

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN “Tn.Y.K”
DENGAN DIAGNOSA MEDIS *DIABETES MELITUS*
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH:

FELISITAS SKOLASTIKA

NIM: PO 5303202200515

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

2024

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN “Tn.Y.K”
DENGAN DIAGNOSA MEDIS *DIABETES MELITUS*
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Pada Program Studi Keperawatan Ende



OLEH:

FELISITAS SKOLASTIKA
NIM: PO 5303202200515

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

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Felisitas Skolastika
NIM : PO. 5303202200515
Program Studi : D-III Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan pada pasien T.n Y.K Dengan
Diagnosa Medis *Diabetes Mellitus* di Ruang
Penyakit Dalam III RSUD Ende

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Studi Kasus ini adalah jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, 26 Maret 2024
Yang Membuat Pernyataan

Felisitas Skolastika
NIM: PO. 5303202200515

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN "Ta Y.K"
DENGAN DIAGNOSA MEDIS *DIABETES MELITUS*
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**

OLEH:

**FELISITAS SKOLASTIKA
NIM. PO5303202200515**

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui
Oleh Pembimbing Untuk Diujikan
Ende, 26 Maret 2024

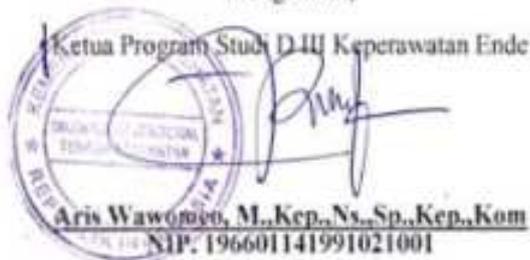
Pembimbing



**Yustina P. M. Paschalia, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 19690409 1989032002**

Mengetahui,

Ketua Program Studi D.III Keperawatan Ende



**Aris Waworin, M.,Kep.,Ns.,Sp.,Kep.,Kom
NIP. 196601141991021001**

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

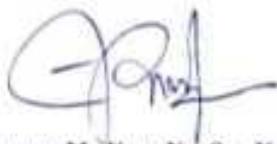
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN "Tb.Y.K"
DENGAN DIAGNOASA MEDIS *DIABETES MELITUS*
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE

OLEH:

FELISITAS SKOLASTIKA
NIM. P05303202200515

Proposal Karya Tulis Ilmiah ini Telah Dujikan dan Dipertanggung
Jawabkan Pada Tanggal 2 April 2024

Penguji Ketua



Aris Wawomeo, M., Kep., Ns., Sp., Kep.Kom
NIP. 19660114 1991021001

Penguji Anggota



Yustina P. M. Paschalia, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 196904091989032002

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001

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 Y.K dengan Diagnosa medis Diabetes Mellitus di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende” dapat terselesaikan dengan baik. Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Ende. 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 yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini dan sekaligus sebagai penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberi masukan agar Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik.
3. dr. Carolina M. Viany Sunty, Sp.PK, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melaksanakan praktek di RSUD Ende.
4. Bapak Herman A.Leta, selaku Kepala Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende yang telah memberikan ijin kepada penulis dalam melaksanakan studi kasus

5. Ibu Yustina P. M. Paschalia, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku pembimbing sekaligus penguji anggota yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Tn Y.K yang telah bersedia dijadikan sebagai subjek dalam studi kasus ini.
7. Kedua Orang tua, terimakasih Bapak Yakobus Ndiko dan Mama Silenia Mbete, atas doa yang tidak pernah putus serta dukungan materi yang tidak dapat dihitng sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Untuk Kakak Helen, Adik Angel, Piter dan Herlin, terimakasih untuk doa dan dukungannya yang tak terhenti.
9. Untuk kakak Maria Yasinta Uda Taghi (Shinta), terima kasih atas doa, support dan motivasi yang sangat luar biasa sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah
10. Untuk teman-teman satu angkatan terimakasih untuk semua dorongan dan semangat yang kalian berikan
11. Semua pihak yang penulis tidak dapat sebutkan namanya satu persatu, terimakasih atas dukungan semangat yang telah diberikan kepada penulis.

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

Ende, Maret 2024

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn Y.K dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende

Felisitas Skolastika⁽¹⁾

Yustina P. M. Paschalia, S.Kep.,Ns., M.Kes⁽²⁾

Diabetes melitus (DM) merupakan penyakit kelainan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemia karena kekurangan insulin, resistensi insulin atau keduanya. Prevalensi diabetes diperkirakan meningkat seiring bertambahnya umur penduduk menjadi 19.9% atau 111.2 juta orang pada umur 65-79 tahun. Angka ini diprediksikan akan terus meningkat mencapai hingga 578 juta ditahun 2030 dan 700 juta ditahun 2045.

Tujuan studi kasus untuk meningkatkan kemampuan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis diabetes melitus melalui pendekatan proses keperawatan.

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

Hasil studi kasus pada Tn Y.K ditemukan data: lemah, mual, muntah berisi cairan dan makanan, batuk berlendir warna putih disertai sesak napas, nafsu makan berkurang, cepat lelah, GDS pakai stik: high (HI). Masalah keperawatan yang muncul adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, inefektif bersihan jalan napas berhubungan dengan secret tertahan dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan. Implementasi dilakukan selama 3 hari dan hasil evaluasi ditemukan masalah teratasi sebagian ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, inefektif bersihan jalan napas berhubungan dengan secret tertahan dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Disimpulkan bahwa kasus Tn Y.K terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yaitu keluhan mual, muntah, batuk berlendir tidak terdapat pada teori. Oleh karena itu pasien diabetes mellitus sebaiknya memodifikasi gaya hidup yang lebih sehat dengan menghindari faktor –faktor yang dapat memperburuk diabetes mellitus serta rutin mengkonsumsi obat secara teratur sesuai anjuran.

Kepustakaan : 23 Buah (2019-2023)

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Diabetes Mellitus

1. Program Studi DIII Keperawatan Ende
2. Dosen Pembimbing Program Studi DIII Keperawatan Ende

ABSTRACT

Nursing Care for Patients Mr. Y.K with a Medical Diagnosis of Diabetes Mellitus in Internal Medicine Room III, Ende Regional Hospital

Felisitas Skolastika⁽¹⁾

Yustina P. M. Paschalia, S.Kep.,Ns., M.Kes⁽²⁾

Diabetes mellitus (DM) is a metabolic disorder characterized by hyperglycemia due to insulin deficiency, insulin resistance or both. The prevalence of diabetes is estimated to increase as the population ages to 19.9% or 111.2 million people aged 65-79 years. This figure is predicted to continue to increase, reaching 578 million in 2030 and 700 million in 2045.

The aim of the case study is to improve the author's ability to provide nursing care to clients with a medical diagnosis of diabetes mellitus through a nursing process approach.

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

The results of the case study on Mr. Nursing problems that arise are instability of blood glucose levels related to hyperglycemia, ineffective airway clearance related to retained secretions and activity intolerance related to weakness.

Nursing interventions are carried out based on nursing problems. Implementation was carried out for 3 days and the results of the evaluation found that the problem was resolved, some of the instability in blood glucose levels was related to hyperglycemia, ineffective airway clearance was related to retained secretions and activity intolerance was related to weakness. It was concluded that in Mr Y.K's case there was a gap between theory and case, namely complaints of nausea, vomiting, coughing up mucus were not found in theory. Therefore, diabetes mellitus patients should modify a healthier lifestyle by avoiding factors that can worsen diabetes mellitus and regularly taking medication as recommended.

Literature: 23 Pieces (2019-2023)

Keywords: Nursing Care, Diabetes Mellitus

1. Ende DIII Nursing Study Program

2. Supervisor of the Ende DIII Nursing Study Program

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN JUDUL BAGIAN DALAM	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	iii
LEMBARAN PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK BAHASA INDONESIA.....	viii
ABSTRAK BAHASA INGGRIS	ix
DAFTAR ISI.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Studi Kasus	4
D. Manfaat Studi Kasus	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Dasar Penyakit <i>Diabetes Mellitus</i>	7
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan <i>Diabetes Mellitus</i>	15
BAB III MOTODE STUDI KASUS	31
A. Rancangan/Desain Studi Kasus.....	31
B. Subjek Studi Kasus	31
C. Batasan Istila (Definisi Operasional)	31
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	32
E. Prosedur Studi Kasus	32
F. Teknik Pengumpulan Data.....	32
G. Instrument Pengumpulan Data.....	33
H. Keabsahan Data.....	33
I. Analisis Data	34
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	35
A. Hasil Studi Kasus	35
B. Pembahasan.....	62
BAB V PENUTUP.....	71
A. Kesimpulan	71
B. Saran.....	72
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes melitus (DM) merupakan penyakit kelainan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemia (kadar glukosa yang tinggi dalam darah) karena kekurangan insulin, resistensi insulin atau keduanya (Hardianto Dudi 2020).

International Diabetes Federation (IDF) menyatakan bahwa terdapat 463 juta orang pada usia 20-79 tahun di dunia menderita diabetes mellitus pada tahun 2019 dengan prevalensi sebesar 9,3%. *IDF* memperkirakan prevalensi diabetes, berdasarkan jenis kelamin pada tahun 2019 yaitu 9% pada perempuan dan 9,65% pada laki-laki. Prevalensi diabetes diperkirakan meningkat seiring bertambahnya umur penduduk menjadi 19,9% atau 111.2 juta orang pada umur 65-79 tahun. Angka ini diprediksikan akan terus meningkat mencapai hingga 578 juta ditahun 2030 dan 700 juta ditahun 2045. (Jais Muhamad dkk 2021).

Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan prevalensi DM pada penduduk dewasa di Indonesia sebesar 6,9% pada tahun 2013 meningkat menjadi 8,5% pada Tahun 2018. Berdasarkan hasil Riskesdas Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2013, tercatat bahwa prevalensi diabetes melitus yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan untuk Provinsi Nusa Tenggara Timur sebesar 1,2%, ditambah dengan penderita yang menunjukkan gejala maka prevalensi diabetes di Provinsi Nusa Tenggara Timur menjadi 3,3%. Prevalensi Diabetes Melitus yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Ende

Pada tahun 2019 sebanyak 1264 orang, tahun 2020 sebanyak 1821 orang, tahun 2021 sebanyak 633 orang, dan tahun 2022 sebanyak 2595. (DINKES KABUPATEN ENDE).

Data dan laporan rekapitulasi dari Rumah Sakit Umum Daerah Ende, menyebutkan bahwa jumlah penderita Diabetes Melitus pada tahun 2021 sebanyak 18 orang diantaranya 8 orang laki – laki dan 10 orang perempuan, mengalami peningkatan sebanyak 29 orang pada tahun 2022, diantaranya 9 orang laki – laki dan 20 orang perempuan sedangkan pada tahun 2023 mengalami penurunan yakni pada pada bulan maret hanya terdapat 3 orang diantaranya 1 orang laki laki dan 2 orang perempuan (Profil RSUD Ende 2023).

Dampak dari penyakit diabetes mellitus jika tidak ditangani maka akan menyebabkan munculnya beberapa penyakit diantaranya yaitu: munculnya penyakit makrovaskuler seperti penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah perifer dan stroke), dan penyakit mikrovaskuler (nefropati, retinopati, dan neuropati).

Salah satu solusi yang merupakan program pemerintah untuk menekan kejadian diabetes melitus yaitu: melalui pemberdayaan masyarakat. Sebagai bagian dari upaya pencegahan DM pemerintah Indonesia telah membentuk Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) PTM, sebagai upaya terdepan pencegahan dan pengendalian PTM yang salah satunya adalah penyakit DM. Tiga hal utama yang perlu dilakukan untuk menekan kejadian DM yaitu: pertama perubahan perilaku yang terkait makanan sehat dan berimbang, aktifitas fisik, menghindarkan diri dari rokok dan alkohol. Kedua yaitu: melakukan pemeriksaan kesehatan secara

berkala, dan ketiga adalah perbaikan tatalaksana penanganan penderita dengan memperkuat pelayanan kesehatan primer (KEMENKES 2018).

Berdasarkan hasil studi kasus yang dilakukan oleh Trimulyat, 2019 pada pasien Tn. B dengan Diabetes Melitus, didapatkan hasil pada pengkajian data 3 yang ditemukan yaitu: BB menurun, lemah, lesu, gelisah, diagnosa yang digunakan yaitu: nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d intake menurun, kelemahan b/d penurunan energi metabolik, ansietas b/d perubahan status kesehatan, dalam rencana asuhan keperawatan yang dikemukakan dalam kasus yaitu: nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dilakukan timbang BB tiap hari, tentukan program diet, melibatkan keluarga pasien dalam perencanaan makanan sesuai dengan kebutuhan klien, implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu melibatkan keluarga pasien dalam perencanaan makan. Pada evaluasi keperawatan, diagnosa keperawatan yang muncul ada tiga. Dari ketiga diagnosa keperawatan tersebut ada satu diagnosa keperawatan yang belum teratasi (Cahyamulat & Yuriatson, 2019).

Peran perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Ende dalam menangani penyakit Diabetes Melitus yaitu melakukan kolaborasi bersama tim gizi selama pasien di rawat di ruangan, melayani injeksi atau melayani obat tepat waktu sesuai dengan anjuran dari dokter, memberikan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan, serta melakukan KIE berkaitan dengan pola hidup, kepatuhan minum obat, taati diet yang diprogramkan serta rutin memeriksa kondisi kesehatan di fasilitas kesehatan setelah pasien pulang. Hambatan yang dialami selama penanganan yakni pola pikir pasien dan keluarga yang tidak

patuh menjalani pola hidup yang sehat, ketidakpatuhan minum obat, serta jarang memeriksa kondisi kesehatan membuat sebagian pasien menjalani perawatan berulang di Ruang RPD III, (profil RSUD Ende 2023).

Berdasarkan uraian latar belakang diatas dan sehubungan dengan prevalensi kejadian diabetes melitus masih tinggi serta masih adanya resiko seperti dampak kematian yang ditimbulkan akibat diabetes melitus, dan kurangnya tingkat pengetahuan pasien terhadap penyakit diabetes melitus maka penulis tertarik untuk melakukan studi khusus tentang”Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn Y.K dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah Ende”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah dalam proposal karya tulis ilmiah adalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada pasien Tn Y.K dengan diagnosa medis Diabetes Melitus di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Uumum Daerah Ende”

C. Tujuan

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

Untuk meningkatkan kemampuan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis diabetes melitus melalui pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan asuhan keperawatan penulis mampu:

- a. Melakukan pengkajian pada pasien Tn. Y.K dengan diagnosa medis diabetes melitus.
- b. Merumuskan diagnosa pada pasien Tn. Y.K dengan diagnosa medis diabetes melitus.
- c. Menyusun perencanaan pada pasien Tn. Y.K dengan diagnosa medis diabetes melitus.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien Tn. Y.K dengan diagnosa medis diabetes melitus.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Tn. Y.K dengan diagnosa medis diabetes melitus.
- f. Menganalisa kesenjangan yang terjadi antara teori dan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Tn. Y.K dengan diagnosa medis diabetes melitus di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Penulis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi serta memperdalam keterampilan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis diabetes melitus.

