

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A. N DENGAN DIAGNOSA**

**MEDIK DIABETES MELITUS DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III**

**RUMAH SAKIT UMUM ENDE**



**OLEH**

**SRIYANTI**  
**PO530320219919**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE**

**TAHUN 2022**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A. N DENGAN DIAGNOSA**

**MEDIK DIABETES MELITUS DI RUANG PENYAKIT DALAM III**

**RUMAH SAKIT UMUM ENDE**

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



**OLEH**

**SRIYANTI**  
**PO530320219919**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE**

**TAHUN 2022**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A. N DENGAN DIAGNOSA  
MEDIK DIABETES MELITUS DI RUANG PENYAKIT DALAM III  
RUMAH SAKIT UMUM ENDE**

**OLEH**

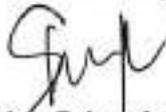
**SRIYANTI  
PO530320219919**

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui

Oleh Pembimbing Untuk Diujikan

Ende, 12 November 2022

Pembimbing



**Maria Salestina Sekunda, SST., M.Kes.  
NIP.198101242009122001**

**Mengetahui**

**Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende**



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

**LEMBAR PENGESAHAN**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A. N DENGAN DIAGNOSA  
MEDIK DIABETES MELITUS DI RUANG PENYAKIT DALAM III  
RUMAH SAKIT UMUM ENDE**

**SRIYANTI**  
**PO530320219919**

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diujikan Dan Dipertanggung Jawabkan  
Pada Tanggal, 16 November 2022

**Penguji Ketua**



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

**Penguji Anggota**



**Maria Salestina Sekunda, SST.,M.Kes.**  
**NIP. .198101242009122001**

**Mengetahui**

**↳ Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende**

**Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



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

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sriyanti  
NIM : PO. 530320219919  
Program Studi : D III Keperawatan Ende  
Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A. N  
DENGAN DIAGNOSA MEDIK DIABETES  
MELITUS DI RUANG PENYAKIT DALAM III  
RUMAH SAKIT UMUM 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. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil jiplakan maka, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, November 2022

Yang Membuat Pernyataan



SRIYANTI  
PO530320219919

## **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 Ny. A. N Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus di Ruang Penyakit dalam III RSUD Ende” dengan baik. Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk melaksanakan penelitian guna mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan. Sebagai manusia yang lemah, penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan. Namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, puji syukur kesulitan dan hambatan tersebut dapat lalui. Oleh karena itu sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan banyak terima kasih kepada :

1. Ibu R.H Kristina, S,K,M, M.Kes, Direktur Poltekes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan Diploma III Keperawatan di Poltekes Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep. Kom, selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende sekaligus penguji ketua yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini dan telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan agar Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik.
3. Ibu Maria Salestina Sekunda, SST, M. Kes, dosen pembimbing sekaligus Penguji Anggota yang telah mengorbankan waktu, tenaga dan pikiran

untuk membantu penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini, serta memberikan masukan yang berguna bagi penulis.

4. Ny. A. N dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam memberikan data-data terkait yang dialami klien sehingga Karya Tulis Ilmiah dapat berjalan dengan aman dan lancar.
5. Kedua orang tuaku, keluarga, saudara-saudari serta teman-teman semua yang telah membantu secara langsung maupun tidak langsung memberikan masukan kepada penulis.

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

Ende, 16 November 2022

Penulis

## **ABSTRAK**

### **Asuhan Keperawatan Pada Ny. A. N Dengan Diagnosa Medik Diabetes Melitus Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende**

**Sriyanti<sup>1</sup>**

**Maria Salestina Sekunda, SST, M.Kes<sup>2</sup>**

Diabetes melitus adalah gangguan metabolisme tubuh yang manahun akibat hormon insulin dalam tubuh yang tidak dapat digunakan secara efektif dalam mengatur keseimbangan gula darah sehingga meningkatkan konsentrasi kadar gula didalam darah (hiperglikemia). Tujuan studi kasus menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ny. A. N dengan diagnosa medik Diabetes Melitus di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

Penelitian ini menggunakan metode studi kasus yang dilakukan pada klien Ny. A. N dengan diagnosa medik Diabetes Melitus. Lokasi dan waktu penelitian dilakukan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende tanggal 24-26 Juni 2022.

Hasil studi kasus ditemukan data: badan terasa lemas, mual, nyeri uluh hati, muntah, keringat dingin secara tiba-tiba, sering kencing. Diagnosa Keperawatan yang diangkat adalah resiko ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, perfusi perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Setelah dilakukan perawatan dan pengobatan selama 3x24 jam terhadap klien Ny. A. N diperoleh hasil bahwa masalah resiko ketidakstabilan glukosa darah teratasi sebagian, masalah nyeri akut sudah teratasi dan masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian.

Oleh karena itu sangat diharapkan agar penderita memperhatikan pola hidup sehat dan teratur untuk berobat Diabetes Melitus dan memenuhi segala anjuran yang disampaikan oleh petugas kesehatan.

**Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Diabetes Melitus**

**Keterangan : (1) Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Ende**

**(2) Dosen Program Studi D III Keperawatan Ende**

## **ABSTRAK**

### **Asuhan Keperawatan Pada Ny. A. N Dengan Diagnosa Medik Diabetes Melitus Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende**

**Sriyanti<sup>1</sup>**

**Maria Salestina Sekunda, SST, M.Kes<sup>2</sup>**

Diabetes mellitus is a chronic metabolic disorder of the body due to the insulin hormone in the body that cannot be used effectively in regulating blood sugar balance, thereby increasing the concentration of sugar levels in the blood (hyperglycemia). The purpose of the case study is to describe the implementation of nursing care in the patient Mrs. A. N with a medical diagnosis of Diabetes Mellitus in the Internal Medicine Room III RSUD Ende.

This research uses a case study method conducted on the client of Mrs. A. N with a medical diagnosis of Diabetes Mellitus. The location and time of the study was carried out in the Internal Medicine Room III RSUD Ende on 24-26 June 2022.

The results of the case study found data: feeling weak, nausea, heartburn, vomiting, sudden cold sweat, frequent urination. Nursing diagnoses that are appointed are the risk of blood glucose instability related to hyperglycemia, acute pain associated with physiological injury agents, and activity intolerance related to physical weakness, and peripheral perfusion is associated with decreased hemoglobin concentration. After being treated and treated for 3x24 hours on the client, Mrs. A. N obtained the results that the problem of risk of blood glucose instability was partially resolved, the problem of acute pain was resolved and the problem of activity intolerance was partially resolved.

Therefore, it is hoped that patients will pay attention to a healthy and regular lifestyle for treatment of Diabetes Mellitus and fulfill all the recommendations given by health workers.

**Keywords : Nursing care, Diabetes Melitus**

**Note : (1) College Student Study Program D III Nursing Ende**

**(2) Lecturer Study Program D III Nursing Ende**

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL DEPAN .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN SAMPUL DALAM.....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN TULIS.....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar belakang.....	1
B. Rumusan masalah.....	5
C. Tujuan studi kasus.....	5
D. Manfaat studi kasus.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
A. Konsep Dasar Teori.....	7
B. Konsep Masalah Keperawatan .....	23
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	27
<b>BAB III METODE STUDI KASUS .....</b>	<b>38</b>
A. Desain studi kasus .....	38
B. Subjek studi kasus .....	38
C. Batasan istilah .....	38
D. Lokasi dan waktu .....	39
E. Teknik pengumpulan data .....	40
F. Instrumen pengumpulan data .....	40
G. Keabsahan data.....	41
H. Analisa data .....	41

<b>BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>42</b>
A. HASIL .....	42
B. PEMBAHASAN .....	65
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>70</b>
A. KESIMPULAN .....	70
B. SARAN.....	71
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>72</b>
<b>LAMPIRAN</b>	
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP</b>	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway.....	14
-------------------------	----

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Glukoasa Darah Sewaktu dan Puasa.....	16
Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah lengkap .....	49
Tabel 4.2 Terapy Pengobatan.....	50
Tabel 4.3 Analisa Data.....	86
Tabel 4.4 Perencanaan Keperawatan .....	89
Tabel 4.5 Implementasi dan Evaluasi .....	93
Table 4.6 Catatan Perkembangan....	100

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Diabetes Melitus (DM) merupakan kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya. Klasifikasi DM secara umum terdiri atas DM tipe 1 atau Insulin Dependent Diabetes Melitus (IDDM) dan DM tipe 2 atau Non Insulin Dependent Diabetes Melitus (NIDDM). DM dapat menimbulkan berbagai komplikasi yaitu akut (hipoglikemia, hiperglikemia, hiperglikemi non ketotik) dan kronis (mikrovaskuler, makrovaskuler dan neuropati) (Setyawati et.al.2020).

Diabetes menjadi salah satu dari empat penyakit tidak menular dengan penyebab kematian tertinggi di dunia (WHO, 2018). Prevalensi penderita DM tipe 1 sebanyak 5-10% dan DM tipe 2 sebanyak 90-95% dari penderita DM diseluruh dunia (ADA, 2020). World Health Organization (WHO) menyebutkan bahwa sekitar 150 juta orang di dunia telah menderita diabetes melitus (Saputri, Setiani, dan Dewanti, 2018). Penderita yang semakin meningkat jumlahnya setiap tahun sebagian besar berasal dari negara berkembang (Andreas Pradipta et.al, 2020).

Diabetes melitus selalu mengalami peningkatan setiap tahun dan menjadi ancaman kesehatan dunia. Prevalensi diabetes diperkirakan meningkat seiring penambahan umur penduduk menjadi 19,9% atau 111,2 juta orang pada umur

65-79 tahun. Angka ini diprediksi akan terus meningkat hingga mencapai 578 juta di tahun 2030 dan 700 juta di tahun 2045. Prevalensi diabetes penduduk di umur 20-79 tahun berdasarkan regional tahun 2019 secara global mencapai 8,3% dan Asia Tenggara berada di urutan ke-3 (11,3%). Prevalensi diabetes di Indonesia menempati urutan ke-7 tertinggi di dunia setelah China, India, Usa, Brazil, Rusia dan Mexico (Megawati, Agustini dan Krismayanti, 2020).

Indonesia menduduki peringkat ke-4 dengan kasus diabetes melitus tipe 2 dengan prevalensi 8,6% dari total populasi, diperkirakan meningkat dari 8,4 juta jiwa pada tahun 2020 menjadi sekitar 21,3 juta jiwa periset kesehatan da tahun 2030. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdes) tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi diabetes melitus adalah 2,0%. Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) memiliki prevalensi Diabetes melitus sebesar 0,9%, sedangkan prevalensi diabetes melitus yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan tertinggi di kabupaten Ende sebesar 3,0% (Kementrian kesehatan republik Indonesia, 2020).

Kejadian diabetes melitus juga mengalami peningkatan, yakni pada tahun 2019 sebanyak 127 kasus, 7 diantaranya meninggal dunia dengan jumlah prevalensi (6,6%). Pada tahun 2020 sebanyak 90 kasus , 6 diantaranya meninggal dengan jumlah prevalensi (5,7%). Sedangkan pada Januari 2021-Januari 2022 sebanyak 32 orang dengan jumlah kematiannya sebanyak 4 orang dengan jumlah prevalensi (13,3%). (Profil RSUD Ende, 2022).

Berdasarkan hasil studi kasus yang dilakukan oleh Trimulyat, 2019 pada pasien Tn. B dengan Diabetes Melitus, didapatkan hasil pada pengkajian data

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).

Diabetes Melitus merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan kenaikan kadar gula darah (Hiperglikemik Kronik), oleh karena kemampuan tubuh untuk bereaksi terhadap insulin menurun, atau gangguan pankreas yang menghentikan sama sekali produksi insulin (purwanto, 2016). Perilaku gaya hidup yang tidak sehat bagi individu merupakan faktor yang sangat menentukan timbulnya penyakit DM. Dari hasil pengamatan selama penulis melakukan praktik klinik KMB 2 di RSUD Ende, bahwa sebagian besar penderita DM berperilaku tidak sehat seperti mengonsumsi makanan tinggi kalori, minum-minuman yang manis dan menggunakan pengawet, jarang bahkan tidak pernah berolahraga dan sering mengonsumsi alkohol.

Peran perawat untuk merawat pasien dengan Diabetes Melitus adalah melalui pendekatan proses keperawatan. Asuhan keperawatan yang diberikan

melalui pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Peran perawat juga perlu memberikan dukungan dan motivasi kepada pasien untuk tetap menjaga kesehatan, mencegah komplikasi DM dan memeriksakan status kesehatan organ tubuh serta kepada keluarga diharapkan dapat merawat pasien dirumah dengan mengikuti semua anjuran dokter dan perawat.

Upaya preventif dan promotif telah dilakukan oleh tenaga kesehatan di RSUD Ende seperti penyuluhan, namun masih banyak penderita yang tidak mengikuti kegiatan tersebut dan tidak mengikuti saran kesehatan yang disampaikan. Alasan saya mengambil kasus ini karena di Indonesia sering kali mengalami kematian yang disebabkan oleh Diabetes Melitus, karena banyak manusia menganggap bahwa penyakit ini merupakan penyakit biasa tetapi penyakit Diabetes Melitus juga dikenal dengan penyakit pembunuh berdarah dingin.

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas dan sehubungan dengan prevalensi kejadian Diabetes Melitus (DM) masih tinggi serta masih adanya resiko seperti dampak kematian yang ditimbulkan akibat Diabetes Melitus (DM) maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “Asuhan Keperawatan Pada Ny. A. N Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.”

