeo, M.Kep., Ns.,Sp.Kep.Kom
NIP. 19660114 199102 1 001

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.Kep., Ns.,Sp.Kep.Kom
NIP. 19660114 199102 1 001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELLITUS
DI RUANG PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**

OLEH

DAFROSA ALFIRA DENO
PO.5303202200490

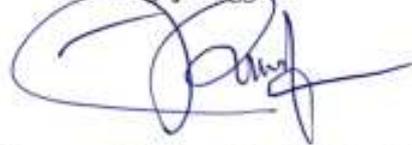
Karya Tulis Ilmiah Ini akan Diujikan dan Dipertanggung Jawabkan
Pada Tanggal, Mei 2024

Penguji Ketua



Anatolia K. Boondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 19760217 199903 2 001

Penguji Anggota



Aris Wawomeo, M., Kep., Ns., Sp. Kep.,Kom
NIP. 19660114 199102 1 001

Disahkan Oleh:

**Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp. Kep., Kom
NIP. 19660114 199102 1 001

PERNYATAAN KEALSIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dafrosa Alfira Deno
NIM : PO. 5303202200490
Program Studi : D III Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.A.H.N Dengan
Diagnosa Medis Diabetes Melitus Di Ruang Penyakit
Dalam Iii RSUD Ende

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmia yang saya susun ini benar-benar hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil jiplakan maka, saya bersedia menerima sanksi atau perbuatan tersebut.

Ende, 20 Mei 2024
Yang Membuat Pernyataan



DAFROSA ALFIRA DENO
NIM. PO. 5303202200490

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. A.H.N dengan diagnose medis Diabetes Melitus di Ruang Penyakit Dalm III di RSUD Ende” dapat terselesaikan dengan baik. Laporan Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Ende. Sebagai manusia yang lemah, Penulis menemukan kesulitan dan hambatan, namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, puji syukur kesulitan dan hambatan tersebut dapat dilalui. Oleh karena itu sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan banyak terima kasih kepada:

1. Bapak Irfan, S.KM., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep. Kom, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende dan juga selaku pembimbing yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini
3. Dr., Ester Puspa Jelita, selaku Derektur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melaksanakan praktek di RSUD Ende.

4. Ibu Anatolia K. Doondori, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan agar Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik.
5. Bapak Herman Ari Leta, selaku Kepala Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende yang telah meberikan ijin kepada penulis dalam melaksanakan studi kasus
6. Tn. A.H.N yang telah bersedia untuk dijadikan sebagai subjek dalam studi kasus ini.
7. Kedua orang tua, kakak, adik dan seluruh keluarga serta teman-teman atas semua doa dan semangatnya yang tiada henti mendukung saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga penulis sangat membutuhkan masukan dan koreksi yang bersifat membangun dari kesempurnaan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis mengucapkan limpah terima kasih dan berharap semoga Studi Kasus ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membacanya.

Ende, Mei 2024

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. A.H.N DENGAN DIAGNOSA MEDISDIABETES MELITUS DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE

Dafrosa Alfira Deno (1)

Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Kom (2)

Diabetes mellitus (DM) Merupakan penyakit metaboik kronis yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. Menurut *World Health Organization* (WHO) melaporkan terdapat lebih dari 364 juta orang menghidap diabetes melitus dan kemungkinan akan lebih dari dua kali lipat pada tahun 2030

Tujuan studi kasus ini adalah agar dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus.

Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diadnosa keperawatan, intervensi keperawatan, imlementasi dan evaluasi keperawatan.

Hasil studi kasus Tn. A.H.N ditemukan pasien mengatakan badan lemah, mual, sesak napas GDS Darah Vena 335 mg/dl. Masalah keperawatan yang muncul adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan. Implementasi keperawatan dilakukan selama 3 hari dan dari hasil evaluasi ditemukan adanya masalah yang teratasi sebagian yaitu ketidaktsbalian kadar glukosa darah berhubungan dnegan resistensi insulin dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Disimpulkan bahwa studi kasus Tn. A.H.N terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yaitu intoleransi aktivitas yang ada pada kasus tidak terdapat pada teori. Oleh karena itu pasien disbetes mellitus sebaiknya memodifikasi pola hidup yang lebih sehat untuk mencegah komplikasi.

Kepustakaan : 14 buah (2016-2022)

Kata Kunci : Asuhan keperawatan, diabetes mellitus

1. Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Ende
2. Dosen Pembimbing Program Studi D III Keperawatan Ende

ABSTRACT

NURSING CARE FOR TN PATIENTS. A.H.N WITH MEDICAL DIAGNOSIS OF DIABETES MELLITUS IN THE DISEASE ROOM IN III ENDE HOSPITAL

Dafrosa Alfira Deno (1)

Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Kom (2)

Diabetes mellitus (DM) is a chronic metabolic disease characterized by increased blood glucose levels or hyperglycemia. According to the World Health Organization (WHO), there are more than 364 million people suffering from diabetes mellitus and this is likely to more than double by 2030.

The aim of this case study is to be able to carry out nursing care for patients suffering from diabetes mellitus

The method used in this scientific paper is a case study method with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, implementation and nursing evaluation.

Case study results Mr. A.H.N was found by the patient to say he was weak, nauseous, short of breath, GDS Venous Blood 335 mg/dl. Nursing problems that arise are instability of blood glucose levels related to and activity intolerance related to weakness. Nursing interventions are carried out based on nursing problems. Nursing implementation was carried out for 3 days and from the evaluation results it was found that there were problems that were partially resolved, namely the imbalance in blood glucose levels related to insulin resistance and activity intolerance related to weakness.

It was concluded that the case study of Mr. A.H.N there is a gap between theory and cases, namely the activity intolerance that exists in cases is not found in theory. Therefore, diabetes mellitus patients should modify a healthier lifestyle to prevent complications.

Literature : 14 pieces (2016-2022)

Keywords: Nursing care, diabetes mellitus

- 1. Ende D III Nursing Study Program student**
- 2. Supervisor of the Ende D III Nursing Study Program**

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
PERNYATAAN KEASLIAN	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan	4
D. Manfaat Studi Kasus	5
BAB II TINJUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Diabetes Melitus	6
B. Konsep Asuhan Keperawatan	14
BAB III METODE STUDI KASUS	24
A. Jenis/Rancangan/Desain Studi Kasus	24
B. Subjek Studi Kasus	24
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)	24

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	25
E. Prosedur Studi Kasus	25
F. Teknik Pengumpulan Data.....	25
G. Instrumen Pengumpulan Data	26
H. Analisa Data	27
BAB IV HASIL STUDI KASUS	28
A. Hasil Studi Kasus	28
B. Studi Kasus	29
C. Pembahasan.....	47
BAB V PENUTUP	52
A. Kesimpulan	52
B. Saran.....	53
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap	36
Tabel 4.2 Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu	37
Tabel 4.3 Pemeriksaan Urin Lengkap	37

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu program Kementerian Kesehatan adalah upaya pemberantasan penyakit tidak menular (PTM). Salah satu fokus penyakit tidak menular adalah Diabetes Mellitus yang merupakan salah satu penyakit metabolik kronis yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia.(Yani, Nurhayani, 2022).

World Health Organization melaporkan terdapat lebih dari 364 juta orang diseluruh Dunia mengidap diabetes. Jumlah ini kemungkinan akan lebih dari dua kali lipat pada tahun 2030 tanpa intervensi. Hampir 80% kematian diabetes terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Menurut laporan *WHO*, India saat ini mempunyai jumlah terbesar didunia dengan lebih dari 32 juta pasien dengan diabetes mellitus dan jumlah ini diprediksikan meningkat menjadi 79,4 juta pasien padat tahun 2030. (Harsismanto, Padila, & Andri, 2021). Diabetes Melitus kini tumbuh menjadi masalah kesehatan dunia, *Internasional Diabetes Federation (IDF)* menunjukkan prevalensi diabetes mellitus di dunia dari 371 juta kasus pada 2012 meningkat 55% menjadi 592 juta pada 2035 (Harsismanto, Padila, Andri, 2021).

Indonesia menduduki peringkat ke-6 dunia dengan jumlah penderita diabetes sebanyak 10,3 juta. Riskesdas 2018 melaporkan Prevalensi Diabetes di Indonesia pada tahun 2013 sebesar 6,9%, dan meningkat menjadi, 8,5%

pada tahun 2018 (Kemenkes, 2018). Dan prevalensi tertinggi terjadi di Aceh sebanyak 30.55%.

Di NTT di laporkan pada tahun 2020 terdapat sebanyak 0,9% yang menderita DM atau sebanyak 29,242 orang (Riskesdas, 2018). Prevalensi DM di Kabupaten Ende menempati urutan ke- 11 dari 22 Kabupaten dengan jumlah kasus pada tahun 2018 sebanyak 0,69% (Riskesdas , 2018).

Di kabupaten Ende dilaporkan pada tahun 2019 terdapat sebanyak 1.264 yang menderita DM, tahun 2020 sebanyak 2.068 kasus, tahun 2021 sebanyak 2.061, tahun 2022 sebanyak 2.595 kasus. pada tahun 2023 sejauh 4 bulan terakhir tercatat prevalensi DM sebanyak 2.031 kasus dengan tingkat kecenderungan lebih tinggi pada perempuan yaitu 1.111 kasus dibandingkan dengan laki-laki yaitu 920 kasus.

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya diabetes mellitus adalah usia, keturunan, obeistas, stress, pola makan yang salah, gaya hidup saat ini dan penggunaan obat-obatan. Hiperglikemia mempengaruhi terjadinya kerusakan serius pada banyak sistem tubuh, terutama saraf dan pembuluh darah (Febrinasari, Solikah, Pakha, & Putra, 2020).

Berbagai upaya pencegahan Diabetes Mellitus yaitu mengurangi mengonsumsi makanan manis yang berlebihan (Riskesdas, 2018). Diharapkan dengan upaya ini akan menurunkan angka kejadian Diabetes Melitus jika tidak diberikan penanganan secara cepat maka akan terjadi peningkatan penyakit hipertensi dan infark jantung (Saputri, 2016). Dan juga akan terjadi komplikasi dan bahkan kematian. Komplikasi DM dapat diklasifikasikan

menjadi dua yaitu komplikasi makrovaskuler dan mikrovaskuler. Komplikasi mikrovaskuler yaitu kerusakan sistem saraf (Neuropati), kerusakan sisten ginjal (Nefropati), dan kerusakan mata (Retinopat). Komplikasi makrovaskuler yaitu penyakit jantung, stroke, dan penyakit pembuluh darah perifer (Rosyada, 2013, didalam Lestari dll 2021).