2. Bagi Pasien dan Keluarga

Menambah pengetahuan tentang perawatan dan pencegahan penyakit diabetes melitus.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis diabetes melitus.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Diabetes Melitus

1. Pengertian

Diabetes Melitus merupakan penyakit gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar Glukosa darah (Hiperglikemia) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya. (Fatymah Noor Restyana 2015)

2. Klasifikasi Diabetes Melitus

Secara umum DM dikelompokkan menjadi 4 kelompok, yaitu: Diabetes Melitus tipe 1, Diabetes Melitus tipe 2, Diabetes Gestasional, dan diabetes Spesifik Lain. (Hardianto Dudi 2020).

a. Diabetes Tipe 1

Diabetes tipe 1 ditandai dengan penghancuran sel beta pancreas. Diperkirakan bahwa gabungan faktor genetik, imunologi, dan kemungkinan lingkungan (misalnya virus berkontribusi pada penghancuran sel beta

b. Diabetes Tipe 2

Diabetes Mellitus Tipe 2 adalah penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan gula darah akibat penurunan sekresi insulin oleh sel beta. (Fatymah Noor Restyana 2015).

c. Diabetes Gestasional

Diabetes gestasional merupakan diabetes yang terjadi pada masa kehamilan. Biasanya terjadi pada trimester kedua dan ketiga saat kehamilan karena hormon yang disekresi plasenta menghambat kerja insulin.

d. Diabetes Spesifik Lain

Merupakan diabetes berhubungan dengan genetik, penyakit pada pankreas, gangguan hormonal, penyakit lain atau pengaruh penggunaan obat (seperti glukokortikoid, pengobatan HIV/Aids, antipsikotik atipikal).

3. Etiologi

Penyebab Diabetes Melitus menurut (Hardianto 2020).

a. Diabetes Mellitus Tipe 1

Penyebab Diabetes Mellitus Tipe 1 adalah gangguan genetik dan faktor lingkungan, seperti infeksi virus, racun, dan makanan dapat mempengaruhi perkembangan dan autoimun pada sel beta pankreas

b. Diabetes Mellitus Tipe 2

Diabetes Mellitus tipe 2 disebabkan oleh faktor risiko yang tidak dapat berubah misalnya jenis kelamin, umur, dan faktor genetik yang kedua adalah faktor risiko yang dapat diubah misalnya kebiasaan merokok tingkat pendidikan, pekerjaan, aktivitas fisik, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, Indeks Masa Tubuh, lingkar pinggang dan umur.

b. Diabetes Mellitus Gestasional

Diabetes gestasional merupakan diabetes yang terjadi pada masa kehamilan. Biasanya terjadi pada trimester kedua dan ketiga saat

kehamilan karena hormon yang disekresi plasenta menghambat kerja insulin.

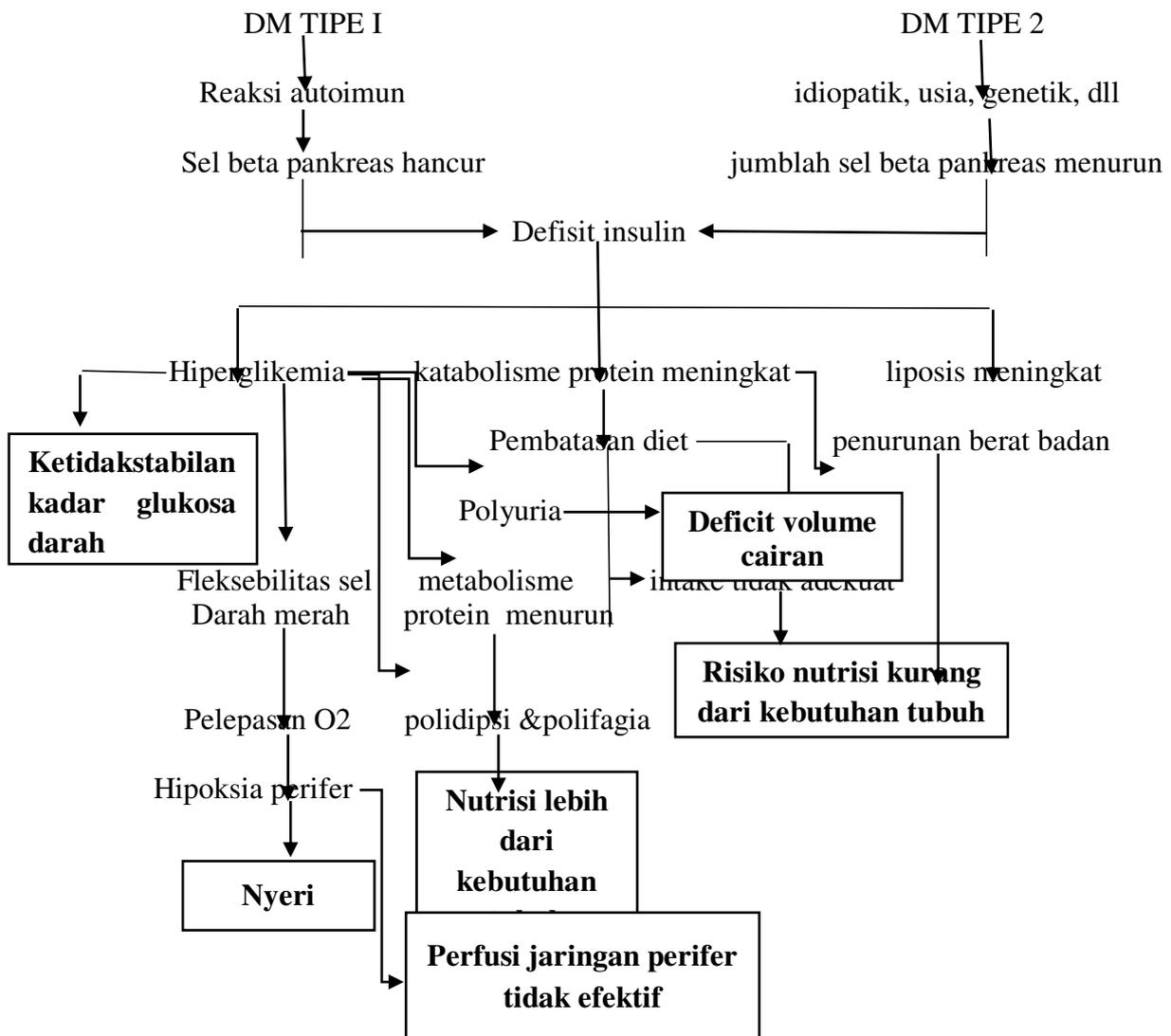
c. Diabetes Melitus Tipe Lain Diabetes Spesifik Lain

Merupakan diabetes berhubungan dengan genetik, penyakit pada pankreas, gangguan hormonal, penyakit lain atau pengaruh penggunaan obat (seperti glukokortikoid, pengobatan HIV/Aids, antipsikotik atipikal).

4. Patofisiologi

Pasien diabetes mengalami resistensi insulin dan defisiensi insulin relatif, dan kemungkinan keduanya berkontribusi terhadap diabetes tipe 2. Hiperglikemia dapat merusak fungsi sel beta pancreas dan memperburuk resistensi insulin, mengarah ke siklus hiperglikemia yang menyebabkan keadaan metabolik yang memburuk. Diabetes tipe 2 sering disertai kondisi lain, termasuk hipertensi, konsentrasi kolesterol low-density lipoprotein (LDL) serum tinggi, dan konsentrasi kolesterol *high – density lipoprotein* (HDL) serum rendah, seperti diabetes tipe 2, yang meningkatkan risiko kardiovaskuler. Konstelasi kondisi klinis ini disebut sebagai sindrom metabolic. Hiperinsulinemia yang terjadi sebagai respons terhadap resistensi insulin dapat menjadi penyebab kelainan ini. Peningkatan kadar asam lemak bebas dan factor oksidatif telah terlibat dalam pathogenesis sindrom metabolic, diabetes tipe 2, dan komplikasi kardiovaskuler.

5. Pathway Diabetes Melitus



Gambar 2.1 Pathway (Huda. 2015)

6. Manifestasi Klinis

1. Gejala Akut :

- a. Poliuria (sering kencing)
- b. Poliphagia (cepat lapar)
- c. Polidipsia (sering haus)
- d. Lemas
- e. Peningkatan berat badan.

2. Gejala Kronik:

- a. Kesemutan
- b. Kulit terasa panas atau seperti tertujuk tujuk jarum
- c. Mudah mengantuk
- d. Mata kabur
- e. Gatal sekitar di kemaluan terutama pada wanita
- f. Lemas, penurunan berat badan
- g. Berkeringat, dan gemetar, pucat

7. Pemeriksaan Diagnostik

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1). Kadar glukosa darah sewaktu: >200 mg/dL
- 2). Kadar glukosa darah puasa : >140 mg/dL
- 3). Kadar glukosa setelah 2 jam : >200mg/dL

b. Pemeriksaan Fungsi Tiroid

Peningkatan aktivitas hormon tiroid dapat meningkatkan glukosa darah dan kebutuhan akan insulin.

c. Pemeriksaan Urin

Didapatkan adanya glukosa dalam urine

8. Komplikasi

Beberapa komplikasi Diabetes Melitus adalah:

a. Komplikasi Akut Diabetes Melitus

Komplikasi akut DM disebabkan oleh dua hal, yakni peningkatan dan penurunan kadar gulah darah drastic. Kondisi ini memerlukan penanganan medis segera, kaarena jika terlambat ditangani akan menyebabkan hilangnya kesadaran, kejang, hingga kematian.

Terdapat 3 macam komplikasi DM akut yaitu:

1. Hipoglikemia

Hipoglikemia merupakan kondisi turunnya kadar gula darah yang drastis akibat terlalu banyak insulin dalam tubuh, terlalu banyak mengonsumsi obat penurun gulah darah, atau terlambat makan. Gejalanya meliputi pengelihatan kabur, detak jantung cepat, sakit kepala, gemetar, keringat dingin, dan pusing. Kadar gulah darah yang terlalu rendah bisa menyebabkan pingsan, kejang, bahkan koma.

2. Ketosiasosis Diabetic (KAD)

Ketosiasosis diabetic adalah kondisi kegawatan medis akibat peningkatan kadar gula darah yang terlalu tinggi. Ini adalah komplikasi Diabetes Melitus yang terjadi ketika tubuh tidak dapat menggunakan gula atau glukosa sebagai sumber bahan bakar, sehingga tubuh mengolah lemak dan

menghasilkan zat keton sebagai sumber energi. Kondisi ini dapat menimbulkan penumpukan zat asam yang berbahaya di dalam darah, sehingga menyebabkan dehidrasi, koma, sesak nafas, bahkan kematian, jika tidak segera mendapatkan penanganan medis.

3. *Hyperosmolar Hyperglycemic State (HHS)*

Kondisi ini juga merupakan salah satu kegawatan dengan tingkat kematian mencapai 20%. HHS terjadi akibat adanya lonjakan kadar gula darah yang sangat tinggi dalam waktu tertentu. Gejala HHS ditandai dengan haus yang berat, kejang, lemas, dan gangguan kesadaran hingga koma. Selain itu diabetes yang tidak terkontrol juga dapat menimbulkan komplikasi serius lain, yaitu sindrom *hiperglikemi hyperosmolar nonketotik*

b. Komplikasi Kronik Diabetes Melitus

Komplikasi jangka panjang biasanya berkembang secara bertahap dan terjadi ketika Diabetes tidak dikendalikan dengan baik. Tingginya kadar gula darah yang tidak terkontrol dari waktu ke waktu akan menimbulkan kerusakan serius pada seluruh organ tubuh. Beberapa komplikasi kronik pada penyakit Diabetes melitus yaitu:

1. Kerusakan Mata.

Diabetes dapat merusak pembuluh darah retina (*diabetic retinopathy*), berpotensi menyebabkan kebutaan. Diabetes juga meningkatkan risiko kondisi penglihatan serius lainnya, seperti katarak dan glaucoma.

2. Kerusakan Ginjal (Nefropati).

Ginjal mengandung jutaan kluster pembuluh darah kecil yang menyaring limbah dari darah. Kerusakan parah dapat menyebabkan gagal ginjal atau penyakit ginjal tahap akhir yang ireversibel, yang akhirnya memerlukan dialysis atau transplantasi ginjal.

3. Kerusakan Saraf (Neuropati).

Kelebihan gula dapat melukai dinding pembuluh darah kecil (kapiler) terutama dikaki. Ini dapat menyebabkan kesemutan, mati rasa, rasa terbakar, atau rasa sakit yang biasanya dimulai dari ujung jari kaki dan secara bertahap menyebar ke tubuh bagian atas. Gula darah yang tidak terkontrol pada akhirnya dapat menyebabkan mati rasa di bagian tubuh yang terkena. Kerusakan pada saraf yang mengontrol persyarafan dapat menyebabkan masalah dengan mual, muntah, diare, atau sembelit.

4. Kerusakan Kaki.

Kerusakan saraf di kaki atau aliran darah yang buruk ke kaki meningkatkan risiko berbagai komplikasi kaki. Jika tidak diobati, luka dan lecet bias menjadi infeksi serius. Kerusakan parah mungkin menyebabkan dilakukannya amputasi kaki

5. Gangguan Kulit.

Diabetes dapat membuat seseorang lebih rentan terhadap masalah kulit, termasuk infeksi bakteri dan jamur

6. Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah.

Diabetes meningkatkan risiko berbagai masalah kardiovaskuler, termasuk arteri koroner dengan nyeri dada (angina), serangan jantung, stroke, penyempitan arteri (arterosklerosis), dan tekanan darah tinggi.