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam studi kasus ini adalah “ Bagaimanakah gambaran asuhan keperawatan pada

Ny. A. N dengan diagnosa medis Diabetes Melitus di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende”

### **C. Tujuan Studi Kasus**

#### 1. Tujuan Umum

Menggambarkan pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Ny. A. N dengan diagnosa medis Diabetes Melitus di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

#### 2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penulisan ini agar mahasiswa dapat:

- a. Menggambarkan pelaksanaan pengkajian pada Ny. A. N dengan diagnosa medis Diabetes Melitus di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
- b. Menggambarkan penegakkan diagnosa keperawatan pada Ny. A. N dengan diagnosa medis Diabetes Melitus di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
- c. Menggambarkan perencanaan intervensi keperawatan pada Ny. A. N dengan diagnosa medis Diabetes Melitus di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
- d. Menggambarkan pelaksanaan implementasi keperawatan pada Ny. A. N dengan diagnosa medis Diabetes Melitus di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

- e. Menggambarkan pelaksanaan evaluasi keperawatan pada Ny. A. N dengan diagnosa medis Diabetes Melitus di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
- f. Menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus pada Ny. A. N dengan Diabetes Melitus di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

#### **D. Manfaat Studi Kasus**

##### 1. Bagi Penulis

Untuk menambah pengetahuan dan pemahaman penulis sehingga dapat meningkatkan kemampuan dalam penatalaksanaan keperawatan penderita Diabetes Melitus.

##### 2. Bagi Pasien dan Keluarga

Menambah pengetahuan tentang perawatan dan pencegahan penyakit diabetes melitus.

##### 3. Bagi RSUD Ende

Sebagai bahan tambahan informasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan khususnya kasus diabetes melitus.

##### 4. Bagi Institusi

Untuk menambah pembendaharaan ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan juga diharapkan dapat digunakan sebagai acuan penelitian selanjutnya terkait kasus diabetes melitus.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Diabetes Melitus**

##### **1. Pengertian**

Diabetes Melitus merupakan gangguan metabolisme tubuh yang menahun akibat hormon insulin dalam tubuh yang tidak dapat digunakan secara efektif dalam mengatur keseimbangan gula darah sehingga meningkatkan konsentrasi kadar gula di dalam darah/hiperglikemia (Febrinasari, 2020).

Diabetes Melitus adalah penyakit metabolisme yang ditandai ketidakmampuan tubuh untuk menghasilkan cukup insulin untuk memproses karbohidrat, lemak dan protein dan berkurangnya komplikasi makro vaskuler, mikro vaskuler dan neurologis (Purwanto, 2016)

##### **2. Klasifikasi DM**

Macam-macam diabetes antara lain : 1). Diabetes Kehamilan, 2). Insulin Dependen Diabetes Melitus (IDDM) atau diabetes melitus tergantung insulin (DMT) yang disebabkan oleh destruksi sel B Pulau Langerhans akibat proses autonom. 3). NIDDM atau Non Insulin Dependen Diabetes Melitus/Diabetes Melitus tidak tergantung insulin (DMTTI) yang disebabkan kegagalan relatif sel B resistensi insulin. 4). Gangguan toleransi glukosa (GTG), (Sholikah, 2020).

### 3. Etiologi

Diabetes Mellitus tergantung insulin (DMTI) disebabkan karena: a) Faktor genetic. Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik kearah terjadinya diabetes tipe I. Kecenderungan genetic ini ditentukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA (*Human Leucocyte Antigen*) tertentu.

HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen tranplantasi dan proses imun lainnya. b) Faktor imunologi Pada diabetes tipe I terdapat bukti adanya suatu respon autoimun. Ini merupakan respon abnormal dimana antibody terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing.

c) Faktor lingkungan Faktor eksternal yang dapat memicu destruksi sel  $\beta$  pancreas, sebagai contoh hasil penyelidikan menyatakan bahwa virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang dapat menimbulkan destruksi sel  $\beta$  pancreas (Hartanti, Aditama, & Rahayu, 2013).

Diabetes Melitus tak tergantung insulin (DMTTI) Secara pasti penyebab dari DM tipe II ini belum diketahui, factor genetic diperkirakan memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin. Diabetes Mellitus tak tergantung insulin (DMTTI) penyakitnya mempunyai pola familial yang kuat. DMTTI ditandai dengan kelainan dalam sekresi insulin maupun dalam kerja insulin.

Pada awalnya tampak terdapat resistensi dari sel-sel sasaran terhadap kerja insulin. Insulin mula-mula mengikat dirinya kepada reseptor-reseptor permukaan sel tertentu, kemudian terjadi reaksi intraseluler yang meningkatkan transport glukosa menembus membran sel. Pada pasien dengan DMTTI terdapat kelainan dalam pengikatan insulin dengan reseptor. Hal ini dapat disebabkan oleh berkurangnya jumlah tempat reseptor yang responsif insulin pada membran sel. Akibatnya terjadi penggabungan abnormal antara kompleks reseptor insulin dengan system transport glukosa.

Kadar glukosa normal dapat dipertahankan dalam waktu yang cukup lama dan meningkatkan sekresi insulin, tetapi pada akhirnya sekresi insulin yang beredar tidak lagi memadai untuk mempertahankan euglikemia. Diabetes Mellitus tipe II disebut juga Diabetes Mellitus tidak tergantung insulin (DMTTI) atau *NonInsulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM) yang merupakan suatu kelompok heterogen bentuk-bentuk Diabetes yang lebih ringan, terutama dijumpai pada orang dewasa, tetapi terkadang dapat timbul pada masa kanak-kanak. (Hartanti, Aditama, & Rahayu, 2013)

Perilaku individu yang kebanyakan makan karbohidrat, minuman manis, soda, menyebabkan obesitas dan mengakibatkan organ pankreas untuk bekerja lebih menghasilkan insulin akibatnya, sel beta pankreas mengalami kerusakan dan menghasilkan insulin semakin lama semakin sedikit untuk tubuh (Hartanti, Aditama, & Rahayu, 2013).

#### 4. Patofisiologi

Menurut (Corwin, EJ, 2009), Diabetes tipe I. pada diabetes tipe I terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Hiperglikemi puasa terjadi akibat produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati. Disamping itu glukosa yang berasal dari makanan tidak disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia posprandial (sesudah makan).

Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi maka ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar, akibatnya glukosa tersebut muncul dalam urin (glukosuria). Ketika glukosa yang berlebihan diekskresikan ke dalam urin, ekskresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan diuresis osmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan berlebihan, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus (polidipsia).

Defisiensi insulin juga akan mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat mengalami peningkatan selera makan (polifagia), akibat menurunnya simpanan kalori. Gejala lainnya mencakup kelelahan dan kelemahan. Dalam keadaan normal insulin mengendalikan glikogenolisis (pemecahan glukosa yang disimpan) dan glukoneogenesis (pembentukan glukosa baru dari asam-asam amino dan substansi lain), namun pada penderita defisiensi insulin proses ini akan terjadi hambatan lebih lanjut dan akan turut menimbulkan

hiperglikemia. Disamping itu akan terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi badan keton yang merupakan produk samping pemecahan lemak. Badan keton merupakan asam yang mengganggu keseimbangan asam basa tubuh apabila jumlahnya berlebihan.

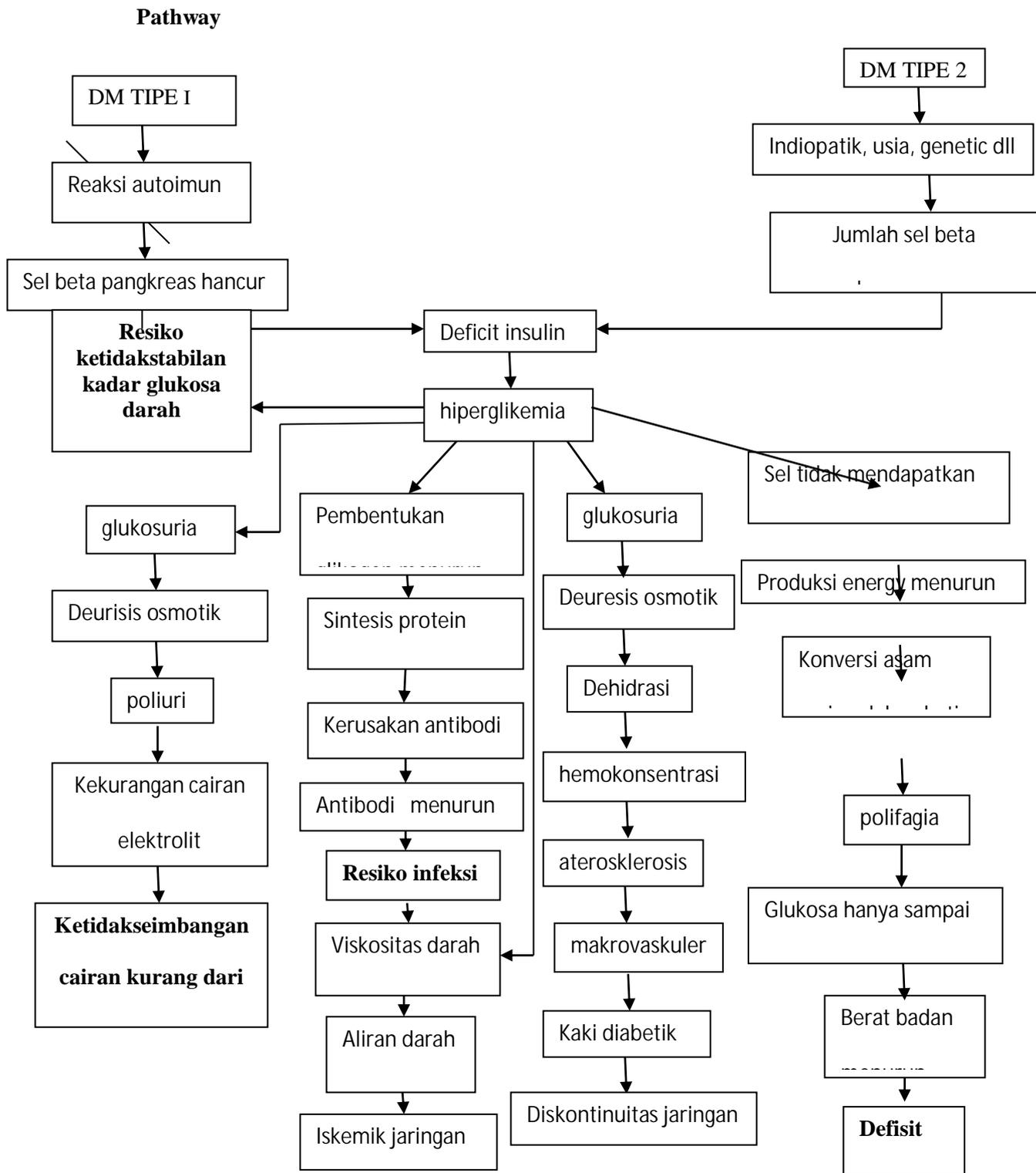
Diabetes tipe II, pada diabetes tipe II terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor khusus pada permukaan sel tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa di dalam sel. Resistensi insulin pada diabetes tipe II disertai dengan penurunan reaksi intrasel. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan.

Pada penderita yang toleransi glukosa terganggu, keadaan tersebut terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan dan kadar glukosanya akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat. Namun, jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi diabetes tipe II. Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas DM tipe II, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk

mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Karena itu ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada diabetes tipe II. Meskipun demikian, diabetes tipe II yang tidak terkontrol dapat menimbulkan masalah akut lainnya yang dinamakan sindrom hiperglikemik hiperosmoler nonketoik (HHNK).

Diabetes tipe II paling sering terjadi pada penderita diabetes yang berusia lebih dari 30 tahun dan obesitas. Akibat intoleransi glukosa berlangsung lambat (selama bertahun-tahun) dan progresi, maka awitan diabetes tipe II dapat berjalan tanpa terdeteksi. Jika gejalanya dialami pasien, gejala tersebut sering bersifat ringan dan dapat mencakup kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsi, luka pada kulit yang lama sembuh-sembuh, infeksi vagina atau pandangan yang kabur (jika kadar glukosanya sangat tinggi).

*Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM) atau Diabetes Mellitus Tidak Tergantung Insulin (DMTTI) disebabkan karena kegagalan relatif sel dan resistensi insulin. Resistensi insulin adalah turunnya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati. Sel tidak mampu mengimbangi resistensi insulin ini sepenuhnya, artinya terjadi defisiensi relatif insulin. Ketidakmampuan ini terlihat dari berkurangnya sekresi insulin pada rangsangan glukosa, namun pada rangsangan glukosa bersama bahan perangsang sekresi insulin lain. Berarti sel pankreas mengalami desensitisasi terhadap glukosa (Mansjoer, 2001).



Sumber: Smeltzel & Bare, (2015)

Gambar 2.1 pathway Diabetes Melitus

## 5. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala dari DM yaitu banyak makan (*polifagi*), banyak minum (*polidipsi*), banyak kencing (*poliuria*). Dalam fase ini biasanya penderita menunjukkan BB yang terus naik bertambah gemuk karena pada saat ini jumlah insulin masih mencukupi ini merupakan pemulaan gejala yang dapat ditunjukkan bila seorang mengidap DM. Bila keadaan tersebut tidak dapat di obati lama kelamaan akan timbul gejala yang disebabkan oleh kurangnya insulin (*polidipsi* dan *poliuri*) napsu makan mulai berkurang (*polifagia*) dan mual jika kadar glukosa melebihi 500 mg/dl.