Berdasarkan hasil laporan Rumah Sakit Umum Daerah Ende, Ruangan RPD 3 terjadi penurunan angka kejadian diabetes mellitus tercatat sejak tahun 2022 hingga kini jumlah penderita diabetes sebanyak 44 kasus, diantaranya pada tahun 2021 sebanyak 23 kasus, tahun 2022 sebanyak 18 kasus, berdasarkan data yang diperoleh 3 bulan terakhir tercatat kasus diabetes mencapai 3 kasus. Berdasarkan keterangan yang diperoleh dari kepala ruangan, pasien diabetes membutuhkan perawatan diruangan kurang lebih 3 sampai 4 hari dengan kondisi tingkat ketergantungan sedang. Setelah menjalani perawatan diruangan RPD 3 pasien pulang dengan kondisi membaik serta harus melakukan kontrol rutin di fasilitas kesehatan.

Hasil laporan Rumah Sakit Umum Daerah Ende, Ruangan RPD 3 tercatat prevalensi angka DM tertinggi pada perempuan dibanding dengan laki laki dengan jumlah 15 kasus pada tahun 2021, pada tahun 2022 sebanyak 14 kasus, pada tahun 2023 sejauh 3 bulan ini tercatat prevalensi DM sebanyak 3 kasus dengan tingkat kecenderungan lebih tinggi pada laki-laki yakni sebanyak 2 kasus. Data tersebut menunjukkan bahwa angka kejadian DM lebih tinggi pada penduduk dengan tingkat pengetahuan dan ekonomi rendah. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar penderita DM tidak mengetahui bahwa

dirinya DM sehingga tidak mendapat pengobatan serta tingginya factor penigkatan DM di pengaruhi oleh gaya hidup, usia dan kurangnya kesadaran untuk memeriksa kesehatan

Adapun upaya yang dilakukan pihak RSUD Ende di ruangan RPD 3 pada penderita DM yakni melakukan kolaboersama tim gizi selama pasien di rawat di ruangan, serta melakukan KIE berkaitan dengan pola hidup, kepatuhan minum obat, serta rutin memeriksa kondisi kefasilitas kesehatan setelah pasien dianjurkan pulang. Menurut keterangan kepalah ruangan hambatan yang dialami selama penangan yakni pola pikir pasien dan keluarga yang tidak patuh menjalani pola hidup sehat, ketidakpatuhan minum obat serta jarang memeriksa kondisi kesehatan membuat sebagian pasien menjalani perawatan berulang selama 3 hari.

Semua uraian diatas mendorong penulis melakukan kajian lebih mendalam tentang perawatan pasien dengan Diabetes Melitus Di RSUD Ende

B. Rumusan Masalah

Bagaimana Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Melitus di Ruangan RPD III RSUD Ende

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penulis mampu menggambarkan pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus di Ruangan RPD III RSUD Ende.

2. Tujuan Khusus

a. Menggambarkn hasil pengkajian pasien DM di RPD III RSUD Ende

- b. Menggambarkan tentang diagnosa keperawatan yang ditemukan pasien DM di RPD III RSUD Ende
- c. Menggambarkan rencana tindakan untuk mengatasi masalah pasien DM di RPD III RSUD Ende
- d. Menggambarkan implementasi untuk mengatasi masalah keperawatan pasien DM di RPD III RSUD Ende
- e. Menggambarkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pasien di ruangan RPD III RSUD Ende
- f. Menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus dalam perawatan pasien DM di RPD III RSUD Ende

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Penulis

Untuk menambah pengetahuan dan pemahaman penulis sehingga dapat meningkatkan kemampuan dalam pelaksanaan keperawatan bagi penderita DM

2. Bagi Tempat Pelaksana Praktik

Sebagai bahan tambahan informasi yang di perluhkan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan khususnya kasus DM

3. Bagi Institusi

Dengan adanya studi kasus ini, Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan Ende dapat meng memahami Asuhan Keperawatan Pada Pasien DM di RSUD Ende

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

E. Konsep Diabetes Melitus

1. Pengertian

Diabetes Melitus adalah suatu kondisi ketika tubuh tidak dapat membuat atau menggunakan insulin (zat kimia yang membawa glukosa darah ke sel dan menyimpannya sebagai glikogen). Dengan cara ini, hiperglikemia terjadi disertai dengan masalah metabolisme yang berbeda karena masalah hormonal, termasuk ketidakaturan dalam pencernaan karbohidrat, protein, dan lemak dan menyebabkan berbagai gangguan konstan pada organ-organ tubuh (Febrinasari, Sholikah, Pakha, & Putra, 2020).

2. Etiologi

Diabetes mellitus diklasifikasikan, baik sebagai insulin independent diabetes mellitus (IDDM) maupun non-insulin dependent diabetes mellitus (NIDDM). (Lestari & Zulkarnaim, 2021).

a. Diabetes mellitus tipe 1

Disebabkan destruktur sel beta autoimun biasanya memicu terjadinya defisiensi insulin insiden HLA tipe DR 3 dan DR 4. Factor lingkungan berupa infeksi virus, (virus coxsackre, enterovirus, retrovirus, mumps), defisiensi vitamin d, toksin lingkungan menyusui jangka pendek, paparan dini terhadap protei kompleks.

b. Diabetes mellitus tipe 2

Akibat resistensi perifer, defek progresif sekresi insulin, peningkatan gluconeogenesis. Diabetes mellitus tipe 2 dipengaruhi oleh faktor lingkungan berupa obesitas, gaya hidup tidak sehat, diet tinggi karbohidrat. Diabetes mellitus tipe 2 memiliki presimtomatis yang panjang yang menyebabkan penegakan diabetes mellitus tipe 2 tertunda 4-7 tahun.

c. Diabetes Mellitus Geatasional

Diabetes mellitus Gestasional (2%-5% dari semua kehamilan). DM yang didiagnosa selama hamil. DM gestasional merupakan DM yang menerapkan untuk perempuan dengan intoleransi glukosa atau ditemukan pertama kali selama kehamilan. DM gestasional terjadi pada 2,5% perempuan hamil namun menghilang ketika kehamilannya berakhir.

3. Patofisiologi

a. Patofisiologi Diabetes Mellitus tipe 1

Manifestasi DM tipe 1 terjadi akibat kekurangan insulin untuk menghantarkan glukosa menembus membran sel ke dalam sel. Molekul glukosa menumpuk dalam peredaran darah, mengakibatkan hiperglikemia. Hiperglikemia menyebabkan hiperosmolaritas serum, yang menarik air dari ruang intraseluler ke dalam sirkulasi umum. Peningkatan volume darah meningkatkan aliran darah ginjal dan hiperglikemia

bertindak sebagai osmosis. Diuretik osmosis yang dihasilkan peningkatan haluran urine. Kondisi ini disebut polyuria.

Glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel tanpa insulin menstimulasi rasa lapar dan orang makan lebih banyak (polifagia). Meski asupan makanan meningkat, berat badan turun saat tubuh kehilangan air dan memecah protei dan lemak sebagai upaya memulihkan sumber energy.

b. Patofisiologi Diabetes Militus Tipe 2

DM tipe 2 berbeda signifikan dari DM tipe 1, respons terbatas sel beta terhadap hiperglikemia tampak menjadi factor mayor dalam perkembangannya. Sel beta tercatat secara kronis terhadap glukosa darah tinggi menjadi secara progresif kurang efisien ketika merespons peningkatan glukosa lebih lanjut proinsulin (precursor insulin) terhadap insulin tersekresi juga meningkat.

Factor utama perkembangan DM tipe 2 adalah resistensi seluler terhadap efek insulin. Resistensi ini ditingkatkan oleh kegemukan, tidak beraktifitas, penyakit, obat-obatan, dan pertambahan usia. Pada kegemukan, insulin mengalami penurunan kemampuan untuk memengaruhi absorpsi dan adipose. erglukemia meningkat secara perlahan dan dapat berlangsung lama sebelum didiagnosis, sehingga kira-kira separuh diagnosis baru DM tipe 2 yang baru didiagnosis sudah mengalami komplikasi.

5. Manifestasi Klinik

Menurut (Purwanto, 2016) secara umum ada beberapa manifestasi klinik yang terdapat pada penderita DM, yaitu:

a. Kadar glukosa dalam darah tinggi (hiperglikemia)

Glukosa dalam darah yang tertinggi pada penderita DM biasanya di atas 200mg/dL

b. Polyuria (sering buang air kecil)

Polyuria akan terjadi bila ginjal memproduksi air kemih dalam jumlah yang melampaui batas normal atau berlebihan, sehingga penderita DM merasakan berkemih dalam frekuensi yang berlebih.

c. Polidipsi (sering haus)

Polidipsi biasanya ditandai dengan mulut kering yang diakibatkan oleh adanya poliuria, sebab penderita sehingga penderita dan banyak minum

d. Polifagia (makan berlebihan)

Polifagia biasanya dapat disebabkan oleh beberapa faktor salah satunya terjadi karena sejumlah besar yang terserap ke dalam air urine sehingga penderita DM akan mengalami degenerasi berat badan, maka dari itu penderita merasakan lapar yang berlebih sehingga banyak makan.

6. Pemeriksaan penunjang

a. Glukosa darah sewaktu

b. Kadar gula darah puasa

c. Tes toleransi glukosa

Kadar Gula Darah	Diabetes Melitus	Belum Pasti
Sewaktu		
Plasma darah	>200	100-200
Darah kapiler	>200	80-100

d. Kadar glukosa darah puasa (mg/dl)

Kadar glukosa darah	Diabetes melitus	Belum pasti DM
Puasa		
Plasma Vena	>120	110-120
Darah Kapiler	>110	90-110

7. Komplikasi

Pada DM yang tidak terkontrol atau tidak segera ditangani dapat terjadi komplikasi metabolik akut maupun komplikasi vaskuler kronik, baik makroangiopati maupun mikroangiopati. Di Amerika Serikat, DM merupakan penyebab utama dari *end-stage renal disease (ESRD)*, *nontraumatik lowering amputation* dan *adult blindness*. Sejak ditemukan banyak obat untuk menurunkan glukosa darah, terutama setelah insulin ditemukan angka kematian penderita DM akibat komplikasi akut menurun drastis. Kelangsungan hidup penderita diabetes lebih panjang dan diabetes yang tidak dapat dikontrol lebih lama. Komplikasi kronis akibat diabetes melitus yang tidak terkontrol dapat menyebabkan kerusakan organ-organ tubuh diantaranya (Soelistijo SA, dkk, 2021) :

a. Kerusakan Saraf (Neuropati)

Kerusakan saraf akibat diabetes, atau disebut juga dengan neuropati diabetik kebanyakan menyerang bagian kaki dan tangan. Penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 10-20% penderita diabetes mengalami nyeri yang disebabkan oleh kerusakan atau gangguan saraf. Gejala awal yang dirasakan ketika mengalami komplikasi ini diantaranya tangan atau kaki terasa kebas, kesemutan, nyeri, timbul sensasi terbakar hingga mati rasa. Selain itu kerusakan saraf juga dapat terjadi di organ lain, seperti organ pencernaan, saluran kemih, pembuluh darah dan jantung.

b. Kerusakan Mata (Retinopati)

Komplikasi diabetes melitus pada mata, atau disebut juga dengan retinopati diabetik, disebabkan oleh rusaknya pembuluh darah di retina. Kondisi ini berpotensi mengakibatkan kebutaan. Penyumbatan pembuluh darah pada retina juga akan memicu pembentukan pembuluh darah baru yang tidak berkembang sempurna. Pembuluh darah yang tidak sempurna ini mudah rusak/pecah sehingga mengakibatkan perdarahan dalam mata. Untuk mencegah komplikasi diabetes melitus pada mata, penderita disarankan untuk melakukan pemeriksaan mata secara teratur. Hal ini dilakukan guna mendeteksi terjadinya retinopatik diabetik lebih awal.

c. Kerusakan Ginjal (Nefropati)

Kerusakan ginjal atau neuropatik diabetik adalah komplikasi berupa kerusakan ginjal yang diakibatkan oleh berkurangnya aliran darah ke ginjal pada pasien diabetes. Resikonya, penderita harus rutin melakukan cuci darah secara rutin atau mungkin harus menjalani operasi transplantasi ginjal. Pencegahan komplikasi diabetes melitus ini dapat dimulai dengan membatasi asupan protein, dengan tujuan untuk mengurangi beban kerja ginjal untuk menyaring (filtrasi) protein yang merupakan molekul yang besar. Selain itu, diperlukan juga mengontrol tekanan darah, kadar gula darah, serta konsumsi obat-obatan.