9. Penatalaksanaan

Penanganan yang tepat terhadap penyakit Diabetes Mellitus sangat diperlukan. Penanganan Diabetes Mellitus dapat dikelompokkan dalam lima pilar yaitu: Edukasi, perencanaan makan, latihan jasmani, intervensi farmakologis dan pemeriksaan gula darah. Penatalaksanaan 5 pilar Diabetes Mellitus dapat terlaksana dengan baik jika penderita memiliki sikap yang baik. Sikap akan mempengaruhi seseorang dalam melakukan sesuatu. Ketika penderita mempunyai sikap yang positif maka akan memudahkan penderita dalam melakukan suatu tindakan dan sebaliknya jika penderita mempunyai sikap yang negatif maka akan mempersulit penderita dalam melakukan suatu tindakan. Ketika sikap penderita Diabetes Mellitus bersedia melaksanakan lima pilar Diabetes Mellitus dengan penyerapan edukasi yang baik, pengaturan makan yang sesuai, olahraga teratur, kepatuhan dalam pengobatan dan rajin melakukan pemeriksaan gula darah ke fasilitas kesehatan terdekat maka akan berdampak menstabilkan glukosa darah dan meningkatkan kualitas hidup penderita Diabetes Mellitus (dion yohanes dkk 2021).

B. Konsep Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus

Pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan terdiri dari 5 tahapan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi,

implementasi dan evaluasi. Kelima proses ini harus dijalankan secara berkesinambungan antara satu tahapan dengan tahapan lainnya.

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

Pengumpulan data antara lain meliputi:

1) Biodata

- a) Identitas Pasien (nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, agama, suku, alamat, status, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnosa medis)
- b) Identitas penanggung jawab (nama, umur, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien).

2) Keluhan Utama

Banyak makan, banyak minum, banyak kencing, badan terasa lemas, penglihatan kabur, sakit kepala, dan kesemutan.

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya pasien masuk ke RS dengan keluhan gatal pada kulit dan disertai bisul yang tidak sembuh-sembuh, kesemutan, peningkatan berat badan, meningkatnya nafsu makan, banyak minum, banyak kencing, menurunnya ketajaman penglihatan, kelemahan tubuh, pusing dan sakit kepala.

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat penyakit terdahulu yang pernah diderita oleh pasien tersebut, seperti pernah menjalani operasi berapa kali, dan dirawat di RS berapa kali.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Anggota keluarga dari pasien yang menderita penyakit Diabetes Melitus karena, DM ini termasuk penyakit yang menurun.

d) Pola Fungsional Gordon

a. Pola Pola Pemeliharaan Kesehatan.

Tanyakan kepada klien pendapatannya mengenai kesehatan dan penyakit. Apakah pasien langsung mencari pengobatan atau menunggu sampai penyakit tersebut mengganggu aktivitas pasien

b. Pola Aktivitas.

Kaji keluhan saat beraktivitas. Biasanya terjadi perubahan aktivitas sehubungan dengan gangguan fungsi tubuh. Kemudian pada klien ditemukan adanya masalah dalam bergerak, kram otot, tonus otot menurun, kelemahan, dan keletihan

c. Pola Nutrisi dan Metabolik.

Tanyakan bagaimana pola dan porsi makan sehari-hari klien (pagi, siang, dan malam). Kemudian tanyakan bagaimana nafsu makan klien, apakah ada mual muntah, pantangan atau alergi.

Biasanya pada pasien DM klien mengeluh banyak makan atau polifaghia dan banyak minum atau polidipsi

d. Pola Eliminasi.

Tanyakan bagaimana pola BAK, warna dan karakteristiknya. Berapa kali miksi dalam sehari, karakteristik urine dan defekasi., adakah penggunaan alat bantu untuk miksi dan defekasi. Pada pasien DM biasanya mengeluh banyak kencing atau polyuria.

e. Pola Istirahat dan Tidur.

Tanyakan lama, kebiasaan, dan kualitas tidur pasien, dan bagaimana perasaan klien setelah bangun tidur, apakah merasa segar atau tidak.

f. Pola Kognitif Persepsi.

Kaji status mental klien , kemampuan berkomunikasi, dan kemampuan klien dalam memahami sesuatu, tingkat ansietas klien berdasarkan ekspresi wajah, nada bicara klien, dan identifikasi penyebab kecemasan klien

g. Pola Sensori Visual.

Kaji penglihatan dan pendengaran pasien (biasanya pada pasien DM mengeluh penglihatannya kabur)

h. Pola Toleransi dan Koping Terhadap Stress.

Tanyakan dan kaji perhatian utama selama di rawat di RS (financial atau perawatan diri). Kemudian kaji keadaan emosi

klien sehari – hari dan bagaimana klien mengatasi kecemasannya (mekanisme coping klien). Tanyakan apakah ada penggunaan obat untuk penghilang stress atau klien sering berbagi masalahnya dengan orang – orang terdekat, apakah pasien merasakan kecemasan yang berlebihan dan tanyakan apakah pasien merasakan kecemasan yang berlebihan dan tanyakan apakah sedang mengalaih stress yang berkepanjangan.

i. Persepsi Diri/ Konsep Diri.

Tanyakan pada klien bagaimana klien menggambarkan dirinya sendiri, apakah kejadian yang menimpa klien mengubah gambaran dirinya. Kemudian tanyakan apa yang bagi klien, apakah merasa cemas, depresi atau takut, apakah ada hal yang menjadi pikirannya.

j. Pola Seksual dan Reproduksi.

Tanyakan masalah seksual klien yang berhubungan dengan penyakitnya, kapan klien mulai menopause, apakah klien mengalami kesulitan / perubahan dalam pemenuhan kebutuhan seksual.

k. Pola Nilai dan Keyakin.

tanyakan agama klien dan apakah ada pantangan – pantangan dalam beragama serta seberapa taat klien menjalankan ajaran agamanya.

e) Pemeriksaan Fisik

Menurut Erlyn Grace 2020, pemeriksaan fisik pada pasien Diabetes Melitus adalah:

- a) Pemeriksaan vital sign yang terdiri dari tekanan darah, nadi, pernapasan, dan suhu. Tekanan darah dan pernapasan pada pasien DM bisa tinggi atau normal, nadi dalam batas normal, sedangkan suhu akan mengalami perubahan jika terjadi infeksi.
- b) Pemeriksaan kulit. Kulit akan tampak pucat karena Hb kurang dari normal dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan tidak elastis. Kalau sudah terjadi komplikasi kulit terasa gatal.
- c) Pemeriksaan kepala dan leher., keadaan rambut tergantung pasien merawat rambutnya atau tidak ,pada leher biasanya tidak terjadi pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.
- d) Pemeriksaan dada (thorak) pada pasien dengan penurunan kesadaran pernapasannya cepat dan dalam.
- e) Pemeriksaan jantung (kardiovaskuler) pada keadaan lanjut bisa terjadi adanya kegagalan sirkulasi.
- f) Pemeriksaan abdomen dalam batas normal.
- g) Pemeriksaan Genetalia, biasanya pada pasien Diabetes Melitus banyak BAK

- h) Pemeriksaan musculoskeletal. Sering merasa lelah dalam melakukan aktifitas, sering merasa kesemutan.
- i) Pemeriksaan ekstermitas. Kadang terdapat luka pada ekstermitas bawah bisa terasa nyeri, bisa terasa baal, dan edema, penurunan kekuatan otot, kesemutan.
- j) Pemeriksaan neurologi GCS: 15, kesadaran composmentis, cooperative (CMC)

b. Tabulasi Data

Banyak makan, banyak minum, banyak kencing, lemas, penglihatan kabur, sakit kepala, mengantuk, pusing, lelah kesemutan, rasa berat pada tungkai, nafsu makan menurun, mual muntah, penurunan berat badan, kulit pucat, gemetar, turgor kulit menurun berkering, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, berat badan lebih kadar glukosa dalam darah tinggi.

c. Klasifikasi Data

DS: Banyak makan, banyak minum, banyak kencing, lemas, penglihatan kabur, sakit kepala, mengantuk, pusing, lelah kesemutan, rasa berat pada tungkai, nafsu makan menurun, mual muntah.

DO: penurunan berat badan, kulit pucat, lemas, gemetar, turgor kulit menurun berkering, peningkatan berat badan kadar glukosa dalam darah tinggi

d. Analisa Data

No	Sign / Symptom	Etiologi	Problem
1.	DS: - DO: warna kulit pucat,turgor kulit menurun kadar glukosa dalam darah tinggi.	hiperglikemia	Perfusi jaringan perifer tidak efektif
2.	DS: poliuria, polidipsi DO: kulit tampak pucat, dan lemah.	Gangguan mekanisme regulasi	Defisit volume cairan
3.	DS: nafsu makan menurun, mual muntah. DO:penurunan berat badan	Peningkatan kebutuhan metabolisme	Risiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
4.	DS: mengeluh nyeri DO:tampak meringis, gelisah.	Gangguan biokimiawi	Nyeri
5.	DS:banyak makan, mengantuk, pusing. DO:gemetar,berkeringat, kadar glukosa dalam darah tinggi	Resistensi insulin	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
6	Ds: polifagia Ds: berat badan lebih	Kelebihan konsumsi gula	Nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh

Tabel 2.1 Analisa Data

2. Diagnosa Keperawatan yang biasa muncul pada pasien Diabetes Melitus

- a. Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia

Ds: -

DO: warna kulit pucat,turgor kulit menurun kadar glukosa dalam darah tinggi.

- b. Defisit volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

DS: poliuria, polidipsi

DO: kulit tampak pucat, dan lemah.

- c. Risiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan

kebutuhan metabolisme

DS: nafsu makan menurun, mual muntah.

DO: penurunan berat badan

d. Nyeri berhubungan dengan gangguan biokimiawi

DS: mengeluh nyeri

DO: tampak meringis, gelisah.

e. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

DS: banyak makan, mengantuk, pusing

DO: gemetar, berkeringat, kadar glukosa dalam darah tinggi.

f. Nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelebihan konsumsi

gula

DS: polifagia

DO: berat badan lebih

3. Perencanaan Keperawatan

a. Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi perfusi jaringan perifer.

Kriteria hasil:

- 1) Warna kulit tidak pucat
- 2) Turgor kulit membaik
- 3) Kadar glukosa dalam darah normal

Intervensi:

observasi:

- 1) Periksa sirkulasi perifer (warna kulit)

2) Identifikasi factor risiko gangguan sirkulasi (mis, Diabetes)

3) Identifikasi pola makan saat ini dan masa lalu

Terapeuetik

1) Persiapan materi, media dan alat peraga

Edukasi

1) Jelaskan kepatuhan diet terhadap kesehatan

2) Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang

3) Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan

4) Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi

5) Ajarkan cara merencanakan makanan sesuai dengan program

Kolaborasi

1) Rujuk ke ahli gizi dan sertakan keluarga

b. Defisit volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan deficit volume cairan teratasi.

Kriteria hasil:

1) Keluaran urine menurun

Intervensi

Observasi

1) Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit

2) Monitor kehilangan cairan

3) Monitor tanda dan gejala hipokalemia (mis. Lemah)

4) Monitor tanda dan gejala hiperkalemia (mis. Mual – muntah)

Terapeutik

- 1) Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantuan
- 2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

- c. Risiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan risiko nutrisi kurang tidak terjadi,

Kriteria hasil

- 1) Nafsu makan membaik
- 2) Tidak mual muntah
- 3) Berat badan dalam batas normal

Intervensi

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi
- 2) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
- 3) Monitor asupan makanan
- 4) Monitor berat badan

Terapeutik

- 1) Fasilitasi menentukan pedoman diet
- 2) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- 3) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

- 4) Berikan suplemen makanan, jika perlu

Edukasi

- 1) Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

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

d. Nyeri berhubungan dengan gangguan biokimiawi

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang

Kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri menurun

Intervensi

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 7) Identifikasi pemgaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementeryang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik.

- 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

- 2) kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgesic secara tepat
- 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.

e. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gula darah dalam batas normal

Kriteria hasil:

- 1) Keluhan lapar menurun
- 2) Pusing menurun
- 3) Keluhan lapar menurun
- 4) Gemetar menurun
- 5) Berkeringat menurun
- 6) Kadar glukosa dalam darah normal

Intervensi

Observasi

- 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia

- 2) Identifikasi situasi yang menyebabkan, kebutuhan insulin meningkat
- 3) Monitor kadar glukosa darah
- 4) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia(mis. polyuria, polidipsi, polifagia, kelemahan, pandangan kabur, sakit kepala
- 5) Monitor intake dan output cairan
- 6) Monitor keton urine, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah

Terapeutik

- 1) Berikan asupan cairan oral
- 2) Konsultasi dengan medis, jika tanda dan gejala hiperlikemia tetap ada atau memburuk
- 3) Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik

Edukasi

- 1) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl
- 2) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
- 3) Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga
- 4) Ajarkan pengelolaan Diabetes(mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat,)

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu
- 2) kolaborasi pemberian cairan intravena, jika perlu
- 3) kolaborasi pemberian kallium, jika perlu

f. Nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelebihan konsumsi gula

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh teratasi

Kriteria hasil:

1) Berat badan menurun

Intervensi

Observasi

- 1) Identifikasi pola makan saat ini dan masa lalu
- 2) Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan

Terapeutik

- 1) Persiapan materi, media dan alat peraga
- 2) Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan
- 3) Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya
- 4) Sediakan rencana makanan tertulis

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan
- 2) Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang
- 3) Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan
- 4) Informasikan perlunya modifikasi diet
- 5) Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi
- 6) Ajarkan merencanakan makanan yang sesuai program
- 7) Rekomendasikan resep makanan sesuai dengan diet

Kolaborasi

- 1) Rujuk ke ahli gizi dan sertakan keluarga

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat akan memberikan perawatan kepada pasien dan sebaiknya tidak bekerja sendiri tetapi juga melibatkan tenaga medis yang lain untuk memenuhi kebutuhan pasien. (Ida, 2019).

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap penelitian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan / kriteria hasil yang telah ditetapkan, dilakukan dengan berkesinambungan dengan melibatkan tenaga medis yang lain agar mencapai tujuan / kriteria hasil yang telah ditetapkan. (ida, 2019).

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis dan Desain Studi Kasus

Studi kasus ini menggunakan jenis penelitian deskriptif yang bertujuan untuk menggambarkan objek yang diteliti. Dalam hal ini objek yang diteliti yakni pasien Tn Y.K dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus di ruangan RPD III RSUD Ende. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada pasien Diabetes Mellitus di RPD III RSUD Ende.

B. Subyek Studi Kasus

Subjek yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini berjumlah satu orang yakni Tn. Y. K. Dengan diagnosa medis diabetes mellitus di Ruang Penyakit Dalam III (RPD III).

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Batasan istilah dalam studi penelitian meliputi :

1. Diabetes Melitus merupakan penyakit gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar Glukosa darah (Hiperglikemia) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya.
2. Asuhan keperawatan adalah bentuk tindakan atau kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan standar operasional prosedur yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan,

perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan serta evaluasi keperawatan.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus dilaksanakan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende selama 3 hari dari tanggal 09 - 11 Oktober 2023.