Adapun gejala kronik yang sering timbul, yaitu kesemutan, keram, capai, mudah mengantuk, mata kabur, gatal di sekitar kemaluan terutama wanita, kemampuan seksualitas menurun bahkan impoten, bisul atau luka yang tidak mau sembuh (Purwanto, 2016).

## 6. Pemeriksaan Diagnostik

(Alexander, 2019), pemeriksaan diagnostik pada penderita DM seperti pemeriksaan gula darah sewaktu, kadar glukosa darah puasa, Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) standar.

**Tabel 2.1** Glukosa Darah Sewaktu dan Puasa dengan Metode Anzomatik  
Sebagai Patokan dan Diagnosa DM Sumber: (Kam, 2019)

	Bukan DM	Bukan Pasti DM	DM
<b>Kadar glukosa darah sewaktu:</b>			
Plasma vena	< 110	100-199	> 200
Darah kapiler	< 90	90-199	>200
<b>Kadar glukosa darah puasa:</b>			
Plasma vena	< 110	100-125	> 125
Darah kapiler	< 90	90-107	> 110

## 7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada setiap tipe diabetes adalah mencapai kadar glukosa darah normal (euglikemia) tanpa terjadinya hipoglikemia dan gangguan serius pada pola aktivitas. Ada lima komponen dalam penatalaksanaan diabetes yakni; 1). Diet DM. Diet dan pengendalian berat badan merupakan dasar dari penatalaksanaan diabetes. Penatalaksanaan nutrisi pada penderita diabetes diarahkan untuk mencapai tujuan seperti memberikan semua unsur makanan esensial (misalnya vitamin, mineral), mencapai dan mempertahankan berat badan yang sesuai, memenuhi kebutuhan energi, menurunkan kadar lemak darah jika kadar ini meningkat, kepatuhan jangka panjang terhadap perencanaan makanan

merupakan salah satu aspek yang paling menimbulkan tantangan dalam penatalaksanaan diabetes.

Bagi penderita obesitas, tindakan membatasi kalori yang moderat mungkin lebih realistis. Bagi penderita yang berat badannya sudah turun, upaya menurunkan berat badan sering lebih sulit dikerjakan. Untuk membantu penderita ini dalam mengikutsertakan kebiasaan diet yang baru ke dalam gaya hidupnya, maka keikutsertaannya dalam terapi perilaku, dukungan kelompok dan penyuluhan gizi yang berkelanjutan sangat dianjurkan. Bagi semua penderita diabetes, perencanaan makanan harus mempertimbangkan pula kegemaran penderita terhadap makanan tertentu, gaya hidup, jam-jam makan yang biasa diikutinya dan latar belakang etnik serta budayanya (Hartanti, Aditama, & Rahayu, 2013)

Bagi penderita yang mendapat terapi insulin intensif, penentuan jam makan dan banyaknya makanan mungkin lebih fleksibel dengan cara mengatur perubahan kebiasaan makan serta latihan. Perbedaan diet ini dengan makanan biasa adalah mengatur makanan sesuai prinsip “3J” (tepat jumlah, tepat jenis, tepat jadwal) Tepat jumlah; karbohidrat 60-70%, protein 10-15%, lemak 20-25%.

Jumlah kalori disesuaikan dengan pertumbuhan, status gizi, umur, stress akut dan kegiatan jasmani untuk mempertahankan berat badan idaman. Untuk penentuan status gizi dipakai body mass index (BMI) = indeks masa tubuh (IMT) =  $BB \text{ (kg)} / \{TB(m)^2\}$  / untuk kepentingan klinis klinik praktis dan penentuan jumlah kalori dipakai rumus broca : BB ideal

= (TB-100)-10%. Kebutuhan kalori basal (30 kkal/kg BB untuk laki-laki dan 25 kkal/kg BB untuk wanita). Kemudian ditambah dengan kebutuhan aktifitas 10-30%. Jumlah kebutuhan kalori yang terhitung dibagi 3 porsi besar pagi 20%, siang 30% dan sore 25% serta 2-3 porsi makanan ringan 10-15%. Tepat jenis; bahan makanan yang harus dihindari: gula murni dan bahan makanan yang diolah dengan menggunakan gula murni seperti gula pasir, gula jawa, madu, sirop.

Makanan yang dibatasi: sumber hidrat arang kompleks seperti nasi, lontong, ketan, jagung, roti, singkong, talas, kentang, sagu, mie. Tepat jadwal; antara porsi besar dan makanan selingan diberi jarak 3 jam. 2). Latihan. Latihan sangat penting dalam penatalaksanaan diabetes karena efeknya dapat menurunkan glukosa darah dan mengurangi faktor resiko kardiovaskuler. Latihan akan menurunkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian insulin.

Sirkulasi darah dan tonus otot juga diperbaiki dengan berolahraga. Latihan dengan cara melawan tahanan dapat meningkatkan lean body mass dan dengan demikian menambah laju metabolisme istirahat. Semua efek ini sangat bermanfaat pada diabetes karena dapat menurunkan berat badan, mengurangi rasa stress dan mempertahankan kesegaran tubuh. Latihan jasmani teratur 3-4 kali tiap minggu selama  $\pm \frac{1}{2}$  jam. Adanya kontraksi otot akan merangsang peningkatan glukosa kedalam sel (Hartanti, Aditama, & Rahayu, 2013).

Penderita diabetes dengan kadar glukosa darah  $>250\text{mg/dl}$  dan menunjukkan adanya keton dalam urine tidak boleh melakukan latihan sebelum pemeriksaan keton urine menunjukkan hasil negatif dan kadar glukosa darah mendekati normal. Penderita yang ikut serta dalam latihan yang panjang harus memeriksa kadar glukosa darahnya sebelum, selama dan sesudah periode latihan tersebut. Penderita diabetes harus diajarkan untuk selalu melakukan latihan pada saat yang sama (sebaiknya ketika kadar glukosa darah mencapai puncaknya) dan intensitas yang sama setiap harinya.

3). Pemantauan Glukosa dan Keton. Pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri, penderita diabetes kini dapat mengatur terapinya untuk mengendalikan kadar glukosa secara optimal. Cara ini memungkinkan deteksi dan pencegahan hipoglikemia serta hiperglikemia dan berperan dalam menentukan kadar glukosa darah normal yang kemungkinan akan mengurangi komplikasi diabetes jangka panjang.

Beberapa alat pemantau kadar glukosa darah terbaru tidak lagi menggunakan tahap penghapusan darah dari strip. Strip tersebut pertama-tama dimasukkan ke dalam alat pengukur sebelum darah ditempelkan pada strip. Setelah darah melekat pada strip, darah tersebut dibiarkan selama pelaksanaan tes. Alat pengukur akan memperlihatkan kadar glukosa darah dalam waktu yang singkat (kurang dari 1 menit).

4). Penyuluhan. Informasi yang diberikan mencakup patofisiologi sederhana seperti definisi diabetes, batas-batas kadar glukosa darah, efek terapi insulin, efek makanan dan stress dan dasar pendekatan terapi. Cara-cara terapi seperti

pemberian insulin, dasar-dasar diet, pemantauan kadar glukosa darah, keton urin. Pengenalan, penanganan dan pencegahan hipoglikemia dan hiperglikemia. Informasi pragmatis dimana membeli dan menyimpan insulin, kapan dan bagaimana cara menghubungi dokter. 5). Obat-obatan. Golongan sulfonilurea berfungsi untuk merangsang sel beta pankreas mengeluarkan insulin, golongan biguanid berfungsi untuk merangsang sekresi insulin yang tidak menyebabkan hipoglikemia. Alfa glukosidase inhibitor berfungsi untuk menghambat kerja insulin alfa glukosidase di dalam saluran cerna sehingga dapat menurunkan penyerapan glukosa dan menurunkan hiperglikemia post prandial.

Salah satu obat DM golongan sulfonilurea adalah metformin. Metformin adalah zat antihiperglikemik oral golongan biguanid untuk penderita diabetes militus tanpa ketergantungan terhadap insulin. Metformin hanya mengurangi kadar glukosa darah dalam keadaan hiperglikemia serta tidak menyebabkan hipoglikemia bila diberikan sebagai obat tunggal. Metformin tidak menyebabkan penambahan berat badan bahkan cenderung dapat menyebabkan kehilangan berat badan. Dosis Metformin harus diberikan bersama dengan makanan atau sesudah makan dalam dosis yang terbagi dalam Tablet 500 mg dengan dosis 3 x sehari 1 tablet, Tabel 850 mg dengan dosis 1 x sehari 1 tablet (pagi), dosis pemeliharaan 2 x sehari 1 tablet (pagi dan malam). Insulin sensitizing agent mempunyai efek farmakologi yakni meningkatkan sensitifitas berbagai masalah akibat resistensi insulin. Penyuntikan insulin sebaiknya

30 menit sebelum makan atau selang waktu tertentu berdasarkan regimen insulin dan nilai kadar gula darah (Hartanti, Aditama, & Rahayu, 2013)

## **8. Komplikasi**

Menurut Brunner dan Suddarth (2002), komplikasi dari Diabetes Melitus dibagi menjadi dua (2), yakni; 1). Komplikasi Akut Diabetes. Ada tiga komplikasi akut pada diabetes yang penting dan berhubungan dengan gangguan keseimbangan kadar glukosa darah jangka pendek. Ketiga komplikasi tersebut adalah hipoglikemia, ketoasidosis diabetik dan sindrom HHNK (juga disebut koma hiperglikemik hiperosmoler nonketotik). a). Hipoglikemia (Reaksi Insulin). Hipoglikemia (kadar glukosa darah yang abnormal rendah) terjadi kalau kadar glukosa darah turun di bawah 50 hingga 60 mg/dl (2,7 hingga 3,3 mmol/L). Keadaan ini dapat terjadi akibat pemberian insulin atau preparat obat yang berlebihan, konsumsi makanan yang terlalu sedikit atau karena aktifitas fisik yang berat.

Hipoglikemia dapat terjadi setiap saat pada siang atau malam hari. Kejadian ini bisa dijumpai sebelum makan, khususnya jika waktu makan tertunda atau bila pasien lupa makan camilan. Sebagai contoh, hipoglikemia siang hari terjadi bila insulin regular yang disuntikkan pada pagi hari mencapai puncaknya, sementara hipoglikemia sore hari timbul bersamaan dengan puncak kerja NPH atau insulin Lente yang diberikan pada pagi hari.

Hipoglikemia pada tengah malam hari dapat terjadi akibat pencapaian puncak kerja NPH atau insulin Lente yang disuntikkan pada malam hari, khususnya bila pasien tidak makan camilan sebelum tidur. Gejala hipoglikemia adalah lapar, gemetar, berdebar, keringat dingin, pusing, gelisah, koma. b). Diabetes Ketoasidosis. Akibat defisiensi insulin adalah pemecahan lemak (lipolisis) menjadi asam-asam lemak bebas dan gliserol. Asam lemak bebas akan diubah menjadi badan keton oleh hati. Pada ketoasidosis diabetik terjadi produksi badan keton yang berlebihan sebagai akibat dari kekurangan insulin yang secara normal akan mencegah timbulnya keadaan tersebut. Badan keton bersifat asam, dan bila tertumpuk dalam sirkulasi darah, badan keton akan menimbulkan asidosis metabolik.

Gejala diabetes ketoasidosis adalah poliuria, polidipsia, mual, muntah, pernapasan kussmaul, lemah, dehidrasi, hipotensi, gangguan kesadaran sampai koma. c). Sindrom Hiperglikemik Hiperosmolar Nonketotik. Pada sindrom HHNK kadar insulin tidak rendah meskipun tidak cukup untuk mencegah hiperglikemia. Namun sejumlah kecil insulin ini cukup untuk mencegah pemecahan lemak. Gejala sindrom hiperglikemik hiperosmolar nonketotik adalah gangguan neurologis, dehidrasi berat, hipotensi.

2). Komplikasi Kronik Jangka Panjang, terdiri atas; a). Mikroangiopati merupakan lesi spesifik diabetes yang menyerang kapiler

dan arteriola retina, glomerulus ginjal dan saraf-saraf perifer; b). Makroangiopati mempunyai gambaran histopatologis berupa aterosklerosis. Gabungan dari gangguan biokimia yang disebabkan oleh insufisiensi insulin dapat menjadi penyebab penyakit vaskuler.

## **B. Konsep Masalah Keperawatan**

Adapun masalah-masalah yang muncul pada pasien dengan diabetes melitus antara lain:

### 1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah.

Merupakan variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal.

#### **Penyebab:**

Hiperglikemia : a.) Disfungsi pankreas, b.) Resistensi insulin, c.)

Gangguan toleransi glukosa darah, d.) Gangguan glukosa darah puasa.

Hipoglikemia : a.) Penggunaan insulin atau obat glikemik oral, b.)

Hiperinsulinemia (mis. insulinoma), c.) Endokrinopati (mis. Kerusakan adrenal atau pituitari, d.) Disfungsi hati, e.) Disfungsi ginjal kronis, f.)

Efek agen farmakologi, g.) Tindakan pembedahan neoplasma, h.)

Gangguan metabolik bawaan (mis. Gangguan penyimpanan lisosomal, galaktosemia, gangguan penyimpanan glikogen).

#### **Gejala dan Tanda Mayor**

Hipoglikemia

Subjektif: mengantuk, pusing.

Objektif: gangguan koordinasi, kadar glukosa dalam darah/urin rendah.