8. Penatalaksanaan Keperawatan

Tujuan utama terapi diabetes mellitus adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya untuk mengurangi komplikasi vaskuler serta neuropati. Tujuan terapeutik pada setiap tipe diabetes adalah mencapai kadar gula darah normal. Prinsip penatalaksanaan diabetes adalah mengontrol gula darah dalam batas normal, untuk mengontrol gula darah ada 5 faktor penting yang harus diperhatikan (Subiyanto, 2019).

a. Asupan makanan dan manajemen diet

Control nutrisi, diet dan berat badan merupakan dasar penanganan pasien DM. komposisi nutrisi pada diet DM adalah kebutuhan kalori, karbohidrat, lemak, protein, dan serat.

b. Latihan fisik

Latihan fisik bagi penderita DM sangat dibutuhkan, karena pada saat latihan fisik energy dipakai adalah glukosa dan asam lemak bebas.

c. Obat-obatan penurun gula darah

Obat anti diabetik oral atau oral hypoglikemia agen (OG) efek untuk pasien DM tipe II jika nutrisi gagal, pemberian hormone insulin.

F. Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan suatu sistem dalam merencanakan pelayanan asuhan keperawatan yang terdiri dari 5 tahapan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Proses pemecahan masalah yang sistemik dalam memberikana pelayan keperawatan serta dapat menghasilkan rencana keperawatan yang menerangkan kebutuhan setiap pasien yang tersebut diatas yaitu melalui lima tahapan keperawatan (Siswanto, dkk, 2013).

1. Pengakajian

a. Pengumpulan data

1) Biodata

a) Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku, alamat, status, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnose medis).

b) Identitas penanggung jawab (nama, umur, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien).

2) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Adanya gatal pada kulit yang tidak sembuh-sembuh, kesemutan, menurunnya berat badan, meningkatnya nafsu makan, sering haus, banyak kencing, menurunnya ketajaman penglihatan.

b) Riwayat kesehatan dahulu

Adakah riwayat penyakit terdahulu yang pernah diderita oleh pasien tersebut yang berkaitan dengan defisiensi insulin misalnya penyakit pancreas, penyakit jantung, obesitas ataupun arterosklerosis tindakan medis yang pernah di dapat maupun obat-obat yang biasanya digunakan.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat penyakit keluarga, adakah anggota keluarga dari pasien yang menderita penyakit diabetes mellitus karena DM ini termasuk penyakit menurun.

3) Pola fungsional Gordon ada

a) Pola pemeliharaan kesehatan

Tidak memahami penyakit yang dialami, bertanya tentang penyakitnya.

b) Pola Aktivitas

Takipnea pada keadaan istirahat dengan aktivitas, merasa cepat lelah saat aktivitas, kram otot

c) Pola Eliminasi

Urin berwarna kuning, polyuria, diare, sering kecing pada malam hari

d) Pola Nutrisi

Muntah, penurunan BB, bising usus lemah/ menurun, kekakuan, distensi abdomen, polipagia, dan polidipsi, kelelahan.

e) Muscoloskeletal.

Penurunan kekuatan otot, kesemutan, rasa berat pada tungkai, mengeluh nyeri.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadan umum

Keadaan umum baik, tekanan darah dan pernafasan bisa mengalami tinggi dan normal, nadi dalam batas normal, dan suhu akan mengalami perubahan jika terjadi infeksi

b) Kepala

Tidak ada benjolan atau lesi pada kepala

c) Wajah

Wajah tampak pucat dan berkerut

d) Mata

Penglihatan kabur

e) Mulut dan faring

Mual muntah, lidah sering tersa tebal, gigi mudah goyang, gusi mudah bengkak dan berdarah, ludah terasa lebih kental, mukosa oral lembab atau kering.

f) Dada

(1) Paru-paru

Inspeksi : Melihat apakah mengalami sesak nafas, palpasi : mengetahui vocal premitus dan mengetahui adanya massa, lesi, atau bengkak. Perkusi: mengkaji area paru-paru pada thoraks.

Auskultasi : Mendengarkan suara napas normal dan napas tambahan

(2) Jantung

Inspeksi : Amati ictus kordis terlihat atau tidak, Palpasi: takikardi/bradikardi, hipertensi/hipotensi, nadi perifer melemah atau berkurang,

Auskultasi : Mendengar detak jantung

g) Abdomen

Inspeksi : Melihat apakah terdapat benjolan diperut.
i Auskultasi: memeriksa peristaltik usus dengan menghitung selama 1 menit.

Perkusi : Mengetahui bunyi suara pada abdomen, dominan suara timpani, palpasi: mengetahui adanya nyeri tekan.

h) Integumen

Melihat warna kulit, bentuk dan meriksa suhu kulit, tekstur (halus atau kasar), kulit akan tampak pucat karena Hb kurang dari normal dan jika kekurangan maka turgot kulit tidak akan elastis.

i) Ektremitas

Melihat adanya keterbatasan dalam aktivitas dan ada tidaknya kelumpuhan atau kekakuan kekuatan otot

b. Tabulasi Data

Kesemutan, menurunnya berat badan, meningkatnya nafsu makan, sering haus, polyuria, diare, muntah, bising usus lemah/menurun, polifagia, dan polidipsi, penurunan kekuatan otot, takikardia, rasa berat pada tungkai, kulit kemerahan, pruritus penyembuhan luka lama, mata tampak cekung, lidah tersa sering tebal.

c. Klasifikasi Data

Data subjektif : Polyuria, polidipsi, polifagia, kekauan, mengantuk, kesemutan, rasa berat pada tungkai, pruritus, muntah, diare, keringatan.

Data objektif : Penurunan BB, bising usus lemah/menurun, takikardi, keringtan, kulit kemerahan, pruritus, menurunnya berat badan, penurunana kekuatan otot, mata tampak cekung

d. Analisa Data

No	Sing / symptom	Etiologi	Problem
1	Ds : Do : warna kulit pucat, kadar glukosa dalam darah tinggi	Hiperglikemia	Perfusi jaringan perifer tidak efektif
2	Ds: polyuria, polidipsi, Do : kulit tampak pucat, dan lemah	Kehilangan cairan aktif	Hypovolemia
3	Ds : banyak makan, mengantuk, pusing. Do : berkeringat kadar glukosa dalam darah tinggi	Resistensi insulin	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
4	Ds : Do : berat badan menurun	Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient	Defisit nutrisi

2. Diagnosa keperawatan Menurut (Brunner & Suddarth, 2002).

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien diabetes mellitus

lain:

- a. Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia
- b. Hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
- c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin
- d. Deficit nutrisi berhubungan dengan penurunan absorpsi nutrisi

3. Rencana Tindakan Keperawatan (SIKI DPP PPNI, 2018).

- a. Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah perfusi perifertidak efektif dapat teratasi kriterial hasil

- Intervensi : 1) Periksa sirkulasi perifer : (pengisian kapiler, warna, suhu) : tindakan ini dilakukan untuk mengetahui sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna, suhu)
- 2) Identifikasi factor risiko gangguan sirkulasi (diabetes, hipertensi) tindakan ini dilakukan untuk mengidentifikasi factor resiko gangguan sirkulasi (diabetes, hipertensi)
- 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas : tindakan ini dilakukan untuk memonitor untuk memantau kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstremitas.

b. Hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah deficit volume cairan dapat teratasi dengan kriterial hasil:

- Intervensi : 1) Periksa tanda dan gejala hypovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hamatokrit meningkat, haus lemah) tindakan ini dilakukan untuk mengidentifikasi tanda dan gejala

hypovolemia

- 2) Monitor intake dan output cairan tindakan ini dilakukan untuk memonitor intake dan output cairan.
- 3) Berikan asupan cairan oral tindakan ini dilakukan untuk
- 4) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- 5) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, Nacl 0,4%).

c. Ketidakseimbangan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

Tujuan : setelah dilakuan asuhan keperawatan diharapkan masalah ketidakseimbangan kadar glukosa darah dapat teratasi dengan kriterial hasil :

- Intervensi :
- 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia : tindakan ini dilakukan untuk mengidentifikasi kemungkinan terjadinya penyebab hiperglikemia
 - 2) Monitor kadar glukosa darah : tindakan ini dilakukan untuk memonitor kadar glukosa darah
 - 3) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia : tindakan ini dilakukan untuk memonitor tanda dan gejala hiperglikemia

d. Deficit nutrisi berhubungan dengan penurunan absorbs nutrisi

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi Kriteria hasil: berat badan stabil, mencerna jumlah nutrisi yang tepat menunjukkan tingkat energy yang stabil.

Intervensi : 1) Identifikasi status nutrisi : tindakan ini dapat mengetahui status nutrisi pasien sehingga dapat melakukan intervensi yang tepat

2) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient : tindakan ini untuk mencukupi kalori sesuai kebutuhan pasien, dapat membantuh proses penyembuhan dan menghindari terjadinya komplikasi

3) Monitor berat badan : membantuh dalam identifikasi malnutrisi protein, kalori pasien khususnya berat badan kurang dari normal

4. Impelementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis untuk membantuh pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah yang dihadapi pasien yang yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu:

- a. Evaluasi formatif disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai
- b. Evaluasi somatif merupakan evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP.

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis/Rancangan/Desain Studi Kasus

Studi kasus ini menggunakan penelitian deskriptif yang bertujuan untuk menggambarkan objek yang diteliti. Yakni pasien dengan diagnosa medis Diabetes Melitus yang dirawat di ruangan RPD III RSUDE Ende. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada pasien Diabetes Melitus di RPD III RSUD Ende.;

B. Subjek Studi Kasus

Subjek yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini seorang pasien dengan inisial Tn. H.A.N, dengan diagnosa medis Diabetes Melitus di rawat di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Istilah yang digunakan dalam karya tulis ilmiah yaitu Asuhan Keperawatan dan Diabetes Melitus.