E. Metode/Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan proposal. Setelah disetujui oleh pembimbing selanjutnya penulis mengurus izin yang dimulai dengan meminta izin kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan izin dari Direktur kemudian meminta izin kepada Kepala Ruang Penyakit Dalam III. Setelah mendapatkan izin dan diperbolehkan untuk memilih pasien sesuai dengan kasus, penulis memilih responden lalu menjelaskan tujuan. Setelah disetujui oleh responden, penulis meminta tanda tangan *informed consent* dan dilanjutkan dengan pengumpulan data dan melaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara dilakukan pada tanggal 09 – 11 Oktober pada Tn. Y. K dan keluarganya berkaitan dengan biodata, keluhan utama, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, pola-pola kesehatan dan perkembangan pasien selama penulis melakukan asuhan keperawatan.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi pada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh penulis. Observasi ini dilakukan dengan cara melihat keadaan umum pasien. Pemeriksaan fisik pada pasien dilakukan dengan prinsip *head to toe* dan hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi, dengan menggunakan instrument seperti stetoskop, tensi meter, thermometer.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan melihat hasil pemeriksaan pasien seperti hasil pemeriksaan laboratorium, dan catatan medis pasien.

G. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi sesuai ketentuan yang berlaku di Prodi D-III Keperawatan Ende.

H. Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan aktual. Pada studi kasus ini data diperoleh dari :

1. Data Primer

Sumber data yang diperoleh langsung dari Tn.Y.K baik melalui wawancara, observasi maupun pemeriksaan fisik.

2. Data Sekunder

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

I. Analisa Data

Teknik analisa data dilakukan sejak memulai studi kasus, dengan pengumpulan data sampai semua data terkumpul kemudian data dianalisa dengan cara mengemukakan fakta selanjutnya dengan membandingkan dengan teori yang ada dan dituangkan dalam opini pembahasan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari studi kasus yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Ende tepatnya di Ruangan 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 (IPSRs), unit kamar jenazah, dapur, sentral oxygen dan sistem informasi manajemen rumah sakit.

2. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 9 Oktober 2023, jam 08.00 di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

a. Pengumpulan Data

Pasien berinisial Tn. Y.K yang berumur 53 tahun dirawat di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Pasien berjenis kelamin Laki-laki, beragama Protestan, beralamat di Jl.Adi Sucipto, status pasien sudah menikah, pendidikan terakhir SMA dan pekerjaan wiraswasta. Penanggung jawab pasien yaitu Tn. H berumur 25 tahun, sebagai anak kandung dari pasien, tinggal di Jl.Adi Sucipto, pekerjaan sebagai seorang mahasiswa.

1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan badan lemah, mual, muntah, sesak napas disertai batuk berlendir.

2) Riwayat Keluhan Utama

Pasien mengatakan badan lemah, mual, muntah berisi cairan dan makanan dengan frekuensi 5-6 kali sehari, batuk berlendir warna putih disertai sesak napas sejak 3 hari yang lalu. Keluarga memutuskan untuk mengantar pasien ke rumah sakit pada tanggal 8 Oktober 2023 pukul 02.00, sesampainya di rumah sakit pasien langsung dilakukan tindakan dan dilakukan pemeriksaan gula darah sewaktu menggunakan stik hasilnya *high* (HI) atau tidak terbaca dan pasien didiagnosa *diabetes mellitus* 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, sanfulix 3x1/oral, ambroxol 3x30 mg/oral, chlorpheniramine maleat (CTM) 2x4 mg/oral, nebuliser combivent 1 respule/inhalasi. Setelah mendapatkan terapi di IGD, pasien akhirnya dipindahkan ke ruang perawatan penyakit dalam III untuk melakukan perawatan lebih lanjut.

2) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan riwayat penyakit diabetes mellitus sejak 7 tahun yang lalu dan pernah dirawat di RPB dan dilakukan tindakan amputasi jari kaki (Digiti III) 1 bulan yang lalu. Pasien juga rutin menggunakan obat insulin injeksi novorapid 3x4 iu/sc dan levemir 1x6 iu/sc(pukul 22.00) dan pernah mengkonsumsi obat metformin 2x500 mg/oral

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit *diabetes mellitus* ataupun penyakit lainnya, hanya batuk pilek biasa.

4) Pemeriksaan Pola Kesehatan

a) Pola Persepsi Kesehatan - Pola Pemeliharaan Kesehatan.

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sudah mengetahui penyakit yang dideritanya yaitu diabetes mellitus, penyakit ini termasuk penyakit yang berat jika tidak diimbangi dengan pola

makan/diet yang tepat dan rutin berolahraga akan berdampak pada komplikasi yang berat .

Keadaan saat ini: pasien mengatakan saat ini menderita penyakit diabetes mellitus dengan komplikasi penyakit yang lain (infeksi paru) dan penyakit ini murni karena gaya hidup yang tidak tepat seperti suka makan yang manis serta tidak rutin berolahraga dan selama masa perawatan pasien rutin menggunakan obat insulin novorapid dan levemir.

b) Pola Nutrisi-Metabolik

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan makan 3 kali sehari, pagi, siang dan malam, menunya nasi putih kadang diganti dengan nasi merah juga nasi jagung, ubi-ubian, sayur, ikan, tempe, tahu. Pasien minum 5-6 gelas/hari (1000-1200 cc), minumannya air putih, berat badan 50 Kg.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan masih mual, muntah berisi cairan dan makanan dengan frekuensi 5-6 kali sehari, cepat lapar, makan 3 kali sehari, 1 porsi makan hanya dihabiskan 5-6 sendok dan diet diabetes mellitus yang dianjurkan nasi putih kadang diganti dengan nasi merah atau nasi jagung yang dibawa dari rumah, lauk (ikan, tahu, tempe, daging merah, telur) sayur (bayam, selada, kangkung), buah (pisang) dengan jumlah kalori perhari adalah 1500 kkal/hari.

Pasien minum air putih 5-6 gelas sehari (1000-1200 cc), BB: 50 Kg. TB:150 cm

c) 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, BAK 5-6 kali sehari warna kuning, produksi urine \pm 800 cc, berbau khas urine (amoniak).

d) Pola Aktivitas dan Latihan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan pasien bekerja sebagai seorang wiraswasta. Semua aktivitas dilakukan secara mandiri tanpa ada keluhan cepat lelah ataupun 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 dan minum dan aktivitasnya sebagian dibantu keluarga.

e) 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.

f) 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.

g) Pola Persepsi dan Konsep Diri.

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan menyukai semua bagian anggota tubuhnya walaupun ada bagian jari kaki yang sudah diamputasi. Pasien adalah kepala keluarga dan bertanggung jawab menafkahi istri dan anaknya. Pasien juga mengatakan keluarga menerima kondisinya dan selalu mendukungnya dan pasien tidak merasa rendah diri karena sakitnya .

Keadaan saat ini: Pasien mengatakan saat ini sebagai seorang pasien yang menjalani masa perawatan dan rutin mengkonsumsi

obat, mengikuti setiap anjuran dokter serta berharap cepat pulih dari sakitnya sehingga bisa menjalankan kembali perannya sebagai kepala kepala keluarga.

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 santun, ramah terhadap pasien, keluarga, pengunjung dan petugas rumah sakit 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.

k) Pola Nilai Kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: mengatakan pasien beragama Kristen Protestan dan rajin ke gereja.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan selama perawatan hanya bisa berdoa untuk proses penyembuhannya.

3) Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : tingkat kesadaran apatis nilai GCS 12 E:3 (membuka mata dengan perintah atau suara), V:4 (bingung/disorientasi waktu dan tempat) dan M:5 (melokalisir nyeri). Tanda-tanda vital : TD : 120/80 mmHg, Nadi : 78x/m, suhu : 37 °C, RR : 26 x/m SpO2 : 96%. BB:50 Kg Pada kepala tidak terdapat benjolan, rambut tampak bersih dan beruban. Bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikteris. Telinga tampak bersih, tidak terdapat cairan yang keluar. Hidung simetris, terpasang oksigen nasal kanule 3 lpm. Mukosa bibir tampak lembab, pasien berbicara jelas. Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid. Pada pemeriksaan dada inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dada, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi : wheezing +/- . Pada pemeriksaan jantung: Bunyi Jantung I & II reguler. Pada pemeriksaan abdomen : inspeksi bentuk simetris, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, perkusi: bunyi timpani auskultasi: peristaltik usus 12x/m, pemeriksaan genetalia : tidak dilakukan 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% 20 tetes per menit pada tangan kanan. Ekstremitas bawah : tidak terdapat oedema, jari kaki kiri yang ketiga (digiti III) sudah diamputasi.

4. Pemeriksaan Penunjang

a. Darah Lengkap (Tanggal 08 Oktober 2023)

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	18,24	[10 ³ /UI]	(3.80-10.60)
LYMPH#	1.02	[10 ³ /UI]	(1.00-3.70)
MONO#	1.47	[10 ³ /UI]	(0.00-0.70)
EO#	0.00	[10 ³ /UI]	(0.00-0.40)
BASO#	0.02	[10 ³ /UI]	(0.00-0.10)
NEUT#	15.73	[10 ³ /UI]	(1.50-7.00)
LYMPH%	5,6 %	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	8.1	[%]	(2.0-8.0)
EO%	0.0	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.1	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	86.2	[%]	(50.0-70.0)
IG#	0.06	[10 ³ /UI]	(0.00-7.00)
IG%	0.3	[%]	(0.0-72.0)
RBC	4.41	[10 ⁶ /UI]	(4.40-5.90)
HGB	9.8	[g/dL]	(13.2-17.3)
HCT	29.0	[%]	(40.0-52.0)
MCH	22.2	[fL]	(80.0-100.0)
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)

Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap

b. Gula Darah Sewaktu (GDS)

Jenis Pemeriksaan	Tanggal	Nilai	Nilai Rujukan
GDS pakai stik	08/10/2023 (02.00)	High (HI)	70-140 mg/dL
GDS (Darah Vena)	08/10/2023 (09.15)	901 mg/dL	70-140 mg/dL

Tabel 4.2 Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu

c. Pemeriksaan Urine Lengkap

Pada tanggal 08 Oktober 2023 ditemukan glukosa + 4 (positif)

d. Pemeriksaan *X-Ray*

Rontgen Thorax PA :Kesan gambaran pneumonia.

5) Terapi

Terapi yang diperoleh pasien adalah injeksi novorapid 3x12 iu/sc, levemir 1x16 iu/sc, ondansentron 3x4 mg/iv, omeprazole 2x40 mg/iv/ paracetamol 3x1 gr/iv, ceftriaxone 2x1 gr/iv, sanfuliq 3x1/oral, ambroxol 3x30 mg/oral, chlorpheniramine maleat (CTM) 2x4 mg/oral , nebuliser combivent 1 respule/inhalasi, provelyn 1x75 mg/oral

b. Tabulasi Data

Pasien mengatakan badan lemah mual, muntah berisi cairan dan makanan dengan frekuensi 5-6 kali sehari, cepat lapar, riwayat DM 7 tahun yang lalu, batuk berlendir warna putih disertai sesak napas sejak 3 hari yang lalu, cepat lelah saat melakukan aktifitas seperti ke kamar mandi dan aktifitasnya sebagian dibantu keluarga. Porsi makan hanya dihabiskan 5-6 senduk, GDS pakai stik: high (HI), GDS (Darah Vena : 901 mg/dL, glukosa dalam urine + 4 (positif), tingkat kesadaran apatis, GCS 12 (E:3.V:4, M:6), terpasang oksigen nasal kanule 3 lpm, WBC $18,24 \times 10^3 \mu\text{l}$, wheezing $^{+}/_{+}$, Rontgen Thorax PA :Kesan gambaran pneumonia. TD: 120/80 mmHg, Nadi : 78x/m, suhu : 37 $^{\circ}\text{C}$, RR : 26 x/m SpO₂ : 96%.

c. Klasifikasi Data

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

Data subyektif: Pasien mengatakan badan lemah, mual, muntah berisi cairan dan makanan dengan frekuensi 5-6 kali sehari, cepat lapar, riwayat DM 7 tahun yang lalu juga batuk berlendir warna putih disertai sesak napas sejak 3 hari yang lalu, cepat lelah saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi, aktifitasnya sebagian dibantu keluarga

Data objektif: nafsu makan berkurang (1 porsi makan dihabiskan 5-6 sendok), aktifitasnya sebagian dibantu keluarga, GDS pakai stik: high (HI), GDS (Darah Vena : 901 mg/dL, glukosa dalam urine + 4 (positif), tingkat kesadaran apatis, GCS 12 (E:3.V:4, M:6), WBC: $18,24 \times 10^3 \mu\text{l}$, wheezing +/+, terpasang oksigen nasal kanule 3 lpm, Rontgen Thorax PA :Kesan gambaran pneumonia. TD : 120/80 mmHg, Nadi : 78x/m, suhu : 37°C , RR : 26 x/m, SpO₂ : 96%.

d. Analisa Data

Setelah semua data diklasifikasikan, maka data dapat dianalisa sebagai berikut :

1) DS: Pasien mengatakan badan masih lemah, cepat lapar, riwayat DM 7 tahun yang lalu.

DO: GDS pakai stik: high (HI), GDS (Darah Vena : 901 mg/dL, glukosa dalam urine + 4 (positif), tingkat kesadaran apatis, GCS 12 (E:3.V:4, M:6).

Etiologi: hiperglikemia

Problem: ketidakstabilan kadar glukosa darah

2) DS: pasien mengatakan batuk berlendir warna putih disertai sesak napas

DO: wheezing +/+, terpasang oksigen nasal kanule 3 lpm, Rontgen Thorax PA :Kesan gambaran pneumonia, WBC: $18,24 \times 10^3 \mu\text{l}$, TD : 120/80 mmHg, Nadi : 78x/m, suhu : 37°C , RR : 26 x/m, SpO₂ : 96%.

Etiologi: sekret tertahan

Problem: inefektif bersihan jalan napas

3). DS: pasien mengatakan badan lemah, cepat lelah saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi.

DO: pasien tampak lemah dan lelah saat melakukan aktivitas, aktivitas ke kamar mandi dibantu keluarga.

Etiologi: kelemahan

Problem: intoleransi aktifitas

3. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, maka data –data hasil pengkajian dibuat dalam bentuk diagnosa keperawatan, yakni suatu penilaian terhadap respon individu yang membutuhkan tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah yang ada.

Rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. Y.K adalah sebagai berikut :

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, yang ditandai dengan :

DS : Pasien mengatakan badan masih lemah, cepat lapar, riwayat DM 7 tahun yang lalu.

DO: GDS pakai stik: high (HI), GDS (Darah Vena : 901 mg/dL, glukosa dalam urine + 4 (positif), tingkat kesadaran apatis, GCS 12 (E:3.V:4, M:6).