Hiperglikemia

Subjektif: lelah atau lesu.

Objektif: kadar glukosa dalam darah/urin tinggi.

### **Gejala dan Tanda Minor**

#### Hipoglikemia

Subjektif: palpitasi, mengeluh lapar.

Objektif: gemetar, kesadaran menurun, perilaku aneh, sulit bicara, berkeringat.

#### Hiperglikemia

Subjektif: mulut kering, haus meningkat

Objektif: jumlah urin meningkat.

## 2. Ketidakseimbangan Cairan Kurang Dari Kebutuhan Tubuh

Ketidakseimbangan cairan merupakan penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan intraseluler.

**Penyebab:** a). Kehilangan cairan aktif, b). Kegagalan mekanisme regulasi, c). Peningkatan permeabilitas kapiler, d). Kekurangan intake cairan, e). Evaporasi

### **Gejala dan tanda Mayor:**

Subjektif: -

Objektif: Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat

Gejala dan tanda Minor:

Subjektif: Merasa lemah, mengeluh haus

Objektif: Pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, berat badan turun tiba-tiba.

### 3. Risiko infeksi

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor risiko : a). Penyakit kronis (mis, diabetes melitus), b). Efek prosedur invasif, c). Malnutrisi, d). Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, e). Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : 1) Gangguan peristaltik, 2) Kerusakan integritas kulit, 3) Perubahan sekresi pH, 4) Penurunan kerja insulin, 5) Ketuban pecah lama, 6) Ketuban pecah sebelum waktunya, 7) Merokok, 8) Statis cairan tubuh, f). Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : 1) Penurunan hemoglobin, 2) Imunosupresi, 3) Leukopenia, 4) Supresi respon inflamasi, 5) Vaksinasi tidak adekuat.

### 4. Defisit nutrisi

Yaitu asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

**Penyebab:** a). Kurangnya asupan makanan, b). Ketidakmampuan menelan makanan, c). Ketidakmampuan mencerna makanan, d). Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, e). Peningkatan kebutuhan metabolisme, f). Faktor ekonomi (mis, finansial tidak mencukupi), g). Faktor psikologis (mis, keengganan untuk makan).

#### **Tanda dan gejala Mayor :**

Subjektif :

Objektif: berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal.

Tanda dan gejala Minor :

Subjektif: cepat kenyang setelah makan, kram atau nyeri abdomen, nafsu makan menurun

Objektif: bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.

### **C. 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**

Menurut *North American Nursing Diagnosis Association* (2013), fase pengkajian merupakan sebuah komponen utama untuk mengumpulkan informasi, data, memvalidasi data, mengorganisasikan data, dan mendokumentasikan data. Pengumpulan data antara lain meliputi:

##### 1) Biodata

- a) Identitas Pasien (nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku, alamat, status, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnosa medis)

- b) Identitas penanggung jawab (nama, umur, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien).
- 2) Riwayat kesehatan
- a) Riwayat kesehatan sekarang

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

Adakah riwayat penyakit terdahulu yang pernah diderita oleh pasien tersebut, seperti pernah menjalani operasi berapa kali, dan dirawat di RS berapa kali.
  - c) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat penyakit keluarga, adakah anggota keluarga dari pasien yang menderita penyakit *Diabetes Melitus* karena DM ini termasuk penyakit yang menurun.
- 3) Pola Fungsional Gordon
- a) Pola pemeliharaan kesehatan

Tidak memahami penyakit yang dialami, bertanya tentang penyakitnya.
  - b) Pola Aktivitas

Takipnea pada keadaan istirahat dengan aktivitas, merasa cepat lelah saat beraktivitas.

## c) Pola eliminasi

Urin encer, kuning, polyuria, diare.

## d) Pola nutrisi

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

## e) Musculoskeletal

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

## 4) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik secara keseluruhan mulai dari kepala sampai kaki dengan menggunakan prinsip inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi untuk melihat tanda klinis yang terjadi pada tubuh pasien seperti warna kulit, kuku, cacat warna, bentuk, memperhatikan jumlah rambut, distribusi, teksturnya dan lain-lain (Bararah, 2013).

**b. Tabulasi Data**

Kesemutan, menurunnya berat badan, meningkatnya nafsu makan, sering haus, polyuria, diare, muntah, bising usus lemah /menurun, polifagia dan polidipsi, penurunan kekuatan otot, takikardia, rasa berat pada tungkai, kulit kemerahan, pruritus, penyembuhan luka lama, bertanya tentang sakitnya.

**c. Klasifikasi Data**

DS : Polyuria, polidipsi, polifagi, kekakuan, mengantuk, kesemutan, rasa berat pada tungkai, pruritus, muntah, diare, keringatan.

DO : Penurunan BB, bising usus lemah/menurun, takikardia, keringatan, kulit kemerahan, pruritus.

**d. Analisa Data**

- 1) Problem: Resiko ketidakstabilan glukosa darah. Etiologi: Hiperglikemia. Sign/simptom : DS: Lelah, mengantuk, pusing, DO: Kadar glukosa dalam darah/urine tinggi.
- 2) Problem: Ketidakseimbangan cairan kurang dari kebutuhan tubuh. Etiologi: Diuresis osmotik (poliuri). Sign/simptom: DS: Polyuria, polidipsi. DO: Takikardi.
- 3) Problem: Resiko infeksi. etiologi: ketidakadekuatnya pertahanan tubuh perimer. Sign/simptom: DS: Luka pada bagian ekstermitas , DO : Adanya pus dan edema.
- 4) Problem: Defisit nutrisi. Etiologi: Penurunan absorpsi nutrisi. Sign/Simptom: DS: penurunan BB, diare, muntah. DO: penurunan kekuatan otot.

**2. Diagnosa Keperawatan (Tim POKJA SDKI DPP PPNI, 2016)**

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien diabetes melitus antara lain:

1) Resiko ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia yang ditandai dengan:

DS : Lelah, mengantuk, pusing

DO : Kadar glukosa dalam darah/urine tinggi

2) Ketidakseimbangan cairan kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Diuresis osmotik (poliuri) yang ditandai dengan:

DS : Polyuria, polidipsi

DO : Nadi meningkat, takikardi

3) Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer ditandai dengan:

DS : Luka pada bagian ekstermitas

DO : Adanya pus dan edema

4) Defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan absorpsi nutrisi yang ditandai dengan:

DS : Penurunan BB, diare, muntah.

DO : Penurunan kekuatan otot.

### **3. Intervensi Keperawatan** (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018):

a. Diagnosa I : Ketidakseimbangan cairan tubuh kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan diuresis osmotik

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah kekurangan volume cairan dapat teratasi.

Kriteria hasil:

- 1) TTV stabil
- 2) Turgor kulit baik
- 3) Haluaran urine normal
- 4) Kadar elektrolit dalam batas normal

Intervensi :

Manajemen Cairan :

- 1) Monitor status hidrasi

Rasional : Memberikan informasi tentang kondisi cairan dalam tubuh pasien dan memudahkan dalam memberikan intervensi yang tepat.

- 2) Monitor BB harian

Rasional : Memberikan informasi tentang status kalori pasien dan membantu dalam memberikan hasil status cairan yang sedang berlangsung dan selanjutnya dalam pemberian cairan pengganti.

- 3) Catat intake dan output dan hitung balance cairan 24 jam

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

- 4) Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan

Rasional : Mempertahankan keseimbangan cairan dengan membatasi pemberian cairan kepada pasien DM sehingga mencegah terjadinya kekurangan dan kelebihan cairan tubuh.

### 5) Pantau Tanda-Tanda Vital (TTV)

Rasional: Hipovolemia dapat ditandai dengan hipotensi dan takikardi

- b. Diagnosa II : Defisit nutrisi berhubungan dengan adekuat insulin  
penurunan masukan oral/penurunan absorpsi nutrisi.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi.

Kriteria hasil:

- 1) Berat badan stabil
- 2) Mencerna jumlah nutrisi yang tepat
- 3) Menunjukkan tingkat energi yang stabil

Intervensi :

Manajemen nutrisi

- 1) Timbang berat badan setiap hari

Rasional : Mengkaji pemasukan makanan yang adekuat

- 2) Tentukan program diet dan pola makan pasien, dan bandingkan dengan makanan yang dihabiskan pasien.

Rasional: Mengidentifikasi kekurangan dan penyimpangan dari kebutuhan

- 3) Auskultasi bising usus, catat adanya nyeri abdomen atau mual muntah

Rasional: Hiperglikemi dapat menurunkan motilitas atau fungsi lambung (distensi atau ileusparalitik) yang akan mempengaruhi pilihan intervensi.

## 4) Identifikasi makanan yang disukai

Rasional: Jika makanan yang disukai dapat dimasukkan dalam pencernaan makanan, kerjasama ini dapat diupayakan setelah pulang

## 5) Libatkan keluarga pada perencanaan makan sesuai indikasi

Rasional: Memberikan informasi kepada keluarga untuk memahami kebutuhan nutrisi pasien

## 6) Kolaborasi dengan ahli diet

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

c. Diagnosa III : Resti infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatnya pertahanan tubuh primer.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan resiko infeksi dapat dicegah atau tidak terjadi infeksi.

Kriteria hasil :

- 1) Pasien bebas dari tanda gejala infeksi
- 2) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
- 3) Jumlah leukosit dalam batas normal
- 4) Menunjukkan perilaku hidup sehat

Intervensi :

## 1) Observasi tanda-tanda infeksi dan peradangan

Rasional : Pasien mungkin masuk dengan infeksi yang biasanya telah mencetuskan keadaan ketoasidosis atau infeksi nasokomial.

- 2) Tingkatkan upaya pencegahan dengan mencuci tangan bagi semua orang yang berhubungan dengan pasien meskipun pasien itu sendiri.

Rasional: Mencegah timbulnya infeksi nosokomial

- 3) Pertahankan teknik aseptik prosedur invasif

Rasional : Kadar glukosa tinggi akan menjadi media terbaik bagi pertumbuhan kuman

- 4) Berikan perawatan kulit dengan teratur dan sungguh-sungguh, massage daerah yang tertekan. Jaga kulit tetap kering dan kencang

Rasional : Sirkulasi perifer bisa terganggu yang menempatkan pasien pada peningkatan resiko terjadinya iritasi kulit dan infeksi.

- 5) Bantu pasien melakukan oral hygiene

Rasional : Menurunkan resiko terjadinya penyakit mulut

- 6) Anjurkan untuk makan dan minum adekuat

Rasional : Menurunkan kemungkinan terjadinya infeksi

- 7) Kolaborasi tentang pemberian antibiotik yang sesuai

Rasional : Penanganan awal dapat membantu mencegah timbulnya sepsis

- d. Diagnosa VI : Resiko ketidakstabilan glukosa darah. Etiologi: Hiperglikemia.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi risiko ketidakstabilan gula darah.

Kriteria hasil:

- 1) Kadar glukosa dalam darah membaik

- 2) Kadar glukosa dalam urin membaik
- 3) Keluhan lapar menurun
- 4) Rasa haus menurun
- 5) Jumlah urin membaik.

Intervensi:

Manajemen Hiperglikemia:

- 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia  
Rasional: Memberikan informasi tentang penyebab hiperglikemia dan sebagai upaya pencegahan terjadinya hiperglikemia.
- 2) Monitor kadar glukosa darah  
Rasional: Memberikan informasi tentang kadar glukosa dalam darah sehingga tidak terjadi komplikasi.
- 3) Anjurkan pasien untuk monitor kadar glukosa darah secara mandiri  
Rasional: Meningkatkan peran pasien dalam mengontrol kadar gula darah sehingga mencegah terjadinya peningkatan kadar gula darah.
- 4) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga  
Rasional: Diet dan olahraga membantu dalam mempertahankan keseimbangan kadar gula dalam darah.
- 5) Kolaborasi pemberian insulin jika diperlukan  
Rasional: Pemberian insulin membantu dalam proses penyerapan glukosa dalam sel.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Nursalam, 2011).

#### **5. Evaluasi**

(Nursalam, 2011) evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu:

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

## **BAB III**

### **METODE STUDI KASUS**

#### **A. Jenis dan Desain Studi Kasus**

Jenis penelitian adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah Diabetes Melitus. Pendekatan yang digunakan adalah asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

#### **B. Subyek Studi Kasus**

Subyek dalam penelitian ini adalah satu orang ibu dengan masalah Diabetes Melitus di RSUD Ende yang telah bersedia menjadi responden.

#### **C. Batasan Istilah ( Definisi Operasional )**

1. Batasan istilah dalam studi penelitian meliputi :

Diabetes Melitus merupakan suatu kelainan defisiensi dari insulin dan kehilangan toleransi terhadap glukosa. Pasien dikatakan Diabetes Melitus jika hasil tes GDS  $\geq 200$  mg/dl, GDP  $\geq 140$  mg/dl. Sedangkan GD 2 jam  $\geq 200$  ml/dl.

2. Asuhan keperawatan adalah bentuk tindakan atau kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan kepada pasien yang 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 dilakukan di RPD III RSUD Ende jalan prof. Dr.W.Z Yohanes, Kelurahan paupire, Kecamatan Ende Tengah, Kabupaten Ende, Nusa Tenggara Timur, pada tanggal 24-26 Juni 2022.