1. Asuhan keperawatan merupakan rangkaian tahapan dalam proses keperawatan dimulai dari pengkajian sampai evaluasi.
2. Diabetes Melitus adalah gangguan metabolisme atau dimasyarakat dikenal dengan penyakit kencing manis disebabkan oleh peningkatan kadar gula darah sehingga tubuh tidak dapat memproduksi hormone insulin, dengan salah satu factor resiko seperti gaya hidup yang tidak sehat.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende, selama 3 hari dari tanggal 9- 11 Januari 2024.

E. Prosedur Studi Kasus

Tahapan :

1. Penyusunan proposal dilakukan pada hari/tanggal 6 Maret 2023
2. Proposal di ACC pembimbing pada tanggal 20 Juli 2023
3. Ujian proposal dilakukan pada tanggal 31 Agustus 2023
4. Mengajukan surat permohonan studi kasus kepada Direktur RSUD Ende pada tanggal 15 Desember 2024
5. Melakuakn pendekatan dan memohon ijin kepada kepala rungan penyakit dalam III RSUD Ende pada tanggal 15 Desember 2024
6. Melakukan pendekatan pada pasien tanggal 9 Januari 2024, dan mulai melakukan studi kasus dimulai dari tanggal 9 - 11 Januari 2024 dengan meminta tanda tangan informed consent
7. Dilanjutkan dengan pelaksanaan studi kasus pada tanggal 9-11 Januari 2024.

F. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini yaitu:

1. Wawancara

Wawancara dilakukan pada tanggal 9 dengan Tn. A. H. N untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien, identitas penanggung jawab, keluhan

utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, kebutuhan dasar seperti makan/minum, mandi, berjalan.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi pada pasien dilakukan dengan mengamati keadaan umum yakni kondisi ketergantungan sedang, selain itu dilakukan pemeriksaan fisik secara langsung dengan pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan membaca serta mencatat hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medis dan keperawatan medis yang termuat di dalam status pasien.

G. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan format pengkajian Keperawatan Medikal Bedah

1. Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan actual pada studi kasus ini data diperoleh dari:

a. Data primer

Sumber data yang diperoleh langsung dari Tn. A.H.N melalui wawancara, observasi maupun pemeriksaan fisik.

b. Data sekunder

Sumber data yang diperoleh dari keluarga pasien, perawat ruanga, serta studi dokumentasi.

H. Analisa Data

Analisa data dilakukan sejak penulis di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari studi kasus yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah studi kasus. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh penulis dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh penulis dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Ende tepatnya di Ruang Penyakit Dalam III. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende merupakan RS tipe C milik pemerintah daerah Kabupaten Ende dengan berbagai fasilitas pelayanan seperti : Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Darurat, Unit Penunjang Medis dan Unit Penunjang Non Medis. Instalasi Rawat Jalan terdiri dari Poli penyakit dalam, Poli bedah, Poli kandungan, Poli anak, Poli gigi dan Poli fisiotherapi. Instalasi Rawat Inap terdiri dari Ruang rawat penyakit dalam, Ruang rawat penyakit bedah, Ruang rawat penyakit kandungan dan kebidanan, Ruang rawat penyakit anak, Ruang rawat perinatal, Ruang rawat intensif (ICU), Ruang paviliun dan Ruang perawatan khusus.

Unit penunjang medis RSUD Ende terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, kamar bedah, kamar bersalin, elektromedis dan fisiotherapi. Sedangkan unit penunjang non medis terdiri dari bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian keperawatan, instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit (IPSR), unit kamar jenazah, dapur, sentral oxygen dan sistem informasi manajemen rumah sakit.

Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende mempunyai kapasitas 18 tempat tidur dalam periode 30 hari, sehingga rata-rata BOR (presentasi tempat tidur yang di tempati dalam sebulan) ruangan RPD III yakni 74 % dengan berbagai kasus diantaranya IHD, ISK, Anemia, PPOK, Pneumonia, CHF, CKD, TBC, SH, Asma, Hipertensi, dan Hipokalemia, dengan kasus terbanyak yakni Pneumonia. Ruangan RPD III mempunyai tenaga perawat terdiri dari Diploma 3 berjumlah 17 orang, dan Strata Satu (S1) Keperawatan Ners berjumlah 1 orang yang membantu dalam proses perawatan pasien dengan struktur organisasi tertinggi adalah kepala Ruangan.

B. Studi Kasus

1. Pengkajian

Studi kasus di mulai pada tanggal 9 hingga 11 Januari 2024. Dilakukan pengumpulan data melalui wawancara kepada pasien, keluarga pasien serta perawat ruangan yang bertugas, serta dilakukan observasi dan pemeriksaan fisik yang diperoleh dari pasien dan studi dokumentasi yang bersumber dari catatan medis maupun keperawatan yang termuat dalam status pasien. Berikut data-data yang diperoleh:

a. Pengumpulan Data

Pasien berinisial Tn. H. A. N berusia 78 tahun, beralamat Jln. Ikan Paus, pasien baragama Islam dan pendidikan terakhir adalah sekolah dasar, pasien sudah menikah dan memiliki anak, penanggung jawab pasien adalah anak kandungnya sendiri dengan inisial Tn. I. H

umur 37, pendidikan terakhir adalah SMA pekerjaan sebagai seorang wiraswasta.

1) untuk mengantar pasien ke RSUD Ende pada tanggal 3 Januari 2024

Keluhan Utama, Pasien mengatakan badan lemah, mual, dan sesak napas

2) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Keluhan Utama

Pasien mengatakan badan lemah, mual, sesak napas pada tanggal 3 Januari 2024. Keluarga memutuskan pukul 09.00, sesampainya di RSUD Ende pasien langsung dilakukan tindakan dan dilakukan pemeriksaan GDS menggunakan stik hasilnya *high* (HI) atau tidak terbaca dan pasien didiagnosa *diabetes* tipe 2 dan diberikan terapi novorapid injeksi 10 unit/ sc, ondansentron 3x4 mg/iv, omeprazole 2x40 mg/iv paracetamol 3x1 gr/iv, ceftriaxone 2x1 gr/iv. Setelah mendapatkan terapi di IGD, pasien akhirnya dipindahkan ke ruang perawatan penyakit dalam III tanggal 03 Januari untuk melakukan perawatan lebih lanjut.

b) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan riwayat penyakit diabetes mellitus sejak 5 tahun yang lalu dan pernah dirawat di RPD III 1 minggu pada tanggal 27 Desember sampai 2 Januari 2024. Pasien juga rutin mengkonsumsi obat anti diabetes /metformin 2x500 mg/oral

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit *diabetes mellitus*.

3) Pemeriksaan Pola Kesehatan

a) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan.

Kebiasaan sehari-hari :

Pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting dan harus rutin menjaga kesehatan dengan rajin berolahraga seperti jalan-jalan sore.

Keadaan saat ini :

Pasien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit yang dideritanya dan harus lebih menjaga pola makan lebih khususnya pola diet yang benar.

b) Pola Pemeliharaan Kesehatan.

Kebiasaan sehari-hari

Keluarga klien dan klien mengatakan sejak sakit diabetes mellitus 5 tahun yang lalu, pasien rutin mengontrol kesehatan di rumah sakit dan rutin mengkonsumsi obat metformin. Pasien juga rutin menggunakan obat insulin injeksi novorapid dan levemir.

Keadaan saat ini

Klien menyadari bahwa dirinya sedang sakit dan perlu pengobatan agar segera sembuh

c) Pola Nutrisi-Metabolik

Kebiasaan sehari-hari

Pasien mengatakan makan 3 kali sehari, pagi, siang dan malam, menunya nasi putih diganti dengan nasi merah kadang nasi jagung, ubi-ubian, sayur, ikan, tempe tahu. Pasien minum 5-6 gelas/hari (1000-1200 cc), minumannya air putih, berat badan 70 Kg.

Keadaan saat ini

Pasien mengatakan merasa mual, sering lapar, makan 3 kali sehari, 1 porsi makan hanya dihabiskan 5-6 senduk dan dianjurkan nasi diganti dengan nasi merah atau nasi jagung, umbi-umbian, ikan, tahu, tempe, daging merah, telur, sayur bayam, brokoli dan selada dengan jumlah kalori sekali makan \pm 500 kkal. Pasien minum air putih 5-6 gelas sehari (1000-1200 cc), BB: 70 Kg

d) Pola Eliminasi

Kebiasaan sehari-hari.

Pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1-2 kali sehari, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK 5-6 kali sehari warna kuning, berbau khas urine (amoniak), tidak ada keluhan saat BAK.

Keadaan saat ini.

Pasien mengatakan BAB hanya 1x sehari, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB, sering kencing pada malam

hari, BAK 5-6 kali sehari warna kuning, berbau khas urine (amoniak), tidak ada keluhan saat BAK

e) Pola Aktivitas dan Latihan

Kebiasaan sehari-hari.

Pasien mengatakan pasien bekerja sebagai wiraswasta. Semua aktivitas dilakukan secara mandiri tanpa ada keluhan cepat lelah, dan sesak napas

Keadaan saat ini.

Pasien mengatakan badan masih lemah, cepat lelah, dan sesak napas saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi membersihkan diri, toileting, mengganti pakaian, makan minum dibantuh oleh keluarga

f) Pola Istirahat dan Tidur

Kebiasaan sehari-hari.

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya tidur malam mulai dari pukul 20.00-05.00 sedangkan tidur siang 1-2 jam, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur.

Keadaan saat ini.

Keluarga pasien mengatakan pasien tidur mulai pukul 19.00, kadang sesekali terbangun untuk BAK dan bangun pagi hari sekitar pukul 05.00, tidur siang 1-2 jam.

g) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Kebiasaan sehari-hari.

Pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium aroma dan meraba serta mendengar dengan baik.

Keadaan saat ini.

Pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas saat perawat menunjukkan angka 1 pasien mampu menyebutkan angka tersebut dan mencium aroma bebauan seperti saat perawat memberikan aroma minyak kayu putih pasien mampu membedakan aroma minyak kayu putih dari aroma yang lainnya.

h) Pola Peran Hubungan dengan Sesama

Kebiasaan sehari-hari.

Pasien mengatakan relasi pasien dengan keluarga, tetangga, dan orang lain baik-baik saja.

Keadaan saat ini.

Relasi dengan sesama pasien, keluarga, pengunjung dan petugas rumah sakit sangat baik dengan menunjukkan sikap yang ramah terhadap petugas.

i) Pola Sirkulasi Reproduksi :

Tidak dikaji karena menjaga privasi pasien

j) Pola Mekanisme koping dan Toleransi Terhadap Stress

Kebiasaan sehari-hari.

Pasien mengatakan tidak mudah stres/putus asa, jika ada masalah selalu bercerita pada istri dan anak-anaknya.

Keadaan saat ini.