- b. Inefektif bersihan jalan napas berhubungan dengan sekret tertahan, yang ditandai dengan :

DS: pasien mengatakan batuk berlendir warna putih disertai sesak napas

DO: wheezing +/+, terpasang oksigen nasal kanule 3 lpm, Rontgen Thorax

PA :Kesan gambaran pneumonia, WBC: $18,24 \times 10^3 \mu\text{l}$, TD : 120/80 mmHg, Nadi : 78x/m, suhu : 37°C , RR : 26 x/m, SpO₂ : 96%.

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, yang ditandai dengan :

DS: pasien mengatakan badan lemah, cepat lelah saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi.

DO: pasien tampak lemah dan lelah saat melakukan aktivitas, aktivitas ke kamar mandi dibantu keluarga.

4. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan dibuat berdasarkan masalah yang ditemukan dan disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani.

Adapun urutan prioritas masalah tersebut yaitu prioritas utama yang mengancam kehidupan, prioritas kedua mengancam kesehatan, sedangkan prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan.

Prioritas Masalah:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah
- b. Inefektif bersihan jalan napas
- c. Intoleransi aktivitas

Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan.

Rencana Keperawatan

- 1) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia.

DS : Pasien mengatakan badan masih lemah, cepat lapar, riwayat DM 7 tahun yang lalu.

DO:GDS pakai stik: high (HI), GDS (Darah Vena : 901 mg/dL, glukosa dalam urine + 4 (positif), tingkat kesadaran apatis, GCS 12 (E:3.V:4, M:6).

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi

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

a) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia

Rasional: Mengetahui kemungkinan penyebab hiperglikemia

b) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu

Rasional: Memantau perkembangan kadar glukosa darah

c) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala).

Rasional: Menentukan tindakan yang tepat dalam penanganan hiperglikemia.

Terapeutik

d) Berikan asupan cairan per oral.

Rasional: Memenuhi kebutuhan cairan yang hilang

Edukasi

e) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga

Rasional: Diet dan olahraga dapat meningkatkan laju metabolisme

sehingga kadar glukosa dapat digunakan sebagai sumber energi

- f) Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan).

Rasional: Mencegah terjadinya hiperglikemia dan hipoglikemia.

Penatalaksanaan

- g) Pemberian insulin dan pemberian cairan Intravenous (IV), jika perlu.

Rasional: Mengontrol kadar gula darah

- 2) Inefektif bersihan jalan napas berhubungan dengan secret tertahan, yang ditandai dengan :

DS: pasien mengatakan batuk berlendir warna putih disertai sesak napas

DO: wheezing +/+, terpasang oksigen nasal kanule 3 lpm, Rontgen Thorax PA :Kesan gambaran pneumonia, WBC: $18,24 \times 10^3$ Ul. TD : 120/80 mmHg, Nadi : 78x/m, suhu : 37°C , RR : 26 x/m, SpO₂ : 96%.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah inefektif bersihan jalan napas teratasi

Kriteria hasil: Batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, wheezing menurun, dyspnea menurun, RR: 24x/m, ortopnea menurun, sulit bicara menurun, sianosis menurun, gelisah menurun.

Intervensi:

Latihan batuk Efektif

Observasi

- a) Identifikasi kemampuan batuk

Rasional: Mengetahui ada tidaknya sputum.

- b) Monitor adanya retensi sputum

Rasional: Mengetahui produksi sputum yang berlebihan dapat mengobstruksi jalan napas.

- c) Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas.

Rasional: Dapat menentukan terapi yang tepat dalam penanganannya.

- d) Monitor input dan output cairan (mis. Jumlah dan karakteristik)

Rasional: Menjaga keseimbangan cairan.

Terapeutik

- e) Atur posisi semi fowler atau fowler

Rasional: Posisi semifoler dapat membantu ekspansi paru lebih maksimal dengan posisi diafragma tidak menekan otot bantu pernapasan.

Edukasi

- f) Buang sekret pada tempat sputum

Rasional: Mencegah terjadinya penularan infeksi

- g) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif

Rasional: Memahami jenis tindakan yang akan dilakukan.

h) Ajarkan batuk efektif.

Rasional: batuk efektif dalam meningkatkan pengeluaran sputum

Penatalaksanaan

i) Pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu.

Rasional: Dapat mengencerkan lendir sehingga lebih mudah untuk dikeluarkan.

Manajemen Jalan Napas

Observasi

a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

Rasional: Mendeteksi tanda bahaya sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat.

b) Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling mengi, wheezing, rochi kering)

Rasional: mengetahui adanya bunyi napas tambahan.

c) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Rasional: Dapat menentukan factor penyebab dan

Terapeutik

d) Posisikan semi -fowler atau fowler

Rasional: Posisi semifoler dapat membantu ekspansi paru lebih maksimal dengan posisi diafragma tidak menekan otot bantu pernapasan.

e) Berikan minum hangat

Rasional: air hangat dapat membantu mengencerkan lendir.

- f) Berikan fisioterapi dada, jika perlu

Rasional: Fisioterapi dada dapat membantu melepaskan secret dari dinding paru.

- g) Berikan oksigen

Rasional: Meningkatkan pengiriman oksigen ke paru untuk kebutuhan sirkulasi.

Edukasi

- h) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak terjadi kontraindikasi

Rasional: rehidrasi oral dapat membantu mengencerkan lender.

Penatalaksanaan

- i) Pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik.

Rasional: Dapat mengencerkan lendir sehingga lebih mudah untuk dikeluarkan.

- 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, yang ditandai dengan:

DS: pasien mengatakan badan lemah, cepat lelah saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi.

DO: pasien tampak lemah dan lelah saat melakukan aktivitas, aktivitasnya sebagian dibantu keluarga.

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x24 jam diharapkan toleransi aktifitas meningkat.

Kriteria hasil: Keluhan lelah menurun, Dispnea saat aktivitas menurun,
Dispnea setelah aktivitas menurun, Frekuensi nadi
membaik (60-100x/m)

Intervensi:

Manajemen Energi

a) Identifikasi aktifitas pasien yang menyebabkan kelelahan.

Rasional: Mengidentifikasi faktor-faktor terkait dengan kelelahan dapat bermanfaat dalam mengenali penyebab potensial dan membangun rencana perawatan kolaboratif.

b) Monitor kelelahan fisik

Rasional: Kelelahan dapat membatasi kemampuan pasien untuk melakukan aktifitas.

c) Anjurkan tirah baring

Rasional: Membatasi penggunaan energy sehingga tidak terjadi kelelahan.

d) Anjurkan aktivitas secara bertahap.

Rasional: Melatih toleransi pasien dalam melakukan aktifitas sehingga tidak menimbulkan kelelahan.

5. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan pada hari Senin, 9 Oktober 2023 adalah sebagai berikut:

Diagnosa Keperawatan I

Jam 08.10 Mengkaji faktor pencetus hiperglikemia H: pasien

mengatakan setelah mengkonsumsi makanan yang manis dan ketika tidak rutin berolahraga Jam 08.30 Mengobservasi vital sign: TD : 120/80 mmHg, Nadi : 78x/m, suhu : 37 °C, RR : 26 x/m SpO2 : 96%. Jam 09.15 Memonitor gula darah H/901 mg/dL Jam 09.20 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia H: pasien mengalami kelemahan dan kaki terasa seperti kesemutan Jam 09.30 Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi air putih minimal 2 liter/hari Jam 09.35 Menganjurkan pasien untuk diet rendah gula dengan tidak mengkonsumsi makanan/jajanan yang manis, mengganti nasi putih dengan beras merah atau ubi-ubian serta mengkonsumsi sayur-sayuran yang tinggi serat (sayuran hijau) Jam 11.45. Melayani injeksi novorapid 12 iu/sc Jam 12.00 Melayani diet lunak DM 1 porsi (nasi, sayur bayam, ikan, dan pisang) dengan jumlah 500 kkal serta obat oral provelyn 75 mg Jam 13.00 Mengajarkan pengelolaan diabetes dengan mengajarkan cara penggunaan/pemberian insulin (untuk penggunaan saat sudah pulang ke rumah)

Diagnosa Keperawatan II

Jam 08.45 Mengkaji kemampuan batuk H: Pasien bisa batuk efektif dengan mengeluarkan lendir warna putih Jam 08.45 Memonitor adanya retensi sputum H:Terdapat retensi sputum ketika diauskultasi bunyi napas masih wheezing. Jam 09.00 Melayani injeksi ceftriaxone 1 gr/iv, paracetamol infus 1 gr/iv Jam 09.00 Memonitor tanda dan gejala infeksi saluran napas H:batuk berlendir disertai hasil pemeriksaan penunjang, Rontgen Thorax PA :Kesan gambaran pneumonia, WBC: $18,24 \times 10^3 \mu\text{l}$,

Jam 09.45 Memberikan posisi semi fowler Jam 09.55 Menganjurkan pasien untuk minum air hangat. Jam 09.55 Mengajarkan cara batuk efektif dengan cara: menganjurkan minum air hangat sebelum memulai latihan batuk efektif, mengatur posisi duduk dengan mencondongkan badan ke depan, Tarik napas dalam melalui hidung dan hembuskan melalui mulut sebanyak 4-5 kali, Pada tarikan napas dalam yang terakhir, napas ditahan selama 1-2 detik, angkat bahu dan dada dilonggarkan serta batukkan dengan kuat dan spontan, keluarkan dahak dengan bunyi “huf..huf..huf...”. Jam 12.00 Melayani obat oral ambroxol 30 mg dan CTM 4 mg Jam 13.00 Melayani nebuliser combivent 1 respule/inhalasi.

Diagnosa Keperawatan III

Jam 08.35 Mengkaji aktivitas pasien H/Pasien mudah merasa lelah saat melakukan aktivitas ke kamar mandi Jam 10.20 Memonitor kelelahan fisik H/Pasien mengatakan sangat kelelahan ketika melakukan aktifitas seperti kamar mandi `Jam 10.30 Menganjurkan pasien untuk melakukan aktifitas sesuai toleransi.

Tindakan keperawatan dilakukan pada hari Selasa, 10 Oktober 2023 adalah sebagai berikut

Diagnosa Keperawatan I

Jam 07.30 Mengobservasi vital sign: TD : 110/80 mmHg, Nadi : 80x/m, suhu : 36,7 °C, RR : 26 x/m SpO2 : 96%. Jam 07.45 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia H: pasien mengatakan badan lemah sudah berkurang dan kaki tidak lagi kesemutan Jam 08.00 Mengingatkan

pasien untuk mengkonsumsi air putih minimal 2 liter/hari Jam 08.30 Mengingatkan kembali pasien untuk tetap diet rendah gula dengan tidak mengkonsumsi makanan/jajanan yang manis, mengganti nasi putih dengan beras merah.atau umbi-umbian serta mengkonsumsi sayur-sayuran yang tinggi serat (sayuran hijau) 11.15 Melakukan monitoring 244 mg/dL Jam 11.30 Mengedukasikan kepada keluarga untuk pengaturan diet dan pengawasan obat insulin serta kepatuhan keluarga pasien untuk selalu mengontrol kadar gula darah pasien Jam 11.45. Melayani injeksi novorapid 12 iu/sc 12.00 Melayani diet lunak DM 1 porsi (nasi putih, sayur sawi putih, tahu, tempe, dan pisang) dengan jumlah kalori 500 kkal serta obat oral provelyn 75 mg

Diagnosa Keperawatan II

Jam 09.35 Mengkaji kemampuan batuk H: Pasien masih batuk dengan mengeluarkan lendir warna putih Jam 08.45 Mengauskultasi bunyi napas H: Wheezing berkurang di kedua lapang paru . Jam 09.00 Melayani injeksi ceftriaxone 1 gr/iv, paracetamol infus 1 gr/iv Jam 09.10 Menganjurkan pasien untuk minum air hangat. Jam 09.15 Menganjurkan pasien untuk mengulang kembali cara batuk efektif dengan cara: mengatur posisi duduk dengan mencondongkan badan ke depan, tarik napas dalam melalui hidung dan hembuskan melalui mulut sebanyak 4-5 kali, pada tarikan napas dalam yang terakhir, napas ditahan selama 1-2 detik, angkat bahu dan dada dilonggarkan serta batukkan dengan kuat dan spontan, keluarkan dahak dengan bunyi “huf..huf..huf...”. Jam 10.00

Menganjurkan pasien untuk tetap pada posisi semi fowler bila sesak napasnya belum berkurang, jam 10.15 Menganjurkan pasien untuk mengulang kembali teknik clapping vibrasi yaitu dengan melakukan penepukan ringan pada dinding dada dengan tangan membentuk seperti mangkuk dilakukan selama 5-10 Jam 12.00 Melayani obat oral ambroxol 30 mg dan CTM 4 mg Jam 13.00 Melayani nebuliser combivent 1 respule/inhalasi.

Diagnosa Keperawatan III

Jam 09.00 Mengkaji aktivitas pasien. H/Pasien masih merasa lelah saat melakukan aktivitas, Jam 10.45 Menganjurkan pasien untuk melakukan aktifitas secara bertahap H/Pasien mengikuti anjuran dengan melakukan aktivitas bertahap seperti dari posisi berbaring ke posisi duduk dan latihan menapak disekitar tempat tidur.

6. Evaluasi Keperawatan

Hari Senin, 09 Oktober 2023 telah dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan I

DS: pasien mengatakan saat gula darah naik pasien selalu mengalami kelemahan dan kaki terasa seperti tertusuk-tusuk.

DO: pemeriksaan gula darah H/901 mg/dL

A: masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi

P : lanjutkan intervensi a, b, c, d, e, f, dan g

Diagnosa Keperawatan II

DS : pasien masih batuk dengan mengeluarkan lendir warna putih

DO: batuk lendir warna putih, wheezing di kedua lapang paru, RR : 26
x/m SpO2 : 96%.

A: masalah inefektif bersihan jalan napas belum teratasi

P: lanjutkan intervensi a, b, c, d, e, f, g, h dan i

Diagnosa Keperawatan III

S:pasien mengatakan masih cepat lelah saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi.

O: keadaan umum tampak lemah dan kelelahan saat beraktivitas, ADL dibantu keluarga.

A: masalah intoleransi aktifitas belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan a, b, dan c

Hari Selasa, 10 Oktober 2023 telah dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut:

Diagnosa Keperawatan I

DS: pasien mengatakan badan lemah sudah berkurang dan kaki tidak lagi kesemutan

DO: pemeriksaan gula darah H/244 mg/dL

A: masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian

P : lanjutkan intervensi a, b, c, d, e, f, g, h dan i

Diagnosa Keperawatan II

DS : pasien mengatakan masih batuk dengan mengeluarkan lendir warna

putih

DO: batuk lendir warna putih, RR : 26 x/m SpO₂ : 96%. Wheezing berkurang di kedua lapang paru

A: masalah inefektif bersihan jalan napas teratasi sebagian

P: lanjutkan intervensi a, b, c, d, e, f, g, h dan i

Diagnosa Keperawatan III

S: pasien mengatakan masih cepat lelah saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi.