**E. Metode/Prosedur Studi Kasus**

Tahapannya :

1. Penyusunan proposal dilakukan tanggal 8 Februari 2022 sampai 17 Mei 2022.
2. Proposal di setuju oleh pembimbing tanggal 17 Mei 2022.
3. Ujian proposal dilakukan pada tanggal 31 Mei 2022.
4. Mengajukan surat permohonan studi kasus kepada Direktur RSUD Ende tanggal 23 Juni 2022.
5. Melakukan pendekatan dan memohon ijin kepada kepala ruangan RPD III pada tanggal 23 Juni 2022.
6. Melakukan pendekatan pada pasien pada tanggal 24 Juni 2022, dan mulai melakukan studi kasus dari tanggal 24-26 Juni 2022. Studi kasus diawali dengan meminta tanda tangan informed consent.
7. Dilanjutkan dengan studi pelaksanaan kasus pada tanggal 24-26 Juni 2022.

## **F. Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini yaitu :

### 1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien, identitas penanggung jawab, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/ istirahat.

### 2. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada pasien dengan prinsip head to toe dan hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi, dengan menggunakan stetoskop, tensi meter, thermometer. Observasi dilakukan selama 3 hari berturut-turut.

### 3. Studi Dokumentasi

Dilakukan dengan mendapatkan data-data laporan dan informasi dari rekam medis pasien. Seperti pemeriksaan laboratorium ( pemeriksaan darah lengkap ).

## **G. Instrumen Pengumpulan Data**

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian keperawatan medikal bedah.

## **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 dikumpulkan dari klien seperti biodata klien, biodata penanggung jawab, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu.

### 2. Data sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari keluarga atau hasil studi dokumentasi.

## **I. Analisa Data**

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

## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Studi Kasus**

##### **1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus**

Studi kasus ini dilaksanakan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Ruangan RPD III merupakan salah satu ruangan rawat inap yang terdiri dari 1 ruang perawat, 3 ruang perawatan dalam 17 bed, 1 ruang farmasi, 1 ruang pantry, 1 ruang gudang, memiliki 16 orang perawat, 1 orang administrasi, dan 2 orang cleaning service.

##### **2. Pelaksanaan Asuhan Keperawatan**

###### **a. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian dilakukan pada hari Jumat tanggal 24 Juni 2022 pada Ny.

A. N.

###### **1) Pengumpulan data**

###### **a) Wawancara**

###### **(1) Biodata klien**

Pasien berinisial Ny. A. N berumur 48 tahun, jenis kelamin perempuan, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, pendidikan terakhir klien SMP beralamatkan di Nabe dan beragama katolik dengan diagnosa medis Diabetes Melitus (DM).

(2) Biodata Penanggung jawab

Klien berinisial Tn. P. H. R. beumur 53 Tahun dan pendidikan terakhir SMA, dan bekerja sebagai petani, hubungan dengan klien suami.

(3) Riwayat kesehatan

(a) Keluhan utama

Klien mengatakan pusing, badannya terasa lemas dan keringat dingin, mual, muntah.

(b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada hari kamis sore jam 17.15 klien dibawa ke RSUD Ende menuju IGD dengan keluhan klien mengatakan pusing, badannya terasa lemas, mual, nyeri uluh hati, muntah, keringat dingin secara tiba-tiba pada malam hari, dan sering kencing. Klien tampak terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm ditangan sebelah kanan.

(c) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Klien mengatakan bahwa sebelumnya klien pernah mengalami penyakit Hipertensi dan penyakit Diabetes Melitus. Klien juga pernah dirawat di RSUD Ende tepatnya di tanggal 17 Januari 2022 dengan keluhan yang sama yakni badan terasa lemas, mual, muntah. Klien diberikan terapi golongan obat antidiabetik untuk mengontrol dan menurunkan kadar gula dalam darah.

(4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang menderita penyakit Diabetes Melitus.

(5) Pengkajian Perpola

(a) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Klien mengatakan bahwa kalau sakit klien selalu berobat ke Puskesmas. Klien teratur minum obat yang diberikan oleh dokter atau perawat. Saat ini klien mengatakan bahwa sakit yang dialaminya bukan sebagai kutukan namun sebagai hasil dari kurang pedulinya dalam menjaga kesehatan.

(b) Pola Nutrisi Metabolik

Klien mengatakan kebiasaan sehari-hari makan minum 3x dalam sehari, jenis makanan yang dimakan seperti nasi, sayur, ikan, tahu-tempe dan sesekali disertai buah-buahan. Porsi makan yang disediakan dapat dihabiskan. Klien minum air putih sehari 7-8 gelas (1.7050cc). Selain minum air putih klien juga minum teh 1 kali dalam sehari. Saat ini klien makan dengan komposisi nasi, sayur dan tahu. Akan tetapi makanan tersebut tidak dapat dihabiskan dan dimuntahkan kembali oleh klien. Dari porsi yang disediakan klien hanya mampu menghabiskan  $\frac{1}{4}$  dari porsi yang disediakan. Klien minum air putih 10-15 gelas

sehari. BB klien 56 kg dan TB: 150 cm, BB ideal =  $(150 - 100) + 10\% (TB - 100) = 50 - 5 = 45$  dan  $50 + 5 = 55$ . BB ideal = 45-55 Kg.

(c) Pola Eliminasi

Klien mengatakan bisa buang air besar 1 kali/hari, konsistensi padat, warna kuning kecoklatan, bau khas. Buang air kecil 2-3 kali/hari, warna kuning, bau pesing. Saat ini klien sering BAK di malam hari sebanyak 4-5 kali, berwarna kuning dan berbau pesing. Klien mengatakan BAB 1 kali sehari, warna kuning kecoklatan dan bau khas feses.

(d) Pola Aktivitas dan Istirahat

Klien mengatakan bahwa sebelum sakit klien dapat melakukan aktivitas sendiri (makan, mandi, berpakaian, buang air besar, buang air kecil) serta melakukan aktivitas lain sebagai pekerjaan rutinitas ibu rumah tangga. Saat ini klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas seperti sebelumnya dan klien juga mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya. Klien hanya bisa terbaring lemah ditempat tidur.

(e) Pola Istirahat dan Tidur

Klien mengatakan bahwa sebelum sakit klien bisa tidur malam pukul 21.00-05.00 dan tidur siang pukul 13.00,

tidak mengalami gangguan saat tidur. Saat ini klien bisa tidur malam pukul 21.00-05.00 dan tidur siang sekitar pukul 13.30-14.30. Klien mengalami gangguan tidur karena terbangun pada malam hari untuk buang air kecil.

(f) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Sebelum sakit klien mengatakan penglihatan normal, dan pendengaran juga normal. Saat ini klien mengatakan bahwa untuk penglihatan dan juga pendengarannya tidak ada masalah.

(g) Pola Persepsi atau Konsep Diri

Gambaran diri: klien mengatakan bahwa ia menyukai semua anggota tubuhnya karena itu pemberian dari Tuhan.

Identitas diri: klien adalah seorang ibu dan memiliki 4 orang anak. Ideal diri: klien mengatakan percaya diri.

Peran: klien merupakan seorang ibu dari anak-anaknya.

Harga diri: klien mengatakan harga dirinya tinggi.

Gambaran diri: saat ini klien tetap menyukai semua anggota tubuhnya karena pemberian dari Tuhan. Identitas

diri: saat ini klien adalah seorang ibu dan memiliki 4 orang anak. Ideal diri: saat ini klien mengatakan percaya diri.

Peran: saat ini klien merupakan seorang ibu bagi anak-

anaknya. Harga diri: klien mengatakan harga dirinya tinggi.

(h) Pola Reproduksi Seksual

Klien mengatakan sebelum sakit ia tidak mengalami keluhan tentang reproduksinya seperti haid lancar, tidak ada rasa nyeri pada saat haid, dan klien tidak menggunakan alat kontrasepsi seperti KB. Saat ini klien mengatakan klien juga mengatakan tidak ada masalah pada reproduksinya.

(i) Pola Peran dan Hubungan Antara Sesama

Klien mengatakan dalam berinteraksi dalam kehidupan kesehariannya dengan masyarakat ataupun dalam keluarga selalu baik-baik saja.

Saat ini klien juga mengatakan bahwa hubungannya dengan pasien maupun dengan keluarga pasien yang ada dalam ruangan tersebut baik-baik saja.

(j) Pola Mekanisme Penyesuaian Toleransi Terhadap Stres

Klien mengatakan bahwa setiap kali ada persoalan dalam rumah tangga baik secara pribadi maupun secara keluarga, klien mengatakan menyelesaikannya bersama suaminya. Saat ini klien mengatakan ia hanya bisa berdoa dan berharap bisa segera sembuh.

(k) Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

Sebelumnya klien mengatakan dirinya beragama katolik dan setiap hari minggu klien ke gereja. Saat ini klien tidak

bisa pergi ke gereja seperti yang biasa dilakukan dan saat ini klien hanya bisa serahkan semuanya kepada tuhan dan berharap tuhan akan menolongnya.

b) Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum klien: kesadaran composmentis. GCS 15, dengan respon Eye 4 (membuka spontan), respon verbal 5 (spontan bicara), dan respon motorik 6 (mengikuti perintah). Terpasang cairan Nacl 0,9% 20 tetes/menit di tangan kanan. Rambut berwarna hitam, bentuk kepala bulat, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan, wajah tampak pucat, conjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, bentuk dada simetris, RR: 18x/mnt, irama nafas teratur, tidak ada nyeri tekan pada dada, bentuk abdomen simetris, nyeri pada bagian uluh hati dengan skala 4, tidak ada pembengkakan dan ada nyeri pada uluh hati, CRT 3 detik, kuku kaki tampak bersih, tidak ada pembengkakan pada bagian ekstermitas atas maupun bawah.

2) Tanda-tanda vital

TD: 140/80 mmHg, N: 88x/mnt, S: 36,8°C, RR: 18x/mnt, SPO2 : 98%.

c) Studi Dokumentasi

1) Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap tanggal 23 Juni 2022

(Data Primer RSUD Ende, 2022)

Result	Flags	Unit	Expected
WBC	10.68	$10^3/\mu\text{L}$	3.60- 11.00
LYMPH#	0.67 -	$10^3/\mu\text{L}$	1.00- 3.70
MONO#	0.65	$10^3/\mu\text{L}$	0.00- 0.70
EO#	0.01	$10^3/\mu\text{L}$	0.00- 0.40
BASO#	0.00	$10^3/\mu\text{L}$	0.00- 0.10
NEUTH#	9.35 +	$10^3/\mu\text{L}$	( 1.50-7.00 )
LYMPH%	6.3 -	%	(25.0-40.0 )
MONO%	6.1	%	( 2.0- 8.0 )
EO%	0.1 -	%	( 2.0- 4.0 )
BASO%	0.0	%	( 0.0- 1.0 )
NEUT%	87.5 +	%	( 50.0-70.0 )
IG#	0.03	$10^3/\mu\text{L}$	(0.00-7.00 )
IG%	0.3	%	( 0.0- 72.0 )
RBC	4.58	$10^6/\mu\text{L}$	( 3.80- 5.20 )
HGB	10.8 *	g/dL	( 11.7- 15.5 )
HCT	28.3	%	( 35.0- 47.0 )
MCV	61.8 -	fL	( 80.0- 100.0 )
MCH	23.6 *	Pg	( 26.0- 34.0 )
MCHC	38.2 *	g/dL	( 32.0- 36.0 )

RDW-SD	26.9 -	fL	( 37.0- 54.0 )
DW-CV	11.9	%	(11.5- 14.5 )
PLT	227	10 <sup>3</sup> /uL	( 150- 440 )
MPV	9.0	fL	( 9.0- 13.0 )
PCT	0.20	%	( 0.17- 0.35 )
PDW	9.2	fL	( 9.0- 17.0 )
P-LCR	17.3	%	( 13.0 43.0 )

2) Terapi pengobatan (Data primer RSUD Ende,2022)

Table 4.2 Terapi Pengobatan

No	Nama obat	Dosis
1.	Paracetamol	3x1 gram
2.	Novarapid	6 unit/Sc
3.	Cairan NaCl 0,9%	500cc/20tpm
4.	Ondansetron	4 mg
5.	Omeprazole	40 mg

2) Tabulasi Data

Klien mengatakan pusing, badannya terasa lemas, mual, nyeri uluh hati, muntah, makanan yang disediakan hanya dihabiskan sebanyak 1/4 porsi saja, pusing, keringat dingin secara tiba-tiba pada malam hari, sering kencing, tampak pucat, konjungtiva anemis, tampak meringis kesakitan, kesadaran composmentis,

CRT > 3 detik, TTV TD: 140/80 mmHg, N: 88x/mnt, S: 36,8°C, RR: 18x/mnt, SPO2 : 98%, skala nyeri 4 (nyeri sedang), GDS: 252 mg/dl, HB: 10,8 g/dL, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm ditangan sebelah kanan.

### 3) Klasiikasi Data

DS : Klien mengatakan pusing, badannya terasa lemas, mual, nyeri uluh hati, keringat dingin secara tiba-tiba pada malam hari, dan sering kencing.

DO : Tampak pucat, konjungtiva anemis, tampak meringis kesakitan, kesadaran composmentis, hanya menghabiskan 1/4 makanan dari porsi yang disediakan, CRT > 3 detik, TTV TD: 140/80 mmHg, N: 88x/mnt, S: 36,8°C, RR: 18x/mnt, SPO2 : 98%, skala nyeri 4 (nyeri sedang), GDS: 252 mg/dl, HB: 10,8 g/dL, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm ditangan sebelah kanan.

### 4) Analisa Data

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

a) Data subyektif: Klien mengatakan pusing, sering merasa kencing, keringat dingin secara tiba-tiba pada malam hari.