Selama masa perawatan pasien kadang merasakan stress dan putus asa dan saat itu pasien lebih sering berdoa sehingga selama masa perawatan pasien bisa menjalani masa perawatan dengan hati yang ikhlas dan berharap cepat sembuh dari penyakitnya.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum lemah, tingkat kesadaran komposmentis nilai GCS 15 E:4 (spontan buka mata), V:5(orientasi baik) dan M:6 (mengikuti perintah), mual, sesak napas, TD : 120/80 mmHg, Nadi : 72x/m, suhu : 38 °C, RR : 20x/m SpO2 : 96%. BB:70 Kg , terpasang Nacl 0,9 % 8 TPM.

b) Pemeriksaan Fisik

Kepala : tidak terdapat benjolan, rambut tampak bersih dan beruban. **Mata** : bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikteris, tidak ada penggunaan alat bantu melihat. **Telinga** : tampak bersih, tidak terdapat cairan yang keluar. **Hidung** : simetris, terpasang oksigen nasal kanule 3 lpm. **Mulut** : Mukosa bibir tampak lembab, pasien berbicara jelas. **Leher** : Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid. **Dada** : inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dada, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi : jantung: Bunyi Jantung I & II reguler. **Abdomen**: inspeksi bentuk simetris, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, perkusi: bunyi timpani auskultasi: peristaltik

usus 12x/m, pada pemeriksaan genitalia : tidak dikaji dengan alasan privacy. Pemeriksaan integumen: kulit tampak lembab. Pada pemeriksaan **Ekstremitas** atas : tidak ada edema, jari tangan lengkap CRT kurang dari 3 detik. Terpasang infus NaCL 0,9% 8 tetes per menit pada tangan kiri. Ekstremitas bawah : tidak terdapat oedema,

5) Pemeriksaan Penunjang

a) Darah Lengkap (Tanggal 03 Januari 2023)

Tabel 4..1 Pemeriksaan Darah Lengkap

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	11.95	[10 ³ /UI]	(3.80-10.60)
LYMPH#	2.33	[10 ³ /UI]	(1.00-3.70)
MONO#	1.23	[10 ³ /UI]	(0.00-0.70)
EO#	0.17	[10 ³ /UI]	(0.00-0.40)
BASO#	0.04	[10 ³ /UI]	(0.00-0.10)
NEUT#	8.18 +	[10 ³ /UI]	(1.50-7.00)
LYMPH%	19.5 -	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	10.3 +	[%]	(2.0-8.0)
EO%	1,4	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.3	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	68.5	[%]	(50.0-70.0)
IG#	0.05	[10 ³ /UI]	(0.00-7.00)
IG%	0.4	[%]	(0.0-72.0)
RBC	2.90	[10 ⁶ /UI]	(4.40-5.90)
HGB	8.6	[g/dL]	(13.2-17.3)
HCT	25.8	[%]	(40.0-52.0)
MCV	89.0	[fL]	(80.0-100.0)
MCH	29.7	[pg]	(26.0-34.0)
HCHC	33.8	[pg]	(26.0-34.0)
RDW-SD	32.8	[fL]	(37.0-54.0)
RDW- CV	13.8	[%]	(11.5-14.5)
PLT	281	[10 ³ /UI]	(150-450)
MPV	10.2	(fL)	(90- 13.0)

b) Gula Darah Sewaktu (GDS)

Tabel 4.2 Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu

Jenis Pemeriksaan	Tanggal	Nilai	Nilai Rujukan
GDS(Darah Vena)	03 /01/2024 (09.15)	335 mg/dL	70-140 mg/Dl
GDS(Darah Vena)	10/01/2024 (09.00)	193 mg/dl	70-140 mg/dl

c) Pemeriksaan Urine Lengkap Pada Tanggal 03 Januari 2023

Tabel 4.3 Pemeriksaan Urin Lengkap

Faal Ginjal	Hasil	Nilai
Ureum	92.8	10-50 mg/dl
Creatinine	2.36	0,6-1,2 mg/dl

6) Terapi

Terapi yang diperoleh pasien adalah injeksi novorapid 3x6 iu/sc, ondansentron 3x4 mg/iv, omeprazole 2x40 mg/iv/ paracetamol 3x1 gr/iv, ceftriaxone 2x1 gr/iv, sanfuliq 3x1/oral, nebulizer combiven.

a) Tabulasi Data

Pasien mengatakan badan lemah mual, cepat lapar, lelah, pusing, sesak napas, porsi makan tidak dihabiskan, aktivitas pasien dibantu seperti mandi, toileting, berpakaian dan berpindah, GDS (Darah Vena : 335 mg/dL, tingkat kesadaran komposmentis, GCS 15 (E:4.V:5, M:6), terpasang oksigen nasal kanule 3 lpm BB:70 Kg , terpasang Nacl 0,9 % 8 TPM. TD: 130/80 mmHg, Nadi : 75x/m, suhu : 36⁰C, RR : 20x/m SpO2 : 98%

b) Klasifikasi Data

Berdasarkan hasil tabulasi maka data kemudian diklasifikasikan kedalam dua bagian yaitu :

- (1) Data subyektif: Pasien mengatakan badan lemah , mual, cepat lapar, pusing sesak napas, aktivitas pasien dibantu seperti mandi, toileting, berpakaian dan berpindah, cepat lelah porsi makan tidak dihabiskan
- (2) Data objektif: keadaan umum lemah, nafsu makan berkurang, makan di bantu keluarga, Nampak aktivitas dibantu, GDS (Darah Vena : 335 mg/dL, tingkat kesadaran composmentis, GCS 15 (E:4.V:5, M:6), terpasang oksigen nasal kanule 3 lpm, TD: 130/80 mmHg, Nadi : 75x/m, suhu : 36⁰C, RR : 20x/m SpO2 : 98%

c) Analisa Data

Setelah data diklasifikasikan, maka diperoleh gambaran tentang masalah yang dialami oleh pasien sebagai berikut :

- (1) Data subjektif : Pasien mengeluh pusing dan lemah
- (2) Data objektif: GDS (Darah Vena : 335 mg/dL,

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia

- (1) Data subjektif : Pasien mengatakan badan lemah, sesak napas dan cepat lelah saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi.

(2) Data objektif: Pasien tampak lemah, *activity daily living* (ADL) dibantu keluarga seperti mandi, makan, toileting, dan berpakaian.

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat masalah intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan.

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, maka data –data hasil pengkajian dibuat dalam bentuk diagnosa keperawatan, yakni suatu penilaian terhadap respon in dividu yang membutuhkan tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah yang ada. Rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. H.A.N adalah sebagai berikut

a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin yang ditandai dengan :

Data Subjektif : Pasien mengeluh pusing dan lemah.

Data Objektif: GDS (Darah Vena : 335 mg/dL

b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Data Subjektif : pasien mengatakan cepat lelah, aktivitas dibantu seperti mandi, toileting, berpakaian dan makan.

Data Objektif: keadaan umum lemah, nampak sesak

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Sebelum menyusun rencana tindakan keperawatan terhadap masalah yang ditemukan, masalah tersebut disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalah mengacu pada tingkatan, prioritas utama yaitu mengancam kehidupan, prioritas kedua mengancam kesehatan. Prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan. Berdasarkan proses diatas maka urutan prioritas masalah sebagai berikut:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah
- b. Intoleransi aktivitas

Rencana Keperawatan

- a) ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah stabil

Kriteria hasil : kadar gula darah berada pada rentang normal (70-140 mg/dL), Glukosa darah puasa (GDP) \leq 100 mg/dL, Glukosa 2 jam post prandial (GD2JPP) \leq 140 mg/dl,

Intervensi :

Manajemen Hiperglikemia

Tindakan Observasi:

- 1) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu, 2) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala), 3) Monitor intake dan output cairan ,4) anjurkan monitor GDS mandiri 5) anjurkan kepatuhan diet dan olahraga, 6) kolaborasi pemberian insulin.
- 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, yang ditandai dengan:

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktifitas dapat teratasi

Kriteria hasil : Tidak lemah lagi, dan dapat melakukan aktivitas secara mandiri

Intervensi :

Manajemen Energi:

- Identifikasi aktifitas pasien yang menyebabkan kelelahan 2) monitor kelelahan fisik, 3) Anjurkan tirah baring

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan selama 3 hari mulai tanggal 09 sampai 11 Januari 2024. Implementasi dilakukan untuk mengatasi masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah dan intoleransi aktivitas

Selengkapnya kegiatan implementasi diuraikan di bawah ini

Tindakan Keperawatan hari pertama Selasa, 09 Januari 2024 adalah sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan I

Jam 07.30 Mengkaji factor pencetus hiperglikemia H: pasien mengatakan mempunyai pola hidup yang tidak sehat seperti suka mengkonsumsi makanan yang manis dan tidak rutin berolahraga. Jam 07.30 Mengkaji tanda dan gejala hiperglikemia H/ pasien mengatakan saat gula darah naik klien mengeluh mual dan lemah. Jam 07.45 Mengobservasi vital sign: TD: 130/80 mmHg, Nadi: 75x/m, suhu : 36⁰C, RR : 20x/m SpO2 : 98%, Jam 08.00 Melayani injeksi omeprazole 40mg/iv, 08.30 Menganjurkan pasien untuk minum banyak air putih minimal 3 liter/hari atau 4500 cc/hari. Jam 09.00 Melayani injeksi novorapid 8 iu/sc. Jam 11.45 Melayani diet lunak DM 1 porsi (nasi sayur sup kacang merah+wortel dan sawi ikan dan pisang). Jam 12.00 Menganjurkan pasien untuk tetap patuh mengikuti dite yang sudah diberikan.

Diagnose keperawatan II

Jam 10.30 Mengkaji aktivitas pasien H/ Pasien mengatakan masih lemah dan cepat lelah saat melakukan aktivitas ke kamar mandi, Jam 11.20 memonitor kelelahan fisik H/ pasien mengatakan sangat kelelahan ketika melakukan aktifitas ke kamar mandi, Jam 11.30 Menganjurkan pasien untuk melakukan aktifitas sesuai batas kemampuan pasien, Jam

12.30 Memberikan edukasi kepada keluarga tentang personal hygiene,
Jam 12.30 Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan seperti mobilisasi ke kamar mandi sesuai toleransi pasien untuk mencegah terjadinya konstipasi (peningkatan mobilitas usus) serta mencegah kekakuan pada sendi.

Tindakan Keperawatan hari pertama Rabu, 10 Januari 2024 adalah sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan I

Jam 07.00 Mengakaji tanda gejala peningkatan kadar glukosa darah H/ Pasien mengatakan lemah dan mual berkurang Jam 07.30 Mengukur kadar glukosa darah menggunakan GDS Stik H/ GDS 193 mg/dl mengukur vital sing: TD, Suhu, Nadi, RR, SpO2 Jam 08.00 Menganjurkan pasien untuk 11.45 Melayani injeksi novorapid 8 iu/iv Jam 12.00 Melayani diet lunak DM 1 porsi (nasi, sayur bayam, daging ayam, dan pisang) Jam 12.15 Mengajukan kembali pasien untuk tetap diet serta terapi yang sudah diberikan.