O: keadaan umum tampak lemah, ADL dibantu keluarga

A: masalah intoleransi aktifitas belum teratasi

P: intervensi dilanjutkan a dan b

Catatan Perkembangan Hari Rabu, 11 Oktober 2023

Diagnosa Keperawatan I

S: pasien mengatakan badan lemah sudah berkurang dan kaki tidak lagi kesemutan

O: pemeriksaan gula darah H/244 mg/dL

A: masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian

P: intervensi dilanjutkan

I: tindakan yang dilakukan Jam 07.30 Mengobservasi vital sign: TD : 120/80 mmHg, Nadi : 84x/m, suhu : 37 °C, RR : 24 x/m SpO₂ : 98%. Jam 07.40 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia H: pasien mengatakan badan lemah sudah berkurang Jam 08.00 Mengingatkan kembali pasien untuk tetap diet rendah gula dengan tidak mengkonsumsi makanan/ jajanan

yang manis, mengganti nasi putih dengan beras merah, beras jagung, atau ubi-ubian serta mengkonsumsi sayur-sayuran yang tinggi serat (sayuran hijau) Jam 11.45. Melayani injeksi novorapid 12 iu/sc 12.00 Melayani diet DM 1 porsi (nasi putih, sayur bayam, ikan dan pisang) dengan jumlah kalori 500 kkal serta obat oral provelyn 75 mg

E: pasien mengatakan badan lemah sudah berkurang, pemeriksaan gula darah H/244 mg/dL.

Diagnosa Keperawatan II

S : pasien mengatakan batuk sesekali dan lendir berkurang, sesak napas berkurang

O: batuk sesekali, produksi lendir berkurang, wheezing berkurang di kedua lapang paru, RR: 24x/m, SpO₂:98 %.

A: masalah inefektif bersihan jalan napas teratasi sebagian

P: intervensi dipertahankan

I: Jam 08.35 Mengidentifikasi kemampuan batuk H: Pasien masih batuk sesekali dan lendir berkurang Jam 08.40 Mengauskultasi bunyi napas H: Wheezing berkurang di kedua lapang paru . Jam 08.50 Mengaff oksigen Jam 09.00 Melayani injeksi ceftriaxone 1 gr/iv, paracetamol infus 1 gr/iv Jam 09.15 Menganjurkan pasien untuk selalu minum air hangat. Jam 09.15 Mengajarkan kembali cara batuk efektif dengan cara: mengatur posisi duduk dengan mencondongkan badan ke depan, tarik napas dalam melalui hidung dan hembuskan melalui mulut sebanyak 4-5 kali, pada tarikan napas dalam yang terakhir, napas ditahan selama 1-2 detik, angkat

bahu dan dada dilonggarkan serta batukkan dengan kuat dan spontan, keluarkan dahak dengan bunyi “huf..huf..huf...”, Jam 10.00 Mengatur posisi semi fowler jam 10.15 Mengingatkan kembali pasien untuk mengulang kembali teknik clapping vibrasi. Jam 12.00 Melayani obat oral ambroxol 30 mg dan CTM 4 mg Jam 13.00 Melayani nebuliser combivent 1 respule/inhalasi.

E: pasien masih batuk sesekali dan lendir berkurang, RR:24x/m. SpO2 : 98%.

Diagnosa Keperawatan III

S:pasien mengatakan cepat lelah saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi sudah berkurang

O: keadaan umum sedang, ADL mandiri

A: masalah intoleransi aktifitas teratasi sebagian

P: intervensi dipertahankan

I: jam 09.00 Mengkaji aktivitas pasien H/Pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri seperti ke kamar mandi dan cepat lelah berkurang Jam 10.45 Menganjurkan melakukan aktifitas secara bertahap H/Pasien mengikuti anjuran dan sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri seperti ke kamar mandi dan membersihkan diri.

B. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan,

implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Tn Y.K di Ruang Penyakit Dalam.

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Tn Y.K ditemukan pasien mengatakan badan lemah, mual, muntah berisi cairan dan makanan, batuk berlendir warna putih disertai sesak napas, nafsu makan berkurang, cepat lelah saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi, aktivitasnya sebagian dibantu keluarga, cepat lapar, riwayat DM 7 tahun yang lalu, GDS pakai stik: high (HI), GDS (Darah Vena : 901 mg/dL, glukosa dalam urine + 4 (positif), terpasang oksigen nasal kanule 3 lpm, WBC: $18,24 \times 10^3 \mu\text{l}$, wheezing +/+, O₂ nassal canule, Rontgen Thorax PA :Kesan gambaran pneumonia.

Menurut Tanto, 2015 gejala akut meliputi : poliuria (sering kencing) poliphagia (cepat lapar) polidipsia (sering haus), lemas, peningkatan berat badan. Gejala kronik : kesemutan, kulit terasa panas atau seperti tertusuk tusuk jarum, mudah mengantuk, lemas, penurunan berat badan. Pada kasus Tn Y.K tidak ditemukan data poliuria (sering kencing), polidipsia (sering haus), peningkatan berat badan, kulit terasa panas atau seperti tertusuk tusuk jarum. Hal ini disebabkan karena kadar gula darah pasien sudah berkurang yaitu 244 mg/dL dan pasien sudah mendapatkan terapi novorapid 3x12 iu/sc dan levemir 1x14 iu/sc dimana fungsi insulin untuk mengantarkan gula ke dalam sel dan gula darah berkurang di dalam pembuluh darah sehingga tubulus ginjal tidak banyak mengeliminasi gula yang ada didalam tubuh

bersama cairan dalam bentuk urine sehingga tidak terjadi poliuri (sering kencing) tubuh tidak berkompensasi untuk meningkatkan rasa haus yang berlebih. Hal ini didukung oleh Nurayati, L, dkk, 2017 (Hubungan Aktifitas Fisik dengan Kadar Gula Darah Puasa Penderita Diabetes Melitus Tipe 2) yang mengatakan bahwa kadar gula darah yang tidak terkontrol dapat menyebabkan perburukan kerja ginjal.

Keluhan peningkatan berat badan tidak ditemukan pada pasien karena pasien sudah menggunakan terapi insulin sejak 7 tahun yang lalu sehingga kadar gula darah lebih terkontrol dan glukosa bisa sampai di dalam sel 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. Hal ini sebaliknya dengan penelitian yang dilakukan oleh Kathleen Nurman, dkk, 2020 (Hubungan Aktivitas Fisik dan Kekuatan Massa Otot dengan Kadar Gula Darah Sewaktu) dimana pada responden dengan kadar gula darah yang tinggi dalam jangka waktu yang lama, persentase terjadi hilangnya massa otot lebih besar dibandingkan dengan responden yang memiliki kadar gula darah normal (normoglikemia).

Kulit terasa panas atau seperti tertusuk tusuk jarum tidak dirasakan pasien karena pasien sudah mendapatkan terapi provelyn 75 mg dimana provelyn merupakan obat dengan kandungan pregabalin. Obat ini digunakan untuk mengatasi nyeri neuropati dimana pregabalin bekerja dengan menurunkan pelepasan neurotransmitter penyebab nyeri (serotonin). Hal ini didukung dengan pernyataan I Putu Eka Widyadharma, 2015 (Efektivitas

Pregabalin untuk Terapi Nyeri Kronis: Evidence-based Review) bahwa pada penanganan nyeri neuropatik salah satu obat yang di rekomendasikan untuk manajemen nyeri neuropatik adalah pregabalin dimana pada pasien diabetes mellitus kronis telah terjadi perubahan pada sistem saraf pusat dan perifer yang menghasilkan manifestasi klinis berupa nyeri neuropatik ini sehingga diperlukan terapi pregabalin untuk menghambat saluran kalsium dan pelepasan neurotransmitter di jalur nyeri asenden.

Keluhan yang ada di kasus Tn Y.K adalah mual, muntah dan batuk berlendir (pneumonia). Hal ini terjadi karena pada kasus Tn Y.K dipicu oleh *ketoasidosis diabetikum* (KAD) akibat dari kadar glukosa darah yang terlalu tinggi, sehingga tubuh membakar lemak untuk diubah menjadi energi. Akibatnya, kadar gula darah dan keton menjadi sangat tinggi sehingga merangsang *chemoreseptor trigger zone* mempersepsikan mual dan muntah. Hal ini didukung dengan Dimas Priantono, 2013 (Ketoasidosis Diabetik Pada Diabetes Melitus Tipe I) bahwa pada pasien dengan ketoasidosis diabetikum ditemukan gejala mual dan muntah tanpa disertai diare sebagai akibat dari tubuh membakar lemak untuk diubah menjadi energi. Keluhan batuk berlendir (pneumonia) terjadi sebagai akibat dari peningkatan kadar glukosa darah karena ketika kadar glukosa meningkat sirkulasi darah menjadi lambat sehingga komponen darah seperti leukosit tidak dapat menjalankan fungsi sebagai fagosit mikroorganisme penyebab penyakit salah satunya *streptococcus pneumoniae* atau yang sering disebut *pneumokokus* penyebab *pneumonia*. Hal ini dibenarkan oleh Hartono, dkk, 2023 (Faktor

Yang Memengaruhi Pneumonia pada Pasien Diabetes Mellitus di RSUD Semarang).

Oleh karena itu pasien diabetes mellitus sebaiknya memodifikasi gaya hidup yang lebih sehat dengan diet rendah gula, mengkonsumsi makanan yang berserat, dan rutin berolahraga.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Tn Y.K adalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, Inefektif bersihan jalan napas berhubungan dengan secret tertahan dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan sedangkan diagnosa keperawatan menurut Huda, 2015 adalah 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, nyeri berhubungan dengan gangguan biokimiawi, ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelebihan konsumsi gula.

Pada kasus Tn Y.K tidak ditemukan diagnosa keperawatan yaitu : perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia, deficit volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, nyeri berhubungan dengan gangguan biokimiawi, Nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelebihan konsumsi gula. Hal ini

disebabkan karena kecepatan dalam penanganan hiperglikemia dengan memberikan terapi insulin seperti novorapid dan levemir dapat mencegah terjadinya peningkatan kadar glukosa darah sehingga sirkulasi darah ke daerah perifer menjadi lancar (perfusi perifer lebih efektif) dan saraf perifer/tepi mendapatkan pasokan oksigen sehingga tidak terjadi apoptosis(kematian sel) dan sensitivitas meningkat sehingga tidak terjadi nyeri (nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik) seperti ditusuk-tusuk atau mati rasa. Hal ini didukung dengan pernyataan Utami, 2020 (Senam Kaki Diabetes Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 Untuk Meningkatkan Nilai Ankle Brachial Indexes) yang menyatakan bahwa” kadar glukosa darah yang terkontrol dapat melancarkan perfusi perifer sehingga peredaran darah lebih lancar dan dapat menstimulasi darah mengantarkan oksigen dan zat gizi lebih banyak ke sel-sel tubuh sehingga kerusakan saraf perifer tidak terjadi. Penurunan kadar glukosa darah juga dapat mempengaruhi kerja tubulus ginjal dalam mereabsorpsi gula (kapasitas 350 mg/menit) dan cairan sehingga tubulus ginjal tidak banyak mengeluarkan cairan dalam bentuk urine sehingga tubuh tidak terjadi dehidrasi (deficit volume cairan). Hal ini didukung dengan pernyataan Retta C. Sihotang, 2018 (Efficacy and Safety of Oral Antidiabetic Drugs in Type 2 Diabetes Mellitus with Chronic Kidney Disease) kadar glukosa darah yang terkontrol dapat memperlambat laju perburukan fungsi ginjal.

Penurunan kadar glukosa darah juga tidak menyebabkan terjadinya gluconeogenesis dimana proses metabolisme menggunakan lemak sehingga

masa lemak berkurang (resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh). Hal ini didukung oleh pernyataan Rias, dkk, 2017 (Hubungan Antara Berat Badan Dengan Kadar Gula Darah Acak Pada Tikus Diabetes Mellitus) yang menyatakan bahwa” penyandang diabetes mellitus akan mengalami defisiensi insulin, sehingga terganggunya metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan, sehingga mengakibatkan berkurangnya jumlah simpanan kalori.

Sedangkan diagnosa yang ada pada kasus dan tidak ada pada teori yaitu inefektif bersihan jalan napas berhubungan dengan secret tertahan. Diagnosa ini ditegakkan karena terdapat keluhan batuk berlendir warna putih. Batuk pada pasien diabetes mellitus disebabkan karena peningkatan kadar glukosa darah mengharuskan pasien untuk tirah baring sehingga akumulasi sekret disemua lobus paru yang menimbulkan terjadinya pneumonia. Hal ini didukung dengan penelitian Dwiky, Dkk, 2022 (Hubungan Gula Darah Saat Masuk Rumah Sakit Dengan Kejadian Pneumonia Pada Pasien Rawat Inap Covid-19 di Rumah Sakit Jakarta Periode Maret – Desember 2020 dan Tinjauannya Menurut Pandangan Islam) bahwa pasien dengan penyakit diabetes mellitus memperlihatkan pneumonia yang lebih parah dibandingkan dengan kelompok non-diabetes, di mana kelompok dengan penyakit diabetes mellitus memiliki tingkat infeksi yang lebih tinggi sebagai komplikasi kerusakan mikrovaskular dan memperlihatkan perkembangan pneumonia yang berat.

Oleh karena itu pasien dianjurkan untuk hidup yang lebih sehat dengan diet rendah gula, mengkonsumsi makanan yang berserat, dan rutin berolahraga.

3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien, intervensi keperawatan pada Tn Y.K disusun berdasarkan teori menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), 2016 dan dibandingkan dengan masalah keperawatan yang muncul pada pada kasus. Pada intervensi inefektif bersihan jalan napas berhubungan dengan secret tertahan terdapat terdapat intervensi anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari. Intervensi ini tidak bisa dilakukan karena kontraindikasi dengan kondisi pasien yang mengalami komplikasi *chronic kidney disease* (CKD) atau gagal ginjal kronik sehingga asupan cairan harus dibatasi dan tidak boleh lebih dari 500-700 ml/24 jam dimana penderita CKD tidak mampu mengeluarkan cairan lewat urine secara normal akibat rusaknya fungsi ginjal kondisi ini kemudian membuat tubuh penderita mengalami penumpukan cairan atau oedema. Hal ini didukung dengan penelitian Eni Astuti, dkk. 2023 (Peningkatan Peran Keluarga Dalam Mendukung Kepatuhan Pembatasan Cairan Pada Pasien Hemodialisis di RS.William Booth Surabaya) yang mengatakan bahwa pasien gagal ginjal kronik harus membatasi asupan cairan 600 ml/24 jam agar tidak terjadi komplikasi seperti edema, sesak napas dan peningkatan tekanan darah.

4. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dibuat berdasarkan perencanaan yang sudah dibuat dan tidak semua perencanaan dapat diimplementasikan seperti menganjurkan asupan cairan 2000 ml/hari. Implementasi ini tidak dilaksanakan karena kontraindikasi dengan pasien yang mengalami komplikasi CKD sehingga dapat mencegah terjadinya oedema dan *acute lungs oedema* (ALO) sebagai akibat dari kelebihan cairan.

5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan keluarga. Apabila hasil evaluasi menunjukkan tercapainya hasil atau tujuan maka pasien bisa keluar dari proses keperawatan. Dari evaluasi yang dilakukan pada hari Rabu, 11 Oktober 2023 masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d hiperglikemia teratasi sebagian. Hal ini belum sesuai dengan tujuan yang dikarenakan pemeriksaan gula darah H/244 mg/dL (normal 70-140 mg/dL) belum mencapai nilai normal. Masalah inefektif bersihan jalan napas teratasi sebagian hal ini disebabkan karena bunyi paru saat diauskultasi belum terdengar vesikuler dan masih terdapat bunyi wheezing di kedua lapang paru, RR: 24x/m, SpO₂:98 %, masalah intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan teratasi sebagian dengan pasien mengatakan tidak cepat lelah saat beraktivitas dan bisa melakukan aktivitas secara mandiri yang artinya pasien masih merasakan kelelahan sebagai akibat dari tubuh melakukan metabolisme anaerob sebagai kompensasi dari peningkatan kadar glukosa darah.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus yang dilakukan pada Tn Y.K maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Pada pengkajian ditemukan pasien mengatakan badan lemah, mual, muntah berisi cairan dan makanan, batuk berlendir warna putih disertai sesak napas, nafsu makan berkurang, cepat lelah saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi, aktivitasnya sebagian dibantu keluarga, GDS pakai stik: high (HI), GDS (Darah Vena : 901 mg/dL, terpasang oksigen nasal kanule 3 lpm, WBC: $18,24 \times 10^3 \mu\text{l}$, wheezing +/+, O₂ nassal canule, Rontgen Thorax PA :Kesan gambaran pneumonia.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul ada kasus Tn Y.K adalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, Inefektif bersihan jalan napas berhubungan dengan secret tertahan dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
3. Rencana keperawatan dibuat berdasarkan teori menurut SIKI (2016) dimodifikasi lagi dan semua yang ada pada teori tidak semuanya dilakukan.
4. Pelaksanaan keperawatan dibuat berdasarkan perencanaan yang sudah dibuat menurut SIKI (2018) dan tidak semua perencanaan dapat diimplementasikan
5. Evaluasi dari proses asuhan keperawatan selama 3 hari didapatkan bahwa masalah keperawatan teratasi sebagian.

6. Pelaksanaan asuhan keperawatan tidak selamanya ditemukan dan dilaksanakan dalam kasus nyata.

B. Saran

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

1. Bagi Perawat

Diharapkan perawat mampu menentukan standar pelayanan asuhan keperawatan kepada 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

3. Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan selalu meningkatkan pola hidup yang sehat serta mematuhi segala anjuran yang disampaikan oleh petugas kesehatan untuk mencegah komplikasi dari *diabetes mellitus*.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditya R, dkk.2019. Prevalensi Dan Hubungan Antara Kontrol Glikemik Dengan Diabetik Neuropati Perifer Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe Ii Di Rsup Sanglah.<https://download.garuda.kemdikbud.go.id/article.php?article=1544947&val=970&title=PREVALENSI%20DAN%20HUBUNGAN%20ANTARA%20KONTROL%20GLIKEMIK%20DENGAN%20DIABETIK%20NEUROPATI%20PERIFER%20PADA%20PASIEN%20DIABETES%20MELITUS%20TIPE%20II%20DI%20RSUP%20SANGLAH>. Diakses pada hari selasa, tanggal 06.02.2024 pukul 17.00 wita
- Arfany, Noorman dkk, 2014 "Efektifitas mengunyah permen karet rendah gula dan mengulum es batu terhadap penurunan rasa haus pada pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang." *Karya Ilmiah* (2014).
- Astuti, dkk. 2022. Peningkatan Peran Keluarga Dalam Mendukung Kepatuhan Pembatasan Cairan Pada Pasien Hemodialisis di RS. William booth Surabaya." *Jurnal Pengabdian Masyarakat* 3.2 (2022): 22-26.
- Azhar, Samsilul, dkk, 2014. "Sistem Pakar Penyakit Ginjal Pada Manusia Menggunakan Metode Forward Chaining." *Jurnal Media Infotama* 10.1 (2014).
- Basuki 2015, Hubungan Tingkat Pengetahuan Diabetes Melitus Dengan Perilaku Mengontrol Gula Darah Pada Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Kauman Kabupaten Tulungagung. *Jurnal Penelitian Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Nahdlatum Ulama Tuban*. Vol. 4 No 1, 2015
- Cahyamulat, T. M., & Yuriatson, Y. (2019). Studi Kasus Pada Pasien Tn. "B" dengan Diabetes Mellitus di Ruang IGD Rumah Sakit Labuang Baji Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 7(1), 9–12. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v7i1.63>
- Dion, Y, dkk. 2021. Hubungan Sikap Dengan Pelaksanaan Lima Pilar Pada Penderita Diabetes Mellitus di Puskesmas Naioni - Kota Kupang – Nusa Tenggara Timur. *Jurnal nursing update*. Vol 12 no. 1 (2021)
- Dwiky V, R Dkk , 2022. Hubungan Gula Darah Saat Masuk Rumah Sakit dengan Kejadian Pneumonia Pada Pasien Rawat Inap Covid-19 Di Rumah Sakit Jakarta Periode Maret – Desember 2020 Dan Tinjauannya Menurut Pandangan Islam *Junior Medical Journal*, Volume 1 No. 2, Oktober 2022.
- Fatymah, N. R, 2015. Diabetes Melitus Tipe 2. Volume 4 Nomor 5.

- Hardianto 2020. Telaah Komprehensif Diabetes Melitus: Klasifikasi, Gejala, Diagnosis, Pencegahan, dan Pengobatan Volume 7.
- Hartono, Cindy, et al. 2023 Faktor yang Memengaruhi Pneumonia pada Pasien Diabetes Mellitus di RSUD Semarang. Diss. Universitas diponegoro, 2023.
- Jais, M. dkk , 2021. Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus yang berobat di puskesmas volume 5, nomor 1 Desember 2021.
- Kobosu, A. S, dkk. 2019. Faktor Risiko Kejadian Diabetes Melitus Tipe Dua di RS Bhayangkara Kota Kupang Volume 1 Nomor 1, Maret 2019.
- Lestari, dkk 2021 Diabetes Melitus: Review Etiologi, Patofisiologi, Gejala, Penyebab, Cara Pemeriksaan, Cara Pengobatan, Dan Cara Pencegahan.
- Nurarif Amin Huda & Kusuma Hardhi. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA Nic-Noc Edisi Revisi Jilid 3*. Yogyakarta: Mediacion Publishing
- Retta C. Sihotang. 2018 Efficacy and Safety of Oral Antidiabetic Drugs in Type 2 Diabetes Mellitus with Chronic Kidney Disease dalam jurnal penyakit dalam indonesia.. https://scholarhub.ui.ac.id/cgi/viewcontent.cgi?params=/context/jpdi/article/1256/&path_info=uc.pdf
- Rias, dkk. 2017. "Hubungan antara berat badan dengan kadar gula darah acak pada tikus diabetes mellitus." *Jurnal Wiyata: Penelitian Sains dan Kesehatan* 4.1 (2017): 72-77.
- Sangadji, N, dkk. 2018, Modul Epidemiologi Penyakit Diabetes Mellitus (DM) Universitas Esa Unggul Tahun 2018.
- Saskia, Tresa Ivani, and Hanna Mutiara. "Infeksi jamur pada penderita diabetes mellitus." *Jurnal Majority* 4.8 (2015): 69-74. https://scholar.google.com/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=Infeksi+Jamur+pada+Penderita+Diabetes+Mellitus&btnG=#d=gs_cit&t=1707231386558&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AXD_WB7TrefAJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Did Diakses pada hari Selasa, tanggal 06.02.2024 pukul 18.00 wita
- Sitohang Damayanti Erlyn Grace 2020. Modul Keperawatan Medikal Bedah II
- Tandra, H. (2018). *Dari Diabetes Menuju Jantung & Stroke*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama. Taufan, N. (2018). *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Tanto, C. (2015). *Kapita Selekta Kedokteran: edisi 4 jilid 1*. Jakarta: Media Aesculapius.

Utami, R, dkk (2020). Senam Kaki Diabetes pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 untuk Meningkatkan Nilai Ankle Brachial Indexs. *Journal of Nursing Care*, 3(2)

JADWAL STUDI KASUS

JENIS KEGIATAN	TAHUN 2023/2024																							
	BULAN																							
	MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI				Agustus			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Pengajuan Judul Studi Kasus																								
Penyusunan Bab I, II,III																								
Studi Kasus																								
Penyusunan Bab IV dan V																								
Ujian Studi kasus																								
Revisi Studi Kasus																								
Penyerahan Studi Kasus																								

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 : 082235111096

Ende, 09 Oktober 2023

Peneliti



Felisitas Skolastika

NIM : PO5303202200515

INFORMED CONCENT
(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh: Felisitas Skolastika, NIM: PO. 5303202200515 dengan judul: “Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn.Y.K dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende”.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu, tanpa sanksi aapapun.

Saksi



Tn. H

Ende, 9 Oktober 2023
Yang Memberikan Persetujuan



Tn. Y.K

Peneliti



Felisitas Skolastika
NIM. PO. 5303202200515



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG**
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



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

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 9 Oktober 2023

I. Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

Nama : T.n.Y.K
Umur : 53 Tahun
Jenis kelamin : Laki-Laki
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wiraswasta
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Jl..Adi Sucipto
Dx. Medik : Diabetes Mellitus

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : T.n.H
Umur : 25 tahun
Hubungan dengan pasien: Anak Kandung

Alamat : Jl.Adi Sucipto

II. Keadaan Umum

a. Riwayat Kesehatan

3) Keluhan Utama

Pasien mengatakan badan lemah, mual, muntah, sesak napas disertai batuk berlendir.

4) Riwayat Keluhan Utama

Pasien mengatakan badan lemah, mual, muntah berisi cairan dan makanan dengan frekuensi 5-6 kali sehari, batuk berlendir warna putih disertai sesak napas sejak 3 hari yang lalu. Keluarga memutuskan untuk mengantar pasien ke rumah sakit pada tanggal 8 Oktober 2023 pukul 02.00, sesampainya di rumah sakit pasien langsung dilakukan tindakan dan dilakukan pemeriksaan gula darah sewaktu menggunakan stik hasilnya *high* (HI) atau tidak terbaca dan pasien didiagnosa *diabetes mellitus* 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, sanfulix 3x1/oral, ambroxol 3x30 mg/oral, chlorpheniramine maleat (CTM) 2x4 mg/oral, nebuliser combivent 1 respule/inhalasi. Setelah mendapatkan terapi di IGD, pasien akhirnya dipindahkan ke ruang perawatan penyakit dalam III untuk melakukan perawatan lebih lanjut.

5) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan riwayat penyakit diabetes mellitus sejak 7 tahun yang lalu dan pernah dirawat di RPB dan dilakukan tindakan amputasi jari kaki

(Digiti III) 1 bulan yang lalu. Pasien juga rutin menggunakan obat insulin injeksi novorapid 3x4 iu/sc dan levemir 1x6 iu/sc(pukul 22.00) dan pernah mengkonsumsi obat metformin 2x500 mg/oral

6) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit *diabetes mellitus* ataupun penyakit lainnya, hanya batuk pilek biasa.

5) Pemeriksaan Pola Kesehatan

a) Pola Persepsi Kesehatan - Pola Pemeliharaan Kesehatan.

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sudah mengetahui penyakit yang dideritanya yaitu diabetes mellitus, penyakit ini termasuk penyakit yang berat jika tidak diimbangi dengan pola makan/diet yang tepat dan rutin berolahraga akan berdampak pada komplikasi yang berat .

Keadaan saat ini: pasien mengatakan saat ini menderita penyakit diabetes mellitus dengan komplikasi penyakit yang lain (infeksi paru) dan penyakit ini murni karena gaya hidup yang tidak tepat seperti suka makan yang manis serta tidak rutin berolahraga dan selama masa perawatan pasien rutin menggunakan obat insulin novorapid dan levemir.

b) Pola Nutrisi-Metabolik

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan makan 3 kali sehari, pagi, siang dan malam, menunya nasi putih kadang diganti dengan nasi merah juga nasi jagung, ubi-ubian, sayur, ikan, tempe, tahu. Pasien

minum 5-6 gelas/hari (1000-1200 cc), minumnya air putih, berat badan 50 Kg.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan masih mual, muntah berisi cairan dan makanan dengan frekuensi 5-6 kali sehari, cepat lapar, makan 3 kali sehari, 1 porsi makan hanya dihabiskan 5-6 sendok dan diet diabetes mellitus yang dianjurkan nasi putih kadang diganti dengan nasi merah atau nasi jagung yang dibawa dari rumah, lauk (ikan, tahu, tempe, daging merah, telur) sayur (bayam, selada, kangkung), buah (pisang) dengan jumlah kalori perhari adalah 1500 kkal/hari. Pasien minum air putih 5-6 gelas sehari (1000-1200 cc), BB: 50 Kg . TB:150 cm

c) 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, BAK 5- 6 kali sehari warna kuning, produksi urine \pm 800 cc, berbau khas urine (amoniak).

d) Pola Aktivitas dan Latihan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan pasien bekerja sebagai seorang wiraswasta. Semua aktivitas dilakukan secara mandiri tanpa ada keluhan cepat lelah ataupun 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 dan minum dan aktivitasnya sebagian dibantu keluarga.

e) 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.

f) 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.

g) Pola Persepsi dan Konsep Diri.

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan menyukai semua bagian anggota tubuhnya walaupun ada bagian jari kaki yang sudah diamputasi. Pasien adalah kepala keluarga dan bertanggung jawab menafkahi istri dan anaknya. Pasien juga mengatakan keluarga menerima kondisinya dan selalu mendukungnya dan pasien tidak merasa rendah diri karena sakitnya .