Data obyektif: tampak pucat, TD: 140/80 mmHg, N: 88x/mnt, S: 36,8°C, RR: 18x/mnt, SPO2 ; 98%, GDS: 252 mg/dl. Etiologi: hiperglikemia, Problem: ketidakstabilan kadar glukosa darah.

b) Data subyektif: klien mengatakan nyeri pada uluh hati (skala nyeri 4), badan terasa lemah.

Data obyektif: tampak meringis kesakitan, TTV: TD: 140/80 mmHg, N: 88x/mnt, S: 36,8<sup>0</sup>C, RR: 18x/mnt, SPO2 : 98%.

Etiologi: agen pencedera fisiologis, Problem: nyeri akut.

c) Data subyektif: badan terasa lemah.

Data obyektif: konjungtiva anemis, tampak pucat, TD: 140/80 mmHg, N: 88x/mnt, S: 36,8<sup>0</sup>C, RR: 18x/mnt, SPO2 : 98%, CRT>

3 detik. Etiologi: kelemahan fisik, Problem: intoleransi aktivitas.

d) Data subyektif: Klien mengatakan badannya terasa lemah, keringat dingin secara tiba-tiba pada malam hari dan pusing.

Data obyektif: Klien tampak pucat, TD: 140/80 mmHg, N: 88x/mnt, S: 36,8<sup>0</sup>C, RR: 18x/mnt, SPO2 : 98%, CRT> 3 detik, HB: 10,8 g/dL.

Etiologi: penurunan konsentrasi hemoglobin, Problem: perfusi perifer tidak efektif.

## b. Diagnosa Keperawatan

1) Resiko ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia yang ditandai dengan :

Data subyektif: Klien mengatakan pusing, merasa kencing, sering merasa dan keringat dingin.

Data obyektif: tampak pucat, TD: 140/80 mmHg, N: 88x/mnt, S: 36,8<sup>0</sup>C, RR: 18x/mnt, SPO2 : 98%, GDS: 252 mg/dl.

- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang ditandai dengan :

Data subyektif: klien mengatakan nyeri pada uluh hati (skala nyeri 4), badan terasa lemah.

Data obyektif: tampak meringis kesakitan, TTV: TD: 140/80 mmHg, N: 88x/mnt, S: 36,8<sup>o</sup>C, RR: 18x/mnt, SPO2 : 98%.

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

Data subyektif: badan terasa lemah.

Data obyektif: konjungtiva anemis, tampak pucat, TD: 140/80 mmHg, N: 88x/mnt, S: 36,8<sup>o</sup>C, RR: 18x/mnt, SPO2 : 98%, CRT> 3 detik.

- 4) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin yang ditandai dengan:

Data subyektif: klien mengatakan badannya terasa lemah, keringat dingin secara tiba-tiba pada malam hari dan pusing.

Data obyektif: klien tampak pucat, TD: 140/80 mmHg, N: 88x/mnt, S: 36,8<sup>o</sup>C, RR: 18x/mnt, SPO2 : 98%, CRT> 3 detik, HB: 10,8 g/dL.

### c. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan masalah di atas, maka masalah Nyeri akut, ketidakseimbangan kadar glukosa darah merupakan prioritas utama karena dapat mengancam nyawa dan harus segera mendapatkan pengobatan dan perawatan. Sedangkan untuk masalah intoleransi aktivitas dan perfusi perifer tidak efektif merupakan prioritas kedua karena dapat mengancam kesehatan.

Untuk diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah pasien kembali normal dengan kriteria hasil: a. Gula darah dalam rentan stabil 70-130 mg/dl, b. Pasien dan keluarga dapat mematuhi terapi, c. Pasien dan keluarga mampu mengontrol gula darah secara mandiri. Rencana tindakan: 1) identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia. Rasional: memberikan informasi tentang penyebab hiperglikemia dan sebagai upaya penyebab hiperglikemia. 2) monitor kadar glukosa darah. Rasional: memberikan informasi tentang kadarglukosa dalam darah sehingga tidak terjadi komplikasi. 3) anjurkan klien untuk monitor kadar glukosa secara mandiri. Rasional: meningkatkan peran pasien dalam mengontrol kadar gula darah sehingga mencegah terjadinya peningkatan kadar gula dalam darah. 4) anjurkan kepatuhan

terhadap diet dan olahraga. Rasional: diet dan olahraga membantu dalam mempertahankan keseimbangan kadar gula dalam darah.

Untuk diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Tujuan: rasa nyeri hilang/berkurang. Kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun. b. Kemampuan menuntaskan aktifitas meningkat. c. Ekspresi wajah klien rileks. d. Tidak ada keringat dingin, tanda-tanda vital dalam batas normal. Rencana tindakan: 1) Monitor TTV. Rasional: mengetahui tanda-tanda vital memberikan informasi tentang kondisi pasien. 2) identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Rasional: untuk mengetahui lokasi nyeri, durasi dan frekuensi nyeri. 3) Identifikasi skala nyeri. Rasional: pemahaman pasien tentang penyebab nyeri yang terjadi akan mengurangi ketegangan pasien dan memudahkan pasien untuk diajak bekerjasama dalam melakukan tindakan. 4) kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Rasional: Rangsangan yang berlebihan dari lingkungan akan memperberat rasa nyeri. 5) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi. Rasional: Teknik distraksi dan relaksasi dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien. 6) berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Rasional: memberikan kesempatan pada otot untuk relaksasi seoptimal mungkin.

Untuk diagnosa keperawatan intoleransi aktiviatas berhubungan kelemahan fisik. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktiviats teratasi. Kriteria hasil: a. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, b. Keluhan lelah menurun c. Warna kulit membaik d. Tekanan darah membaik. Rencana tindakan: 1) Anjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas rasional: dengan mengurangi aktivitas dapat mengurangi kelelahan 2) Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat rasional: meningkatkan kenyamanan istirahat serta dukungan fisiologis/psikologis 3) Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis akttivitas sesuai kemampuan rasional: mengidentifikasi kelemahan/ kekuatan 4) Anjurkan klien untuk mengurangi aktivitas yang berat. Rasional: Agar pasien tidak mengalami kelelahan akibat aktivitas yang berat.

Untuk diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer tidak efektif meningkat dengan kriteria hasil: a. warna kulit pucat menurun, b. edema perifer menurun, c. kelemahan otot menurun, d. penipisan kapiler membaik. Rencana tindakan: 1) periksa sirkulasi perifer. Rasional: agar mengetahui sirkulasi perifer pada pasien. 2) identifikasi faktor gangguan sirkulasi. Rasional:

untuk mengetahui adanya gangguan sirkulasi pada pasien. 3) monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. Rasional: untuk mengetahui apakah pasien mengalami panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada bagian ekstermitas. 4) lakukan pencegahan infeksi. Rasional: untuk mencegah adanya infeksi pada pasien. 5) lakukan hidrasi. Rasional: agar pasien tidak merasa hidrasi. 6) anjurkan berolahraga. Rasional: agar pasien merasa lebih segar.

#### d. Implementasi

a) Hari Jumat, 24 Juni 2022 jam 08.00

##### (1) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah antara lain: jam 08.05 WITA memonitor tanda-tanda vital dengan hasil TD: 140/80 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2: 98%. Jam 09.05 mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia. Jam 09.10 WITA memonitoring kadar glukosa darah hasil: kadar gds 252 dl/ml. Jam 09.30 WITA menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga hasil klien mengatakan mengikuti anjuran yang diberikan. Jam 12.30 WITA melayani pemberian Novarapid 6 unit/SC dengan hasil: telah diberikan suntikan Novarapid 6 unit/SC.

## (2) Diagnosa II

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut antara lain: Jam 08.05 WITA memonitor tanda-tanda vital dengan hasil TD: 140/80 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,8°C RR: 18x/menit, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%. Jam 09.45 WITA mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri yang dialami pasien dengan hasil: klien mengatakan nyeri pada uluh hati, klien tampak meringis. Jam 09.55 WITA mengidentifikasi skala nyeri hasil klien mengatakan skala nyeri 4(0-10). Jam 10.00 WITA Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan cara mengurangi kebisingan. Jam 10.05 WITA Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan cara menarik napas dalam dan mengajak klien bercerita hasil: klien mengatakan nyeri berkurang, dan klien tampak rileks, klien dapat mengikuti kembali latihan napas dalam. Jam 10.20 WITA memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara kompres hangat dingin.

Jam 11.05 WITA melayani pemberian Paracetamol 3x1 gram.

Jam 11.25 WITA melayani pemberian omeprazole 40 mg.

## (3) Diagnosa III

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi intoleransi aktivitas antara lain: jam 08.05 WITA memonitor tanda- tanda vital

hasil: TD: 140/80 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,8°C,RR: 18x/menit, SPO2 : 98%. Jam 10.00 WITA menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas hasil: klien mengatakan selama sakit sudah mengurangi aktivitas, jam 10.30 WITA menganjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat, jam 10.35 WITA menganjurkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan.

#### (4) Diagnosa IV

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi perfusi perifer tidak efektif antara lain: jam 08.05 WITA memonitor tanda-tanda vital hasil: TD: 140/80 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,8°C,RR: 18x/menit, SPO2 : 98%, CRT> 3 detik, HB: 10,8 g/dL. Jam 08.15 WITA memeriksa sirkulasi perifer pada pasien. Jam 08.30 WITA mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi. Jam 09.05 WITA memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. Jam 09.15 WITA melakukan pencegahan infeksi. Jam 09.25 WITA melakukan hidrasi. Jam 10.00 WITA menganjurkan pasien berolahraga.

#### b) Hari Sabtu, 25 Juni 2022 jam 08.05

##### (1) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah antara lain: jam 08.10 WITA memonitor tanda-tanda vital dengan hasil: TD: 130/80

mmHg, N: 84x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%.  
Jam 08.20 WITA mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia. Jam 08.25 WITA memonitoring kadar glukosa darah hasil: kadar gds 98 dl/ml. Jam 08.30 WITA menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga hasil klien klien mengatakan mengikuti anjuran yang diberikan. Jam 08.35 WITA menyarankan keluarga untuk memantau klien dalam minum obat. Jam 11.05 melayani pemberian Novarapid 5 unit/SC dengan hasil: telah diberikan suntikan Novarapid 5 unit/SC.

## (2) Diagnosa II

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri antara lain: Jam 08.10 WITA memonitor tanda-tanda vital dengan hasil TD: 130/80 mmHg, N: 84x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%. Jam 08.45 WITA Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan cara mengurangi kebisingan. Jam 08.50 WITA Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan cara menarik napas dalam dan mengajak klien bercerita hasil: klien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 3 (1-10), dan klien tampak rileks. Jam 09.05 WITA memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara kompres hangat dingin

hasil: klien tampak rileks. Jam 10.25 WITA melayani pemberian cairan omeprazole 40 mg.

### (3) Diagnosa III

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi intoleransi aktivitas antara lain: jam 10.05 WITA menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas hasil: klien mengatakan selama sakit sudah mengurangi aktivitas, jam 10.10 WITA menganjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat, jam 10.15 WITA mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan dengan cara mengurangi aktivitas yang berat.

### (4) Diagnosa IV

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi perfusi perifer tidak efektif antara lain: jam 08.10 WITA memonitor tanda-tanda vital hasil: TD: 140/80 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%, CRT > 3 detik, HB: 10,8 g/dL. Jam 08.25 WITA memeriksa sirkulasi perifer pada pasien. Jam 08.30 WITA mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi. Jam 09.10 WITA memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. Jam 09.20 WITA melakukan pencegahan infeksi. Jam 09.30 WITA melakukan hidrasi. Jam 10.05 WITA menganjurkan pasien berolahraga.

## 5) Evaluasi

a) Hari Jumat, 24 Juni 2022 Jam 13.45 WITA

### (1) Diagnosa I

Subyektif: klien mengatakan sering kencing, pusing, keringat dingin.

Obyektif: klien tampak pucat dan lemah, gds 252mg/dl, TD: 140/80mmHg, N: 88x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%.

Assesment: masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi.

Planning: lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, dan 5.

### (2) Diagnosa II

Subyektif: Klien mengatakan masih terasa nyeri pada uluh hati dengan skala nyeri 4, badan terasa lemah.

Obyektif: tampak meringis keskitan, tampak pucat, nyeri yang dirasakan skala 4 (0-10) TD: 140/80 mmHg, N:88x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%. Assesment: masalah nyeri akut belum teratasi.

Plenning: Lanjutkan intervensi 1, 2, 3 , 4, 5 dan 6.

### (3) Diagnosa III

Subyektif: : klien mengatakan badannya terasa lemah

Obyektif: Tampak lemah, dan pucat.

Assesment: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

Planing: lanjutkan intervensi 1, 2, 3, dan 4.

(4) Diagnosa IV

Subyektif: klien mengatakan badannya terasa lemah, pusing, keringan dingin secara tiba-tiba pada malam hari.

Obyektif: klien tampak pucat, TD: 140/80 mmHg, N:88x/menit, S: 36,8OC, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%, CRT> 3 detik, HB: 10,8 g/dL.

Assessment: Masalah perfusi perifer belum teratasi.

Planning: Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6.

b) Hari Sabtu, 25 Juni 2022 Jam 13.45 WITA

(1) Diagnosa I

Subyektif: klien mengatakan pusing, sering kencing sudah mulai berkurang, tidak lagi keringat dingin.

Obyektif: klien segar dan masi tampak pucat, kadar gds 98 mg/dl, TD: 130/80 mmHg, N: 84x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%.