Diagnosa Keperawatan II

Jam 09.00 Mengkaji aktivitas pasien H/ Pasien mengatakan lemah dan cepat lela berkurang Jam 09.30 Mengingatkan Kembali pasien untuk melakukan aktivitas sesuai batas kemampuan pasien H/ Pasien sudah bisa melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi tanpa ada rasa lela Jam 10.00 Mengingatkan kemabli keluarga pasien untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene

Tindakan Keperawatan hari pertama Kamis, 11 Januari 2024 adalah sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan I

Jam 07.00 Mengukur vital sing TD: 120/80 mmHg, Nadi : 84x/m, suhu : 36⁰C, RR : 20x/m SpO2 : 98% Jam 08.20 Mengingatkan kembali pasien untuk tetap untuk tetap diet renda gula dengan tidak mengkonsumsi makanan/ jajanan yang manis, mengganti nasi putih dengan nasi merah, beras jagung, atau ubi-ubian serta mengkonsumsi sayur-sayuran yang tinggi serat seperti bayam, selada dan daun singkong serta mengkonsumsi buah seperti pisang yang tidak terlalu masak (lembek) Jam 11.45 Melayani injeksi novorapid 8 iu/iv Jam 12.00 Melayani diet lunak DM 1 porsi (nasi, sayur bayam, daging ayam, dan pisang)

Diagnosa Keperawatan II

Jam 09.30 Mengakaji aktivitas pasien H/ Pasien mengatakan lemah dan cepat lelah berkurang Jam 10.00 mengingatkan kembali pasien untuk melakukan aktivitas sesuai batas kemampuan pasien H/ Pasien sudah dapat melakukan aktivitas sederhana tanpa ada rasa lelah 10.30 mengingatkan kembali keluarga pasien untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene.

5. Evaluasi Keperawatan

Hari pertama Selasa, 09 Januari 2024

Dx Keperawatan	Evaluasi
1	Data Subjektif : klien mengeluh masih pusing dan badan masih terasa lemah. Data Objektif : glukosa darah sewaktu 335 mg/dl Assesment : masalah ketidakstabilan kadar glukosa belum teratasi Planing: lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6
2	Data Subjektif : klien mengeluh masih sesak napas dan cepat lelah Data Objektif : keadaan umum tampak lemah, ADL dibantuh keluarga Assesment : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi Planning: lanjutkan intervensi 1,2,3.

Hari kedua Rabu, 10 Januari 2024.

Dx Keperawatan	Evaluasi
1	Data Subjektif : klien mengatakan masih merasa pusing Data Objektif : GDS klien yaitu 193 mdg/dl Assesment : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi Planing: lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6
2	Data Subjektif : klien mengeluh merasa lelah saat beraktivitas sudah berkurang. Data Objektif : keadaan umum tampak lemah, aktivitas sudah mulai mandiri, Assesment: Masalah intoleransi aktivitas sebagian tertasi Planing : intervensi dilanjutkan 1,2,3

Hari ketiga Kamis, 11 Januari 2024.

Dx Keperawatan	Evaluasi
1	Data Subjektif : pasien mengatakan masih terasa sedikit pusing Data Objektif :TD : 120/80 mmHg, Nadi : 84x/m, suhu :

	<p>36,⁰C, RR : 20 x/m SpO2 : 98%, Assessment: masalah ketidakstabilan glukosa darah sebagian teratasi Planning : lanjutkan intervensi</p>
2	<p>Data Subjektif : pasien mengatakan merasa capek setelah beraktivits sudah berkurang Data Objektif keadaan umum lemah beberapa aktivitas sudah mulai mandiri tekanan darah 120/80 mmHg Assessment : masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi Planning : intervensi di lanjutkan</p>

C. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan masalah, diagnose keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan pelaksanaan studi kasus yang ditemukan pada Tn. A.H.N DI Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien. Pengkajian pada Tn. A.H.N dengan diagnose medis diabetes mellitus dilakukan pada tanggal 09 Januari 2024. Pengkajian yang dilakukan meliputi pengumpulan data, keluhan utama, riwayat kesehatan klien, pola aktivitas sehari-hari, data pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan terapi klien.

Menurut Purwanto, (2016) gejala akut diabetes meliputi: poli uria (sering kencing), polifagia (cepat lapar), polidipsi: (sering haus), lemas, peningkatan berat badan. Gejala kronik diabetes meliputi kesemutan, mudah mengantuk, gatal sekitar di kemaluan terutama pada wanita, lemas, berat badan menurun, berkeringat, dan gemetar, pucat. Pada Tn. A.H.N tidak di temukan berat badan meningkat, penglihatan tidak kabur, tidak lemas, tidak terjadinya penurunan berat badan, berkeringat, dan gemetar,

pucat. Hal ini disebabkan karena pasien sudah mendapatkan terapi insulin novorapid 2 x 6 iu/sc dimana fungsi insulin untuk mengantarkan gula ke dalam sel sehingga tidak terjadi peningkatan glukosa di dalam darah yang akan berdampak pada kesehatan tubuh yang lain. Insulin memiliki peran yang penting dan luas dalam pengendalian metabolisme. Kekurangan insulin menimbulkan glukosa darah terganggu masuk ke dalam sel sehingga mengakibatkan glukosa darah meningkat di dalam darah dan sel-sel pada tubuh kekurangan sumber energi. Terapi insulin bertujuan untuk mempertahankan kadar glukosa darah agar tetap normal dan meminimalisir terjadinya komplikasi kronis pada pasien diabetes mellitus”.

Oleh karena itu pasien diabetes mellitus sebaiknya memodifikasi gaya hidup yang lebih sehat dengan diet rendah gula, mengonsumsi makanan yang berserat, rutin berolahraga, menjaga berat badan tetap ideal, dan mengecek gula darah secara berkalah.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnose keperawatan yang ditegakkan pada kasus Tn. A.H.N ada dua yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah dan intoleransi aktivitas. Dalam Brunner & Suddart (2002), yaitu perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia, deficit volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, risiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan

metabolisme, Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.

Diagnosa perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia. Diagnosa ini tidak ditegakan karena ketepatan dalam penanganan hiperglikemia dengan pemberian terapi Novorapid 10 ui/sc sehingga kadar glukosa darah menurun dan tidak menumpuk dalam darah yang akan berakibat pada kekentalan darah berkurang, sirkulasi darah ke perifer meningkat sehingga tidak terjadi nyeri seperti tertusuk – tusuk, kesemutan maupun kehilangan sensasi rasa (mati rasa) hal ini didukung dengan pernyataan Anggun M. Putri, 2020 yang mengatakan bahwa penganturan gaya hidup berupa mengontrol kadar glukosa darah dapat menurunkan derajat neuropati perifer pada penderita DM.

Diagnosa hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif tidak ditegakan karena penurunan kadar glukosa darah juga dapat mempengaruhi kerja tubulus ginjal, dimana tubulus ginjal tidak dapat mengeliminasi sebagian gula yang ada didalam tubuh bersama cairan dalam bentuk urine sehingga tubuh tidak berkompensasi untuk meningkatkan rasa haus yang berlebih dan didukung pasien mengkonsumsi dalam jumlah yang cukup (air ±1600-2000 liter) serta mendapat terapi novorapid 8 ui/sc BAK 5-6 kali warna urine kuning jernih yang artinya tubuh tidak terjadi dehidrasi (hypovolemia) dan ditandai dengan turgor kulit elastis. Hal ini dibenarkan oleh penelitian yang dilakukan Retta C. Sihotang, 2018 (*Efficacy And Safety Of Oral*

Antidiabetic Drugs In Type 2 Diabetes Mellitus With Chronic Kidney Disease) yang mengatakan bahwa kadar glukosa darah yang terkontrol dapat memperlambat laju perburukan fungsi ginjal.

Diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan absorpsi nutrisi tidak ditegaskan karena peningkatan kadar glukosa darah pada pasien Tn. A. H. N mendapatkan penanganan lebih cepat sehingga tidak terjadi pemecahan lemak dalam jangka waktu yang lama yang akan berdampak pada hilangnya masa otot sehingga tidak terjadi penurunan berat badan yang spesifik (defisit nutrisi) hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kathleen Nurman, dkk, 2020 (Hubungan Aktivitas Fisik dan Kekuatan Masa Otot dengan Kadar Gula Darah Sewaktu) dimana pada responden dengan kadar gula darah yang tinggi dalam jangka waktu yang lama presentase terjadi hilangnya massa otot lebih besar dibandingkan dengan responden yang memiliki kadar gula darah normal (normoglikemia).

3. Perencanaan keperawatan

Intervensi keperawatan berfokus pada masalah yang muncul. Intervensi ditunjuan untuk menurunkan atau mengatasi masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah dan intoleransi aktivitas. Maka tindakan yang harus dilakukan yaitu tindakan observasi, mandiri, kolaborasi, untuk dapat mengatasi masalah tersebut yaitu monitor tanda dan gejala hiperglikemia, anjurkan monitor GDS mandiri, anjurkan kepatuhan diet dan olahraga, kolaborasi pemberian insulin

4. Implementasi Keperawatan

Berdasarkan rencana tindakan keperawatan yang ditetapkan tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ada beberapa yakni pengambilan darah untuk pemeriksaan gula darah, menganjurkan diet dm, memberikan injeksi nevorapid 8 sc, membatasi aktivitas membantu pasien dalam berjalan.

5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan keluarga. Apabila hasil evaluasi menunjukkan tercapainya hasil atau tujuan. Hasil evaluasi yang dilakukan pada hari Kamis, 11 Januari 2024 masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sudah teratasi sebagian dan masalah intoleransi aktivitas sudah teratasi Sebagian.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus yang dilakukan pada Tn. A.H.N maka dapat disimpulkan bahwa.

1. Hasil pengakajian ditemukan keluhan badan lemah, mual, sesak napas, nafsu makan menurun, pola kesehatan yang ditemukan adanya gangguan yaitu pola nutrisi dan metabolic, pola eliminasi, dan pola aktivitas dan latihan.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Tn. A. H. N ada 2 yaitu ketidakstabilan glukosa darah dan intoleransi aktivitas
3. Intervensi keperawatan ditentukan berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan dimulai dari kolaborasi, mandiri dan observasi, pendidikan kesehatan untuk mengatasi ketidakstabilan kadar glukosa darah dan intoleransi aktivitas
4. Implementasi keperawatan dilakukan pada Tn. A. H. N selama taiga hari antara lain mengkaji faktor pencetus hiperglikemia, mengkaji tanda dan gejala hiperglikemia, mengobservasi vital sing, melayani injeksi novorapid, menganjurkan pasien untuk tetap patuh mengikuti diet, mengakaji aktivitas pasien, monitor kelelahan fisik, menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas sesuai batas kemampuan pasien dan memberikan edukasi kepada keluarga tentang personal hygiene
5. Evaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan diketahui bahwa belum teratas

B. Saran

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis merekomendasikan beberapa hal berupa saran sebagai berikut.