Keadaan saat ini: Pasien mengatakan saat ini sebagai seorang pasien yang menjalani masa perawatan dan rutin mengkonsumsi obat, mengikuti setiap anjuran dokter serta berharap cepat pulih dari sakitnya sehingga bisa menjalankan kembali perannya sebagai kepala keluarga.

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 santun, ramah terhadap pasien, keluarga, pengunjung dan petugas rumah sakit .

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.

k) Pola Nilai Kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: mengatakan pasien beragama Kristen Protestan dan rajin ke gereja.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan selama perawatan hanya bisa berdoa untuk proses penyembuhannya.

6) Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : tingkat kesadaran apatis nilai GCS 12 E:3 (membuka mata dengan perintah atau suara), V:4 (bingung/disorientasi waktu dan tempat) dan M:5 (melokalisir nyeri). Tanda-tanda vital : TD : 120/80 mmHg, Nadi : 78x/m, suhu : 37 °C, RR : 26 x/m SpO2 : 96%. BB:50 Kg Pada kepala tidak terdapat benjolan, rambut tampak bersih dan beruban. Bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikteris. Telinga tampak bersih, tidak terdapat cairan yang keluar. Hidung simetris, terpasang oksigen nasal kanule 3 lpm. Mukosa bibir tampak lembab, pasien berbicara jelas. Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid. Pada pemeriksaan dada inspeksi : bentuk dada simetris,

tidak ada retraksi dada, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi : wheezing +/- . Pada pemeriksaan jantung: Bunyi Jantung I & II reguler. Pada pemeriksaan abdomen : inspeksi bentuk simetris, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, perkusi: bunyi timpani auskultasi: peristaltik usus 12x/m, pemeriksaan genetalia : tidak dilakukan 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% 20 tetes per menit pada tangan kanan. Ekstremitas bawah : tidak terdapat oedema, jari kaki kiri yang ketiga (digiti III) sudah diamputasi.

7) Pemeriksaan Penunjang

a. Darah Lengkap (Tanggal 08 Oktober 2023)

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	18,24	[10 ³ /UI]	(3.80-10.60)
LYMPH#	1.02	[10 ³ /UI]	(1.00-3.70)
MONO#	1.47	[10 ³ /UI]	(0.00-0.70)
EO#	0.00	[10 ³ /UI]	(0.00-0.40)
BASO#	0.02	[10 ³ /UI]	(0.00-0.10)
NEUT#	15.73	[10 ³ /UI]	(1.50-7.00)
LYMPH%	5,6 %	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	8.1	[%]	(2.0-8.0)
EO%	0.0	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.1	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	86.2	[%]	(50.0-70.0)
IG#	0.06	[10 ³ /UI]	(0.00-7.00)
IG%	0.3	[%]	(0.0-72.0)
RBC	4.41	[10 ⁶ /UI]	(4.40-5.90)
HGB	9.8	[g/dL]	(13.2-17.3)
HCT	29.0	[%]	(40.0-52.0)
MCH	22.2	[fL]	(80.0-100.0)
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)

Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap

b. Gula Darah Sewaktu (GDS)

Jenis Pemeriksaan	Tanggal	Nilai	Nilai Rujukan
GDS pakai stik	08/10/2023 (02.00)	High (HI)	70-140 mg/dL
GDS (Darah Vena)	08/10/2023 (09.15)	901 mg/dL	70-140 mg/dL

Tabel 4.2 Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu

c. Pemeriksaan Urine Lengkap

Pada tanggal 08 Oktober 2023 ditemukan glukosa + 4 (positif)

d. Pemeriksaan *X-Ray*

Rontgen Thorax PA :Kesan gambaran pneumonia.

8) Terapi

Terapi yang diperoleh pasien adalah injeksi novorapid 3x12 iu/sc, levemir 1x16 iu/sc, ondansentron 3x4 mg/iv, omeprazole 2x40 mg/iv/ paracetamol 3x1 gr/iv, ceftriaxone 2x1 gr/iv, sanfuliq 3x1/oral, ambroxol 3x30 mg/oral, chlorpheniramine maleat (CTM) 2x4 mg/oral , nebuliser combivent 1 respule/inhalasi, provelyn 1x75 mg/oral

LAMPIRAN 5



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWAT



LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Felisitas Skolastika
Nim : PO.5303202200515
Pembimbing : Yustina P.M Paschalia, S.Kep., Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1.	Jumad 24 Februari 2023		<p>Mahasiswa melaporkan diri :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsultasi judul - Menentukan masalah Studi kasus (dan mengambil kasus Diabetes Melitus) - Menyusun latar belakang, dari BAB I sampai manfaat penulisan. 	
2.	Kamis 2 maret 2023	Konsultasi BAB I	<ul style="list-style-type: none"> - Baca panduan penulisan KTI latar belakang isinya apa saja kemudian diuraikan sesuai petunjuk di panduan. - Penggunaan bahasa dan kalimat disesuaikan - Penulisan huruf, tanda baca diperbaiki - Perhatikan keterkaitan antara kalimat yang satu dengan yang lainnya. - Penulisan tujuan umum dan khusus dibuat prolog. 	

3.	Kamis 10 maret 2023		<ul style="list-style-type: none"> - Cover depan dibuat spasi 1,5 - Hasil studi kasus terdahulu dimasukkan pada paragraf terakhir - Perubahan pada latar belakang, yang terdiri dari intorduction, besarnya masalah, dampaknya, dan konsep solusi dan peran perawat. Dibat sesuai urutan dari(dunia,indonesia, NTT,Ende dan tempat penelitian.) - Perbaiki pada tujuan dan manfaat. 	
4.	Kamis 17 maret 2023	Konsultasi BAB I dan BAB II	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki BAB I,dan BAB II Pengaturan dalam pengetikan, spasi dan margin sesuai dengan Panduan Penulisan KTI - baca dan pahami panduan - Perbaiki Penulisan definisi masalah pada BAB II - Tambahkan daftar pustaka - Perbaiki pengetikan daftar pustaka sesuai panduan - Konsul berikutnya harus menguasai materi pada BAB II. 	

5.	Senin 17 april 2023		<ul style="list-style-type: none"> - ketertarikan penulis dalam mengambil studi kasus - Perbaiki penulisan daftar pustaka semua sumber yang ada pada studi kasus di tulis dalam daftar pustaka - Perbaiki BAB III Lengkapi semua format penulisan yang dibutuhkan. 	
6.	Rabu 17 mei 2023	Konsultasi BAB III	<ul style="list-style-type: none"> - Pada BAB III bagian desain studi kasus karya tulis ilmiah menggunakan metode studi kasus. - Batas istilah berisi tentang pengertian yang mesti ada - Lokasi dan waktu ditentukan sesuai jadwal di panduan. - Metode prosedur studi kasus berisi tentang tahap-tahap dalam melakukan studi kasus dimulai dari mengajukan judul sampai inform conseed. 	
7.	Jumad 19 mei 2023	Konsultasi BAB I, BAB II, dan BAB III	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki BAB I - BAB III. - Tambahkan dampak dari DM di BAB I - Perbaiki latar belakang studi kasus terdahulu, dan di bagian konsep solusi, serta peran perawat dalam menangani Diabetes Melits. 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki cara pengetikan, spasi. - Perbaiki data rumah sakit - dan sertakan daftar pustaka. - Perbaiki BAB II, tambahkan manifestasi klinis dari DM, pada tabel pemeriksaan diagnostik dibuatkan 1 spasi. - Perbaiki bagian konsep asuhan keperawatan dari pengkajian sampai evaluasi - Perbaiki BAB III dibagian metode prosedur studi kasus, teknik pengumpulan data. - Pada latar belakang dimasukkan juga peran perawat 	
8.	Rabu 24 2023	Konsultasi BAB II, dan BAB III	<ul style="list-style-type: none"> - Pada manifestasi klinis dilihat kembali kalimat yang sesuai. - Perhatikan kembali kalimat yang masih kurang - Pada bab 3 prosedur diperbaiki. - Pada pemeriksaan fisik ditulis pengkajian secara fokus - Perbaiki pada analisa data - Intervensi keperawatan dilihat kembali dalam buku SIKI DAN SLKI. - Perhatikan penomoran di setiap BAB 	

9.	Jumad 26 mei 2023	Konsultasi BAB I- BAB III	Baca kembali dari BAB I – BAB III lengkapi jika masih ada yang kurang	
10.	Senin, 29 Mei 2023	Konsultasi BAB I, BAB II, dan BAB III	Acc proposal, konfirmasi dengan penguji untuk ujian proposal	
11.	Jumat 21 Juli 2023	Konsul revisi proposal	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki bagaimana peran perawat di RSUD Ende dalam menangani kasus DM - Perbaiki intervensi, dibagian dtagnosa nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh 	
12.	Selasa 25 Juli 2023	Konsul revisi proposal	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki bagaimana peran perawat di RSUD Ende dalam menangani kasus DM. - Tinjauan teroritis harus ambil dari buku KMB - Komplikasi harus ambil dari buku KMB 	
13.	Senin 31 Juli 2023	Konsul revisi proposal	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki bagaimana peran perawat di RSUD Ende - Perbaiki pathway harus ambil dari buku KMB - Perbaiki di bagian komplikasi akut dan kronik, harus bias bedakan mana komplikasi akut maupun kronik 	

14.	Selasa 1 Agustus 2023	Konsul revisi proposal	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki lagi bagaimana peran perawat di RSUD Ende - Perbaiki lagi pathway. - Diagnosa keperawatan harus sesuai dengan phtway - Sesuaikan juga dengan intervensi. 	
15.	Senin 7 Agustus 2023	Konsul revisi proposal	<ul style="list-style-type: none"> - Pada pathway tambahkan 2 diagnosa: ketidakstabilan kadar glukosa darah, dan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh, sesuaikan juga dengan intervensinya. - Harus bedakan komplikasi akut dan kronik Dm. 	
16.	Kamis 10 Agustus 2023	Konsul revisi proposal	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pengetikan tambahkan huruf yang kurang - Perbaiki di bagian hasil studi kasus terdahulu - Perbaiki rumusan masalah - Revisi Proposal Di ACC - Turun Studi Kasus 	
17.	Senin, 16 oktober 2023	KTI Konsultasi KTI BAB III, BAB IV	<p>Perbaiki penulisan pada BAB III kata yang berkaitan dengan proposal diubah menjadi karya tulis ilmiah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki penulisan pada bagian subyek studi kasus terkait pengumpulan data , instrument pengumpulan data, dan analisa data 2. Perbaiki dan lengkapi data dari pengkajian sampai tabulasi data 	

18.	Senin, 30 oktober 2023	Konsultasi KTI BAB IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki dibagian pengkajian, tambahkan data-data yang masih kurang 2. Perbaiki dan lengkapi dibagian tabulasi data, klasifikasi data, analisa data, sesuaikan dengan pengkajian 	
19.	Kamis, 09, november 2023	Konsultasi KTI BAB III, dan BAB IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki Bab III bagian teknik pengumpulan data dan analisa data 2. Lengkapi pola-pola kesehatan bagian pemeliharaan kesehatan dan pembahasan 	
20.	Rabu, 15 november 2023	Konsultasi kti BAB III dan, IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki bab III bagian teknik pengumpulan data dan analisa data 2. Perbaiki pada pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan pada bab IV 3. Perbaiki pola matriks metabolisme, pola kognitif dan persepsi sensoris, pola persepsi dan konsep diri 	
21.	Senin, 20 november 2023	Konsultasi KTI BAB IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki rencana keperawatan implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan harus yang benar-benar dilakukan di pasien 2. Perbaiki dibagian pembahasan dan masukan data yang ada di teori tetapi tidak ada di kasus 	
22.	Kamis, 04 januari 2024	Konsultasi BAB III, dan BAB IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan data di teknik pengumpulan data pada bab III 2. Tambahkan data pada pola-pola kesehatan 3. Perbaiki pemeriksaan fisik Sesuaikan data pada tabulasi data sampai evaluasi sesuai dengan pengkajian 	

24.	Rabu, 04 februari 2024	Konsultasi KT1 BAB III dan IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki data di teknik pengumpulan data pada bab III 2. Perbaiki penulisan kata sesuai dengan ejaan yang benar 3. Tabulasi data, klasifikasi data dan analisa data sesuaikan dengan pengkajian 4. Perbaiki pada perencanaan keperawatan, menggunakan bahasa yang baku 5. Pada implementasi keperawatan masukan tindakan yang nyata sesuai dengan yang dilakukan selama 3 hari di rumah sakit 6. Perbaiki kesenjangan pada teori dan kasus 7. Perbaiki kesimpulan dan saran pada bab V 8. Perbaiki penulisan daftar Pustaka 	
25.	Jumad, 15 Maret 2024	Konsultasi KT1 BAB III, BAB IV & BAB V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki dibagian perencanaan, menggunakan bahasa yang baku 2. Implementasikan sesuai yang dilakukan pada pasien 3. Perbaiki pembahasan 	
26.	Senin, 25 Maret 2024	Konsultasi KT1 BAB IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki abstrak sesuai dengan panduan 2. Perbaiki dibagian pembahasan 	
27.	Konsul laporan lengkap	Konsultasi laporan lengkap	1. Acc, konfirmasi untuk ujian hasil	
28.	Selasa, 30 April 2024	Konsultasi KT1	ACC Karya Tulis Ilmiah	



Mengetahui
Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende
Arif Wawarman, M.Kes.Ns., Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Felisitas Skolastika
Tempat/ Tanggal Lahir : Wolowi'a, 19 februari 2002
Alamat : Wolowi'a
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Nama Ayah : Yakobus Ndiko
Nama Ibu : Silenia Bete

B. Riwayat Pendidikan

SD Impres Auren : 2008-2014
SMPN 2 Detusoko : 2014-2017
SMAN 2 Ende : 2017-2020
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang,
Program Studi DIII Keperawatan Ende : 2020-2024

MOTTO

Hari ini harus lebih baik dari hari kemarin, dan besok harus lebih baik daripada hari ini. Kebanggaan kita yang terbesar adalah bukan tidak pernah gagal, tetapi bangkit kembali setiap kali kita jatuh. Sesuatu yang belum dikerjakan, seringkali tampak mustahil, kita baru yakin kalau kita telah berhasil melakukannya dengan baik. Tidak ada kata menyerah sebelum berhasil. Lebih baik mencoba daripada tidak sama sekali. Keberhasilan tidak datang secara tiba-tiba, tapi karena usaha dan kerja keras. Jadilah pribadi seperti layaknya padi, yang semakin tua, semakin merunduk