Asessment: masalah ketidakstabilan kadar glukosa sebagian teratasi.

Planing: lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4 dan 5

(2) Diagnosa II

Subyektif: Klien mengatakan masih terasa nyeri pada uluh hati, tetapi nyeri yang dirasakan sudah mulai berkurang dengan skala nyeri 3 (1-10), dan tidak terasa lemah lagi.

Obyektif: tampak meringis keskitan, tampak pucat, TD: 130/80 mmHg, N:84x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%.

Assesment: masalah nyeri akut sebagian teratasi.

Planning: lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5 dan 6.

(3) Diagnosa III

Subyektif: : klien mengatakan badannya masih terasa lemah.

Obyektif: tampak segar, dan masih tampak pucat.

Assesment: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian.

Planning : Lanjutkan intervensi 1, 2, dan 3.

(4) Diagnosa IV

Subyektif: klien mengatakan badannya terasa lemah, pusing, keringat dingin secara tiba-tiba pada malam hari.

Obyektif: klien tampak pucat, TD: 130/80 mmHg, N:84x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%, CRT> 3 detik, HB: 10,8 g/dL.

Assesment: Masalah perfusi perifer belum teratasi.

Planning: Lanjutkan intervensi 1, 3, 5, 6.

c) Minggu, 26 Juni 2022 jam 08.00 WITA dilakukan catatan perkembangan dan di peroleh hasil:

(1) Diagnosa I

Subjektif: klien mengatakan pusing, sering kencing sudah mulai berkurang, tidak lagi keringat dingin.

Obyektif: klien segar dan masih tampak pucat, kadar gds 98 mg/dl, TD: 130/80 mmHg, N: 84x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%.

Asessment: masalah ketidakstabilan kadar glukosa sebagian teratasi.

Planing: Lanjutkan intervensi 3 dan 4.

Implementasi: Jam 08.00 WITA menyarankan keluarga untuk mengelola diet DM bagi pasien. Jam 08.05 WITA menganjurkan klien untuk monitor kadar glukosa secara mandiri dengan berobat ke puskesmas maupun rumah sakit sebulan sekali.

Evaluasi:

Subjektif: klien mengatakan pusing, sering kencing sudah mulai berkurang, minum air 8-10 gelas (1600-2000 cc), tidak lagi keringat dingin, klien segar dan masih tampak pucat, GDS: 98 mg/dl. Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi. Hentikan intervensi.

## (2) Diagnosa II

Subyektif: klien mengatakan nyeri yang dirasakan pada uluh hati sudah mulai berkurang.

Obyektif: klien tampak mulai rileks, TD: 130/80 mmHg, N:82x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%, skala nyeri 1 (0-10).

Assesmant: Masalah nyeri akut sebagian teratasi.

Planning: Lanjutkan ntervensi 1 dan 2.

Implementasi: Jam 08.15 WITA Mengobservasi tanda vital dengan hasil TD: 130/80 mmHg, N: 78x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%. Jam 08.20 WITA mengkaji tingkat, frekuensi, dan reaksi nyeri yang dialami pasien dengan hasil klien mengatakan nyeri sudah tidak dirasakan, klien tampak rileks, skala nyeri 0 (0-10).

Evaluasi:

Subyektif: klien mengatakan nyeri sudah tidak dirasakan.

Obyektif: klien tampak rileks, TD: 130/80 mmHg, N: 78x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, skala nyeri 0 (0-10). Masalah nyeri akut telah teratasi.Hentikan intervensi.

### (3) Diagnosa III

Subyektif: : Klien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemah lagi.

Obyektif: Tampak segar, dan masih tampak pucat. Assesment: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian.

Plenning: lanjutkan intervensi 2, 3 dan 4.

Implementasi: Jam 09.00 WITA mengobservasi tanda- tanda vital hasil: TD: 140/80 mmHg, N: 78x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%. Jam 09.10 WITAmenganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas hasil: klien mengatakan selama sakit sudah mengurangi aktiviatas. Jam 09.15 WITA

menganjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan tinggi protein dan tinggi serat, klien serta keluarga menyanggupinya.

Evaluasi:

Klien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemah lagi, klien tampak segar, pucat berkurang. Masalah intoleransi aktivitas telah teratasi. Hentikan intervensi.

#### (4) Diagnosa IV

Subyektif: klien mengatakan badannya terasa lemah, pusing, keringan dingin secara tiba-tiba pada malam hari.

Obyektif: klien tampak pucat, TD: 130/80 mmHg, N:84x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%, CRT > 3 detik, HB: 10,8 g/dL.

Assessment: Masalah perfusi perifer belum teratasi.

Planning: Lanjutkan intervensi 1, 3, 5, 6.

Implementasi: Jam 08.10 WITA memonitor tanda-tanda vital hasil TD: 140/80 mmHg, N:88x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%, CRT > 3 detik, HB: 10,8 g/dL. Jam 08.25 WITA memeriksa sirkulasi perifer pada pasien. Jam 09.10 WITA memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. Jam 09.30 WITA melakukan hidrasi. Jam 10.05 WITA menganjurkan pasien berolahraga.

**Evaluasi:**

Klien mengatakan badannya tidak terasa lemah, tidak pusing, tidak keringat dingin secara tiba-tiba pada malam hari, dan tidak tampak pucat lagi. TD: 130/80 mmHg, N:84x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%, CRT> 3 detik, HB: 12 g/dL. Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi. Hentikan intervensi.

## **B. PEMBAHASAN**

Fokus pembahasan pada pelaksanaan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

### **1. Pengkajian**

Pembahasan yang terkait dengan pengkajian meliputi keluhan utama, riwayat kesehatan dan pola kesehatan. Keluhan utama pasien yaitu klien mengatakan pusing, badan terasa lemah, keringat dingin secara tiba-tiba pada malam hari, mual, muntah dan sering kencing.

Menurut Purwanto (2016) mengatakan keluhan utama pasien Diabetes Melitus yaitu banyak makan (polifagi), banyak minum (polidipsi), dan banyak kencing (poliuri). Banyak makan (polifagi) terjadi karena jaringan atau sel kekurangan suplai glukosa untuk metabolisme sehingga jaringan atau sel akan selalu merasa lapar. Banyak kencing (poliuri) terjadi karena glukosa dalam darah tinggi (hiperglikemia) darah terjadi kekentalan atau viskositas sehingga ginjal mengeluarkan hormon yang selalu butuh asupan cairan untuk mengurangi kekentalan darah. Banyak minum (polidipsi) terjadi karena banyak asupan cairan yang di konsumsi. Pada pasien ini tidak ditemukan banyak makan (polifagi) dikarenakan IMT pada pasien normal, nafsu makan baik, pola makan dan aktivitas teratur. Pada pasien ini juga tidak ditemukan banyak minum (polidipsi) dikarenakan input cairan yang didapat oleh pasien berasal dari infus dan makanan yang dikonsumsi, kemudian output cairan pasien juga seimbang dan tidak berlebihan.

Berdasarkan riwayat kesehatan diperoleh data pasien mengatakan pernah menderita Diabetes Melitus pada 17 Januari (2022). Pasien mengatakan pusing, badannya terasa lemah, mual, muntah, nyeri uluh hati, keringat dingin secara tiba-tiba pada malam hari dan sering kencing. Menurut Maulana (2009) keluhan lain pasien Diabetes Melitus yang sering muncul kelemahan, mati rasa, kesemutan, sakit kepala, pandangan mata kabur, luka atau bisul yang tidak sembuh-sembuh. Pada pasien ini tidak ditemukan adanya mati rasa dan kesemutan dikarenakan tidak terjadi kerusakan, iritasi dan tekanan pada saraf pasien. Pandangan mata kabur juga tidak ditemukan karena tidak ada pembuluh darah yang rusak dan tidak terjadi penyempitan saluran darah ke mata sehingga kurangnya nutrisi yang diterima oleh mata. Luka atau bisul yang tidak sembuh-sembuh juga tidak ditemukan karena pasien tidak mengalami luka atau bisul pada tubuhnya.

Menurut Padila (2012) fokus pengkajian pola kesehatan pada pasien dengan Diabetes Melitus adalah pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pola nutrisi dan metabolik, pola aktivitas, dan pola eliminasi. Pada kasus ini pola kesehatan yang mengalami gangguan yaitu pola eliminasi karena cairan yang dikeluarkan seperti BAK sebanyak 4-5 kali pada malam hari. Pola aktivitas juga mengalami gangguan dikarenakan pasien dalam keadaan lemah dan seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarganya. Pola nutrisi metabolik juga mengalami gangguan karena pasien dalam keadaan mual muntah. Sedangkan pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan tidak mengalami

gangguan dikarenakan pasien teratur minum obat yang diberikan oleh dokter atau perawat.

## 2. Diagnosa keperawatan

Menurut Nurarif, A. H (2015) mengatakan bahwa terdapat delapan masalah keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus yaitu: Defisit nutrisi, Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah, Ketidakseimbangan cairan kurang dari kebutuhan tubuh, Intoleransi aktivitas, Kerusakan integritas kulit, Resiko infeksi, Nyeri akut dan Ansietas. Pada kasus ditetapkan hanya 3 diagnosa keperawatan, sedangkan 5 diagnosa keperawatan lainnya tidak ditetapkan oleh karena tidak ada data pendukung yang ditemukan baik data subyektif maupun data obyektif.

## 3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan berfokus pada masalah yang muncul. Intervensi ditujukan untuk menurunkan atau mengatasi masalah ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah, nyeri akut, intoleransi aktivitas dan perfusi perifer tidak efektif. Maka tindakan yang harus dilakukan yaitu tindakan observasi, mandiri, dan kolaborasi untuk dapat mengatasi masalah tersebut.

## 4. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada menurut Standar Intervensi Keperawatan (2016). Implementasi keperawatan merupakan inisiatif dan rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing order untuk membantu klien mencapai tujuan yang

diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik yang dilaksanakan untuk memodifikasi faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Mutaqqin, 2008).

Implementasi pada Ny. A. N dilaksanakan selama 3 hari sejak tanggal 24-26 Juni 2022. Beberapa implementasi dilakukan sesuai dengan perencanaan namun pada beberapa poin ini tidak dapat dilaksanakan seperti menganjurkan klien untuk memonitor kadar glukosa secara mandiri karena klien dalam keadaan lemah sehingga klien tidak melakukan pemeriksaan gula darah secara mandiri. Menganjurkan klien menyusun jadwal aktivitas dan istirahat juga tidak dilaksanakan dikarenakan jadwal aktivitas dan istirahat klien diatur oleh perawat yang sedang bertugas dalam ruangan tersebut. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri juga tidak dilaksanakan karena keadaan lingkungan dirumah sakit tampak nyaman. Melakukan pencegahan infeksi juga tidak dilakukan karena pada tubuh klien tidak terdapat luka diabetes melitus yang dapat menyebabkan infeksi.

#### 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan (Perry dan Potter, 2014).

Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi, nyeri akut teratasi, intoleransi aktivitas teratasi, perfusi perifer tidak efektif teratasi. Langkah selanjutnya adalah pendidikan kesehatan pada pasien Diabetes Melitus untuk melakukan

tindakan perawatan di rumah seperti menganjurkan pasien untuk melakukan diet DM seperti mengurangi makanan yang mengandung karbohidrat seperti nasi, lontong dan ketan, mengurangi makanan yang berlemak, sering melakukan aktivitas dirumah, mengontrol kadar gula darah secara mandiri dan mengonsumsi obat-obatan secara teratur yang diberikan oleh tim medis. Bagi klien dan keluarga diharapkan untuk mengikuti semua anjuran dari petugas kesehatan dengan baik dengan tujuan mencegah timbulnya komplikasi yang lebih parah.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan studi kasus asuhan keperawatan pada Ny. A. N dengan diagnosa medis Diabetes Melitus di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian ditemukan keluhan pusing, badannya terasa lemah, keringat dingin secara tiba-tiba pada malam hari, mual, muntah, dan sering kencing. Pola kesehatan yang mengalami gangguan yaitu pola eliminasi, pola aktivitas, dan pola nutrisi metabolik.
2. Diagnosa keperawatan ada 4 yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah, nyeri akut, intoleransi aktivitas dan perfusi perifer tidak efektif.
3. Perencanaan tindakan yang harus dilakukan yaitu tindakan kolaborasi, mandiri dan observasi.
4. Implementasi keperawatan dilaksanakan selama 3 hari untuk mengatasi ketidakstabilan kadar glukosa darah, nyeri akut, intoleransi aktivitas dan perfusi perifer tidak efektif
5. Evaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan diketahui bahwa, semua masalah keperawatan sudah teratasi.
6. Pelaksanaan asuhan keperawatan sebagaimana yang dijelaskan dalam teoritis tidak selamanya ditemukan dan dilaksanakan dalam kasus nyata.

## **B. Saran**

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

### **1. Bagi RSUD Ende**

Lebih meningkatkan penyediaan fasilitas pelayanan atau alat-alat perawatan rumah sakit yang memadai sehingga mampu mengatasi masalah-masalah yang berhubungan dengan penyakit Diabetes Melitus.

### **2. Bagi Perawat Ruangan**

Lebih meningkatkan pelaksanaan komunikasi terapeutik sehingga terbinanya hubungan saling percaya diantara perawat dan klien serta diharapkan perawat mampu mempertahankan hal-hal yang sudah baik yang telah dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien diruangan perawatan khusus.