1. Bagi perawat

Diharapkan dapat meningkatkan pelaksanaan komunikasi terapeutik sehingga terbinannya hubungan saling percaya perawat dan pasien dan perawat mampu meningkatkan mutu standar pelayanan asuhan keperawatan yang lebih komprehensif dalam memenuhi kebutuhan pasien dengan diabetes mellitus.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Agar meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan dengan meningkatkan sarana praktek, perpustakaan dengan buku referensi minimal 5 tahun terakhir.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddarth, (2002). Buku Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah
- Dewi Rosliana, (2022). Buku Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Melitus
- Febrinasari, R.P Sholikhah,T.A. Pakha, D.N., & Putra, S.E. (2020) Buku Saku Diabetes Melitus Untuk Awam. (1 ed). (Febrinasari.Ed) Surakarta Jawa Tengah
- Harsismanto, Padila & Andri, J. (2021) Kualitas Hidup Sehat Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 (Harsismanto, Padila, & J. Andri, Eds) Jurnal Kesmes Asclepius, 3(no.2). 80-87.
- Kathleen Nurman, K. N., E. I. Y. N. Edri Indah Yuliza Nur, and T. A. K. Tri Ardianti Khasanah. “ Hubungan aktivitas fisik dan kekuatan massa otot dengan kadar gula darah sewaktu.” *Hubungn Aktivitas Fisik dan Kekuatan Massa Otot dengan Kadar Gula Darah Sewaktu 7.1* (2020): 11-19
- Lestari, L., & Zulkarnaim, 2021, November) Diabetes Melitus Review Etiologi Patofisiologi, Gejala Penyebab, Cara Pemeriksaan, Cara Pengobatan dan Cara Pencegahan. In *Prosiding Seminar Nasional Biologi* (Vol 7, No 1, pp 237- 241).
- Profil Rumah Sakit Umum Daerah Ende, 2022
- Purwanto, H. (2016). *Keperawatan medical bedah II. Jakarta*
- Putri, Anggun Melati, Yesi Hasneli, and Safri Safri. “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Derajat Keparahan Neuropati Perifer Pada Pasien Diabetes Melitus : Literature Review.” *Jurnal Ilmu Keperawatan* 8.1 (2020): 38-53.
- Riskesdas. (2018). Cetak Laporan Riskesdas NTT 2018. In *Laporan Riskesdas NTT 2018*. Lembaga Penerbit Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan
- Sihotang, Retta C, Rizka Ramadani, and Dicky L. Tahapary. “Efficacy and Safety of Oral Antidiabetic Drugs in Type 2 Diabetes Melitus with Chronic Kidney Disease .” *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia* 5.3:9
- Subiyanto, Paulus. (2019). *Buku Asuhan Ajar Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Endokrin*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.

Tandara, H.(2017). *Segala Sesuatu Yang Harus Anda Ketahui Tentang Diabetes*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama

Tim Pokja SDKI PPNI, 2016, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi Dan Indicator Diagnosis Jakarta, Dewan Pengurus PPNI

Tim Pokja SDKI PPNI, 2018, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, Definisi Dan Tindakan Keperawatan, Edisi I, Cetakan II.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, Definisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi I, Cetakan II

Yani, Nurhayati, (2022). Literature Review: Senam Kaki Terhadap Penurunan Gula Darah pada Pasien Diabetes Mellitus *Jurnal Of Health Research Science*, 9-10.

**ASUAHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN A. H. N
DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian Dilakukan Pada Tanggal 09 Januari 2024

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

Nama : Tn. A. H.N

Umur : 78 Tahun

Jenis Kelamin : laki-laki

Pendidikan : Sd

Pekerjaan : -

Agama : Islam

Dx Medik : Diabetes Melitus

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn I.H

Umur : 37 tahun

Hugan dengan pasien : anak kandung

Alamat : Jln. Ikan Paus

II. Keadaan Umum

Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan badan lemah, mual, dan sesak napas

2) Riwayat Keluhan Utama

Pasien mengatakan badan lemah, mual, sesak napas pada tanggal 3 Januari 2024. Keluarga memutuskan pukul 09.00, sesampainya di RSUD Ende pasien langsung dilakukan tindakan dan dilakukan pemeriksaan GDS menggunakan stik hasilnya *high* (HI) atau tidak terbaca dan pasien didiagnosa *diabetes* tipe 2 dan diberikan terapi novorapid injeksi 10 unit/sc, ondansentron 3x4 mg/iv, omeprazole 2x40 mg/iv paracetamol 3x1 gr/iv, ceftriaxone 2x1 gr/iv. Setelah mendapatkan terapi di IGD, pasien akhirnya dipindahkan ke ruang perawatan penyakit dalam III tanggal 03 Januari untuk melakukan perawatan lebih lanjut.

3) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan riwayat penyakit diabetes mellitus sejak 5 tahun yang lalu dan pernah dirawat di RPD III 1 minggu pada tanggal 27 Desember sampai 2 Januari 2024. Pasien juga rutin mengkonsumsi obat anti diabetes /metformin 2x500 mg/oral

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit *diabetes mellitus*.

5) Pemeriksaan Pola Kesehatan

a) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan.

Kebiasaan sehari-hari :Pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting dan harus rutin menjaga kesehatan dengan rajin berolahraga seperti jalan-jalan sore.

Keadaan saat ini :Pasien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit yang dideritanya dan harus lebih menjaga pola makan lebih khususnya pola diet yang benar.

b) Pola Pemeliharaan Kesehatan.

Kebiasaan sehari-hari Keluarga klien dan klien mengatakan sejak sakit diabetes mellitus 5 tahun yang lalu, pasien rutin mengontrol kesehatan di rumah sakit dan rutin mengkonsumsi obat metformin. Pasien juga rutin menggunakan obat insulin injeksi novorapid dan levemir.

Keadaan saat ini: Klien menyadari bahwa dirinya sedang sakit dan perlu pengobatan agar segera sembuh

c) Pola Nutrisi-Metabolik

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan makan 3 kali sehari, pagi, siang dan malam, menunya nasi putih diganti dengan nasi merah kadang nasi jagung, ubi-ubian, sayur, ikan, tempe tahu. Pasien minum 5-6 gelas/hari (1000-1200 cc), minumannya air putih, berat badan 70Kg.

Keadaan saat ini: Pasien mengatakan merasa mual, sering lapar, makan 3 kali sehari, 1 porsi makan hanya dihabiskan 5-6 sendok dan

dianjurkan nasi diganti dengan nasi merah atau nasi jagung, umbi-umbian, ikan, tahu, tempe, daging merah, telur, sayur bayam, brokoli dan selada dengan jumlah kalori sekali makan \pm 500 kkal. Pasien minum air putih 5-6 gelas sehari (1000-1200 cc), BB: 70 Kg

d) Pola Eliminasi

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1-2 kali sehari, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK 5-6 kali sehari warna kuning, berbau khas urine (amoniak), tidak ada keluhan saat BAK.

Keadaan saat ini: Pasien mengatakan BAB hanya 1x sehari, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB, sering kencing pada malam hari, BAK 5-6 kali sehari warna kuning, berbau khas urine (amoniak), tidak ada keluhan saat BAK

e) Pola Aktivitas dan Latihan

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan pasien bekerja sebagai wiraswasta. Semua aktivitas dilakukan secara mandiri tanpa ada keluhan cepat lelah, dan sesak napas

Keadaan saat ini: Pasien mengatakan badan masih lemah, cepat lelah, dan sesak napas saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi membersihkan diri, toileting, mengganti pakaian, makan minum dibantu oleh keluarga

f) Pola Istirahat dan Tidur

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya tidur malam mulai dari pukul 20.00-05.00 sedangkan tidur siang 1-2 jam, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur.

Keadaan saat ini: Keluarga pasien mengatakan pasien tidur mulai pukul 19.00, kadang sesekali terbangun untuk BAK dan bangun pagi hari sekitar pukul 05.00, tidur siang 1-2 jam.

g) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium aroma dan meraba serta mendengar dengan baik.

Keadaan saat ini: Pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas saat perawat menunjukkan angka 1 pasien mampu menyebutkan angka tersebut dan mencium aroma bebauan seperti saat perawat memberikan aroma minyak kayu putih pasien mampu membedakan aroma minyak kayu putih dari aroma yang lainnya.

h) Pola Peran Hubungan dengan Sesama

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan relasi pasien dengan keluarga, tetangga, dan orang lain baik-baik saja.

Keadaan saat ini: Relasi dengan sesama pasien, keluarga, pengunjung dan petugas rumah sakit sangat baik dengan menunjukkan sikap yang ramah terhadap petugas.

i) Pola Sirkulasi Reproduksi: Tidak dikaji karena menjaga privasi pasien

j) Pola Mekanisme koping dan Toleransi Terhadap Stress

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan tidak mudah stres/putus asa, jika ada masalah selalu bercerita pada istri dan anak-anaknya.

Keadaan saat ini: Selama masa perawatan pasien kadang merasakan stress dan putus asa dan saat itu pasien lebih sering berdoa sehingga selama masa perawatan pasien bisa menjalani masa perawatan dengan hati yang ikhlas dan berharap cepat sembuh dari penyakitnya.

6) Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum lemah, tingkat kesadaran komposmentis nilai GCS 15 E:4 (spontan buka mata), V:5(orientasi baik) dan M:6 (mengikuti perintah), mual, sesak napas, TD : 120/80 mmHg, Nadi : 72x/m, suhu : 38⁰C, RR : 20x/m SpO2 : 96%. BB:70 Kg , terpasang Nacl 0,9 % 8 TPM. Pada Kepala : tidak terdapat benjolan, rambut tampak bersih dan beruban. Mata : bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikteris, tidak ada penggunaan alat bantu melihat. Telinga : tampak bersih, tidak terdapat cairan yang keluar. Hidung : simetris, terpasang oksigen nasal kanule 3 lpm. Mulut : Mukosa bibir tampak lembab, pasien berbicara jelas. Leher : Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid. Dada : inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dada, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi : jantung: Bunyi Jantung I & II reguler. Abdomen: inspeksi bentuk simetris, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, perkusi: bunyi timpani auskultasi: peristaltik usus 12x/m, pada pemeriksaan genetalia : tidak dikaji dengan alasan privacy. Pemeriksaan integumen:

kulit tampak lembab. Pada pemeriksaan Ekstremitas atas : tidak ada edema, jari tangan lengkap CRT kurang dari 3 detik. Terpasang infus NaCL 0,9% 8 tetes per menit pada tangan kiri. Ekstremitas bawah : tidak terdapat oedema,

7) Pemeriksaan Penunjang

a. Darah Lengkap (Tanggal 03 Januari 2023)

Tabel 4..1 Pemeriksaan Darah Lengkap

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	11.95	[10 ³ /UI]	(3.80-10.60)
LYMPH#	2.33	[10 ³ /UI]	(1.00-3.70)
MONO#	1.23	[10 ³ /UI]	(0.00-0.70)
EO#	0.17	[10 ³ /UI]	(0.00-0.40)
BASO#	0.04	[10 ³ /UI]	(0.00-0.10)
NEUT#	8.18 +	[10 ³ /UI]	(1.50-7.00)
LYMPH%	19.5 -	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	10.3 +	[%]	(2.0-8.0)
EO%	1,4	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.3	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	68.5	[%]	(50.0-70.0)
IG#	0.05	[10 ³ /UI]	(0.00-7.00)
IG%	0.4	[%]	(0.0-72.0)
RBC	2.90	[10 ⁶ /UI]	(4.40-5.90)
HGB	8.6	[g/dL]	(13.2-17.3)
HCT	25.8	[%]	(40.0-52.0)
MCV	89.0	[fL]	(80.0-100.0)
MCH	29.7	[pg]	(26.0-34.0)
HCHC	33.8	[pg]	(26.0-34.0)
RDW-SD	32.8	[fL]	(37.0-54.0)
RDW- CV	13.8	[%]	(11.5-14.5)
PLT	281	[10 ³ /UI]	(150-450)
MPV	10.2	(FL)	(90- 13.0)

b. Gula Darah Sewaktu (GDS)

Tabel 4.2 Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu

Jenis Pemeriksaan	Tanggal	Nilai	Nilai Rujukan
GDS(Darah Vena)	03 /01/2024 (09.15)	335 mg/dL	70-140 mg/Dl
GDS(Darah Vena)	10/01/2024 (09.00)	193 mg/dl	70-140 mg/dl

c. Pemeriksaan Urine Lengkap Pada Tanggal 03 Januari 2023

Tabel 4. Pemeriksaan Urin Lengkap

Faal Ginjal	Hasil	Nilai
Ureum	92.8	10-50 mg/dl
Creatinine	2.36	0,6-1,2 mg/dl

8) Terapi

Terapi yang diperoleh pasien adalah injeksi novorapid 3x6 iu/sc, ondansetron 3x4 mg/iv, omeprazole 2x40 mg/iv/ paracetamol 3x1 gr/iv, ceftriaxone 2x1 gr/iv, sanfuliq 3x1/oral, nebulizer combiven.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama: : Dafrosa Alfira Deno
Tempat Tanggal Lahir : Kopowoa, 02 November 2000
Alamat : Nuabosi Rt/Rw 006/003, Kel/Desa Ndetundora II
Kecamatan Ende
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik

B. Riwayat Pendidikan

SDI Ndetundora II 2009-2014
SMP Swasta Nusantara 2014-2017
SMK Katolik Muktyaca 2017-2020

MOTTO

**Orang Yang Bertahan Dalam Cobaan Dan Di Uji Maka
Iya Akan Menerima Hasil Yang Sempurna Karena
Masa Depan Sungguh Ada Dan Harapan Tidak Akan
Hilang**

INFORMED CONSENT
(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa: saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh: Dafrosa Alfira Deno dengan judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Ende, 08 Januari 2024

Saksi

Yang Memberikan Persetujuan





Ibrahim Ndoki

Abdula Harun Ndoki

Peneliti,



Dafrosa Alfira Deno
NIM : PO5303202200490

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Saya adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak / Ibu / Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi kasus ini dapat memberi manfaat berupa peningkatan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Diabetes Melitus Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi kasus ini akan berlangsung selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan/ memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.

5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP : 081239587098

Ende, 08 Januari 2024

Peneliti



Dafrosa Alfira Deno
NIM : PO5303202200490



LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Dafrosa Alfira Deno
NIM : PO.5303202200490
Penguji : Anotolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
1.	Selasa, 07 November 2023	Bab I,II,III	1. Bagian kata pengantar tambahkan dosen penguji 2. Data harus di ambil dari tahun terupdate (2020-2023) 3. Perbaiki tilisan 4. Perbaiki pengetikan (margin) 5. Masukan pehtwey 6. Tambahkan daftar pustaka 7. Data yang tidak ada di pengkajian jangan di masukan di tabulasi data 8. Diagnosa diperbaiki	
2.	Rabu, 08 November 2023	Bab I,II,III	1. Diagnosa diperbaiki 2. Intervensi diperbaiki 3. Metode / prosedur studi kasus di perbaiki	
3.	Selasa, 12 Desember 2023		1. Proposal di ACC penguji dan di lanjutkan studi kasus	
4.	Rabu, 23, Mei 2024	Perbaiki kata pengantar, bab IV, bab V dan daftar pustaka	1. Perbaiki Margin sesuai panduan 2. Perbaiki nama direktur rumah sakit dan tambahkan nama dosen penguji 3. Perbaiki huruf, spasi dan penulisan kata 4. Pada pola aktivitas (keadaan saat ini ditambahkan apakah pasien melakukan aktivitas dibantu atau mandiri 5. Pada pemeriksaan fisik (GCS di perbaiki E:4 spontan buka mata, V:5 orientasi baik, M:6 mengikuti perintah. 6. Pada pemeriksaan penunjang tambahkan nilai normal pada pemeriksaan urine lengkap	

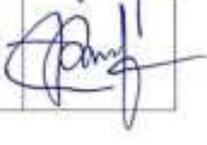
			<ul style="list-style-type: none"> 7. Pada implementasi keperawatan di buat dalam 3 hari dan di tambahkan dengan jam serta tindakan yang di lakukan 8. Pada evaluasi hasil keperawatan di buat menggunakan SOAP. 9. Pada pembahasan keluhan pada pengkajian harus sesuai dengan manifestasi klinis bab 2 10. Pada diagnosa di jelaskan masing-masing perdiagnosa 11. Perbaiki kesimpulan pada bab V 12. Daftar pustaka baris ke2 di gunakan dengan spasi 1 	
5.	03 Juli 2024	Bab IV	<ul style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki penulisan dalam pembahasan 2. KTI di ACC oleh penguji 	



LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Dafrosa Alfira Deno
NIM : PO.5303202200490
Pembimbing : Aris Wawomeo, S.Kep., Ns., Sp., Kep.KOM

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
1	Rabu, 22-2-2023	Ajukan judul	Bawakan refrensi terkait judul yang di ambil	
2	Rabu, 1-03-2023	Diskusi refensi	Lanjutkan pembuatan latar belakang	
3	Selasa, -07-03-2023	Diskusi latar belakang	<ol style="list-style-type: none">1. jelaskan data-data yang mendukung2. Tulisan proposal karya tulis ilmiah jangan digabung dengan judul3. Tambahkan pengetahuan dilatar belakang susuai yang sudah ditandai pembimbing4. Tambahkan refemsi yang banyak untuk dimasukan k latar belakang5. Perhatikan pengetikan sesuaikan dengan arahan yang ada pada panduan KTI	
4	Selasa, 11-03-2023	Latar belakang	<ol style="list-style-type: none">1. Gunakan bahasa sendiri alam menyusun latar belakang2. Tulisan latar belakang sesuai urutan yaitu kata pengantar/ introduksi, prevalensi, faktor-faktor yang mempengaruhi, upaya-upaya yang dilakukan, dampak, alinea terakhir gambaran lokasi studi kasus3. Menggambarkan di lokasi studi kasus dan hasil studi pendahuluan4. Ditinjauan khusus tambahkan pola menganalisa kesenjangan antara teori dan kasus	

5	Jumad, 24-03-202	Latar belakang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki penulisan 2. Tambahkan alinea pada latar belakang 3. Perbaiki alinea paa latar belakang 4. latar belakang harus to the point 	
6	Sabtu, 08-04-2024	Latar belakang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki tulisan 2. Tambahkan hasil studi pendahuluan di RSUD Ende 3. Jelaskan hambatan-hambatan yang sering terjadi di RSUD Ende 4. Gambaran tentang lokasi penelitian 5. Lanjutkan bab II dan III 	
7	Senin, 22-05-2023	Bab I,II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki pengetikan pada metode studi kasus 2. Narasikan tanda dan gejala pada bab I 	
	31 Januari 2024	Bab IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. tambahkan gambaran lokasi studi kasus 2. Pada setiap pemeriksaan fisik dibuat alinea baru 3. Untuk diagnosa DS,DO tidak boleh disingkat 4. Pada bagian implementasi di buat lebih Spesifik 	
	06, Februari 2024	Bab III,IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki analisis data studi kasus 2. Perbaiki kata yang belum benar 3. Pada riwayat masa lalu jelaskan obat yang diminum pasien 4. Tambahkan vital sing dan terapi 5. Pada imlementasi keperawatan dibuat yang lebih spesifik 	
	15, Februari 2024	Bab III,IV,V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki batasan istilah dan analisa data 2. Perbaiki kata yan belum benar 3. Pada bagia implementasi dan evaluasi di buat lebih spesifik 	
	22, Februari 2024	Bab III,IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki teknik pengumpulan data 2. Tambahkan kata yang masih kurang 3. Perbaiki implementasi dan evaluasi 	
	07, Maret 2024	Bab IV,V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki pembahasan yang lebih spesifik 2. Perbaiki kesimpulan dan saran 	
	12, Maret 2024	Bab IV dan V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki pada bagian evaluasi 2. Perbaiki pembahasan dan tambahkan kata kata yang kurang 3. Perbaiki kesimpulan dan saran 	

4.	Sabtu, 11-03-2023	Latar belakang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan Bahasa sendiri dalam menyusun latar belakang 2. Tulislah latar belakang sesuai urutan yaitu kata pengantar/introduksi, prevalensi, faktor-faktor yang mempengaruhi, upaya-upaya yang dilakukan, dampak, alinea terakhir gambaran lokasi penelitian. 3. Menggambarkan di lokasi studi kasus dan hasil studi pendahuluan 4. Ditujuan khusus tambahkan poin menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus 	
5.	Jumad, 24-03-2023	Latar belakang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki petulisan 2. Tambahkan alinea pada latar belakang 3. Perbaiki urutan pada latar belakang 4. Latar belakang Hras lebih to the point 	
6.	Sabtu, 08-04-2023	Latar belakang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki tulisan 2. Tambahkan hasil studi kpendahuluan di Rumah Singgah Samaria Ende 3. Jelaskan hambatan-hambatan yang sering terjadi di rumah singgah samaria Ende 4. Gambarkan tentang lokasi penelitian 5. Lanjutkan Bab II dan Bab III 	
7.	Senin, 22-05-2023	Bab I, Bab II, Bab III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ubah judul pada kata masalah utama di hapus. 2. Tambahakan point - ke-6 pada tujuan khusus 3. Perbaiki pengetikan pada Metode studi kasus 4. Narasikan tanda dan gejala pada Bab II 	

			<ol style="list-style-type: none"> 5. Narasikan Intervensi keperawatan/ strategi pelaksanaan 6. Perbaiki prosedur studi kasus pada Bab III 7. Perbaiki Teknik pengumpulan data 	
8.	Senin, 22-05-2023	Bab III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki kalimat (jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal, riwayat kesehatan keluarga. 2. Data subyektif tidak boleh di singkat. 3. Analisa data di buat table 4. Diagnosa dinarasikan 5. Perbaiki penulisan intervensi 6. Intervensi digabung dengan rasional 7. Perbaiki metode/ prosedur studi kasus 8. Perbaiki teknik pengumpulan data 	