### **3. Bagi Institusi Pendidikan**

Institusi pendidikan dapat meningkatkan kapasitas dan kualitas dan kualitas pendidikan agar informasi hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan tambahan untuk memperkaya pengetahuan.

### **4. Bagi Klien dan Keluarga**

Diharapkan untuk mengikuti semua anjuran dari petugas kesehatan dengan baik dengan tujuan mencegah timbulnya komplikasi yang lebih parah.

## DAFTAR PUSTAKA

- Andreas P, dkk . (2020). Efek Olive Oil Topical Terhadap Perawatan Luka Diabetes Melitus. Diss, Universitas Kusuma Husada Surakarta.
- ADA. (2020). Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. In *Diabetes care* (Vol. 43, pp. S14–S31). <https://doi.org/10.2337/dc20-S002>.
- American Diabetes Association ADA. (2019). di unduh pada tanggal 11 juni 2021 dari [http://care.diabetesjournalis.org/contact/37/Supplement\\_1/S81](http://care.diabetesjournalis.org/contact/37/Supplement_1/S81).
- Burnner & Suddarth, (2002), *Keperawatan Medikal Bedah*, edisi 3, EGC, Jakarta
- Bararah, T. (2013). *Asuhan keperawatan panduan lengkap menjadi perawat profesional*. Jakarta: Prestasi pustakaraya.
- Clasifaction and Diagnosis of Diabetes: Standars of Medical Care in Diabetes Care, 42 (1), hal 13-28.
- Cahyamulat, T. M., & Yuriatson, Y. (2019). Studi Kasus Pada Pasien Tn. “B” dengan Diabetes Millitus 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>
- Corwin, EJ, 2009. *Buku Saku Satofisiologi*, 3 Edisi Revisi. Jakarta: EGC
- Depkes, R. I. (2018). *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia*.
- Diabetes Mellitus among Elderly. *JOSING: Journal of Nursing and Health*, 1(1), 26–31. <https://doi.org/https://doi.org/https://doi.org/10.31539/josing.v1i1.1149>
- Diabetes Mellitus Tipe 2 Pada Usia Produktif dengan Pendekatan WHO.
- Febrinasari, P. (2020). *Buku saku diabetes melitus untuk awam*. Surakarta: UNS Press.
- Hartanti, Aditama, L., & Rahayu, P. (2013). *Pencegahan dan penanganan diabetes melitus*. Surabaya: Fakultas Psikologi Universitas Surabaya.
- IDF. (2019). *IDF Diabetes Atlas (9th ed.)*. Belgium: International Diabetes federation. Diakses pada tanggal 10 September 2020 dari <https://www.diabetesatlas.org/en/resources/>

- InfoDATIN. (2018). Hari Diabetes Sedunia. Retrieved September 23, 2020, from Pusat data dan informasi Kementerian Kesehatan RI: <http://pusdatin.kemkes.go.id>
- Kistianita, A.N., M, Yunus, dan R.W. Gayatri. 2018. Analisis Faktor Resiko Stepwise Step 1 (Core/Inti) di Puskesmas KendalKerep Kota Malang. *Preventia: The Indonesian Journal of Public Health*. 3(1)
- Kam, A. (2019). *Diabetes melitus tipe 2*. Padang: Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.
- Kementerian kesehatan republik indonesia. (2020). Tetap Produktif, Cegah Dan Atasi Diabetes Mellitus. In pusat data dan informasi kementerian kesehatan RI.
- Mansjoer, A. (2001). *Kapita selekta kedokteran*. Jakarta: Media Asculapis.
- Megawati, F., Agustini, N. P. D., & Krismayanti, N. L. P. D. (2020). Studi Retrospektif Terapi Antidiabetik Pada Penderita Diabetes Melitus Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Ari Canti Periode 2018. *Jurnal Ilmiah Medicamento*, 6(1), 28–32. JOUR.
- Nanda. NIC. NOC. 2013. *Panduan Penyusunan Asuhan Keperawatan Profesional*, Ed.Revisi,Mediation Public Shing.
- Nursalam. (2011). *Proses dan dokumentasi keperawatan; konsep dan praktek*. Jakarta:Selemba Medika.
- Purwanto, H. (2016). *Keperawatan medikal bedah II*. Jakarta.
- Saputri, E. G., Setiani, O., & Dewanti, N. A. Y. (2018). Hubungan Riwayat Paparan Pestisida Dengan Kejadian Diabetes Melitus Tipe 2 Pada Petani Penyemprot Di Kecamatan Ngablak Kabupaten Magelang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 6(1), 645–653. JOUR.
- Setyawati, A. D., Ngo, T. H. L., Padila, P., & Andri, J. (2020). Obesity and Heredity for
- Sholikah, A. (2020). *Buku Saku Diabetes Melitus Untuk Awam*. Surakarta: UNS Press.
- Smeltzer & Bare. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Tim POKJA SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar diagnosis keperawatan indonesia*. Jakarta: DPP PPNI
- Tim POKJA SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar intervensi keperawatan indonesia*. Jakarta: DPP PPNI

Tandra, H. 2018. Segala Sesuatu yang Harus Anda Ketahui Tentang Diabetes  
Panduan Lengkap Mengenal dan Mengatasi Diabetes dengan Cepat dan  
Mudah. Edisi Kedua. Jakarta : Gramedia.

**INFORMED CONSENT**  
**PERSETUJUAN MENJADI PASRTISIPAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Sriyanti dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ny.A.N Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende"

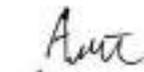
Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Ende, 24 Juni 2022

Saksi Persetujuan

  
Prof. Hiasirbus Rongga

Yang Memberi

  
Alisia Ndare

## PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami 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 Ny.A.N Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan anak pada pasien dengan masalah *Diabetes Melitus* di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende yang dapat memberi manfaat berupa klien dan keluarga mengetahui tentang *Diabetes Melitus*, klien dan keluarga mengetahui cara merawat dan pencegahan *Diabetes Melitus*. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 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 : 082339668139

Ende, 24 Juni 2022

Peneliti



**Srivanti**

**PO.530320219919**



**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](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)



---

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY. A. N DENGAN**

**DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS DI RPD III RSUD ENDE**

A. Pengkajian

1. Pengumpulan data

a. Identitas

1) Identitas klien

Nama : Ny. A. N  
Umur : 48 tahun  
Jenis kelamin : Perempuan  
Pekerjaan : Ibu rumah tangga  
Alamat : Nabe  
Agama : katolik  
Pendidikan : SMP

Diagnosa medik : Diabetes Melitus

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. P. H. R  
Umur : 52  
Hubungan dengan klien : Suami  
Alamat : Nabe

b. Keadaan umum

1) Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

Klien mengatakan pusing, badannya terasa lemah, keringat dingin secara tiba-tiba pada malam hari, mual, muntah dan sering kencing.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Pada hari Kamis sore jam 17.15 klien dibawa ke RSUD Ende menuju IGD dengan keluhan klien mengatakan pusing, badannya terasa lemah, mual, nyeri ulu hati, muntah keringat dingin secara tiba-tiba pada malam hari, sering kencing. Klien tampak terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm ditangan sebelah kanan.

c) Riwayat kesehatan masa lalu

Klien mengatakan bahwa sebelumnya klien pernah mengalami penyakit Hipertensi dan penyakit Diabetes Melitus. Klien juga pernah dirawat di RSUD Ende tepatnya di tanggal 17 Januari 2022 dengan keluhan yang sama yakni badan terasa lemas, mual, muntah. Klien diberikan terapi golongan obat antidiabetik untuk mengontrol dan menurunkan kadar gula dalam darah.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang menderita penyakit Diabetes Melitus.

c. Pengkajian Perpol

1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Klien mengatakan bahwa kalau sakit klien selalu berobat ke Puskesmas. Klien teratur minum obat yang diberikan oleh dokter atau perawat. Saat ini klien mengatakan bahwa sakit yang dialaminya bukan sebagai kutukan namun sebagai hasil dari kurang pedulinya dalam menjaga kesehatan.

2) Pola Nutrisi Metabolik

Klien mengatakan kebiasaan sehari-hari makan minum 3x dalam sehari, jenis makanan yang dimakan seperti nasi, sayur, ikan, tahu-tempe dan sesekali disertai buah-buahan. Porsi makan yang disediakan dapat dihabiskan. Klien minum air putih sehari 7-8 gelas (1.7050cc). Selain minum air putih klien juga minum teh 1 kali dalam sehari. Saat ini klien makan dengan komposisi nasi, sayur dan tahu. Akan tetapi makanan tersebut tidak dapat dihabiskan dan dimuntahkan kembali oleh klien. Dari porsi yang disediakan klien hanya mampu menghabiskan  $\frac{1}{4}$  dari porsi yang disediakan. Klien minum air putih 10-15 gelas sehari. BB klien 56 kg dan TB: 150 cm, BB ideal =  $(150-100) + 10\% (TB-100) = 50-5 = 45$  dan  $50+5 = 55$ . BB ideal = 45-55 Kg.

### 3) Pola Eliminasi

Klien mengatakan bisa buang air besar 1 kali/hari, konsistensi padat, warna kuning kecoklatan, bau khas. Buang air kecil 2-3 kali/hari, warna kuning, bau pesing. Saat ini klien sering BAK di malam hari sebanyak 4-5 kali, berwarna kuning dan berbau pesing. Klien mengatakan BAB 1 kali sehari, warna kuning kecoklatan dan bau khas feses.

### 4) Pola Aktivitas dan Istirahat

Klien mengatakan bahwa sebelum sakit klien dapat melakukan aktivitas sendiri (makan, mandi, berpakaian, buang air besar, buang air kecil) serta melakukan aktivitas lain sebagai pekerjaan rutinitas ibu rumah tangga. Saat ini klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas seperti sebelumnya dan klien juga mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya. Klien hanya bisa terbaring lemah ditempat tidur.

### 5) Pola Istirahat dan Tidur

Klien mengatakn bahwa sebelum sakit klien bisa tidur malam pukul 21.00-05-00 dan tidur siang pukul 13.00, tidak mengalami gangguan saat tidur. Saat ini klien bisa tidur malam pukul 21.00-05.00 dan tidur siang sekitar pukul 13.30-14.30.

6) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Sebelum sakit klien mengatakan penglihatan normal, dan pendengaran juga normal. Saat ini klien mengatakan bahwa untuk penglihatan dan juga pendengarannya tidak ada masalah.

7) Pola Persepsi atau Konsep Diri

Gambaran diri: klien mengatakan bahwa ia menyukai semua anggota tubuhnya karena itu pemberian dari Tuhan. Identitas diri: klien adalah seorang ibu dan memiliki 4 orang anak. Ideal diri: klien mengatakan percaya diri. Peran: klien merupakan seorang ibu dari anak-anaknya. Harga diri: klien mengatakan harga dirinya tinggi. Gambaran diri: saat ini klien tetap menyukai semua anggota tubuhnya karena pemberian dari Tuhan. Identitas diri: saat ini klien adalah seorang ibu dan memiliki 4 orang anak. Ideal diri: saat ini klien mengatakan percaya diri. Peran: saat ini klien merupakan seorang ibu bagi anak-anaknya. Harga diri: klien mengatakan harga dirinya tinggi.

8) Pola Reproduksi Seksual

Klien mengatakan sebelum sakit ia tidak mengalami keluhan tentang reproduksinya seperti haid lancar, tidak ada rasa nyeri pada saat haid, dan klien tidak menggunakan alat kontrasepsi seperti KB. Saat ini klien mengatakan klien juga mengatakan tidak ada masalah pada reproduksinya.

9) Pola Peran dan Hubungan Antara Sesama

Klien mengatakan dalam berinteraksi dalam kehidupan kesehariannya dengan masyarakat ataupun dalam keluarga selalu baik-baik saja. Saat ini klien juga mengatakan bahwa hubungannya dengan pasien maupun dengan keluarga pasien yang ada dalam ruangan tersebut baik-baik saja.

10) Pola Mekanisme Penyesuaian Toleransi Terhadap Stres

Klien mengatakan bahwa setiap kali ada persoalan dalam rumah tangga baik secara pribadi maupun secara keluarga, klien mengatakan menyelesaikannya bersama suaminya. Saat ini klien mengatakan ia hanya bisa berdoa dan berharap bisa segera sembuh.

11) Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

Sebelumnya klien mengatakan dirinya beragama katolik dan setiap hari minggu klien ke gereja. Saat ini klien tidak bisa pergi ke gereja seperti yang biasa dilakukan dan saat ini klien hanya bisa serahkan semuanya kepada tuhan dan berharap tuhan akan menolongnya.

d. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum klien:

kesadaran composmentis. GCS 15, dengan respon Eye 4 (membuka spontan), respon verbal 5 (spontan bicara), dan respon motorik 6 (mengikuti perintah). Terpasang cairan NaCl 0,9% 20 tetes/menit di tangan kanan.

1) Kepala

Bentuk kepala bulat, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan, rambut berwarna hitam.

2) Wajah

Wajah tampak pucat

3) Mata

Konjungtiva anemis dan sklera ikteris

4) Leher

Tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

5) Dada

Bentuk dada simetris, RR: 18x/mnt, irama nafas teratur, tidak ada nyeri tekan pada dada

6) Abdomen

Bentuk abdomen simetris, nyeri pada bagian uluh hati dengan skala 4, tidak ada pembengkakan dan ada nyeri pada uluh hati.

7) Kuku kaki dan tangan

Tampak bersih, tidak ada pembengkakan pada bagian ekstermitas atas maupun bawah, CRT > 3 detik.

e. Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan Laboratium

Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap tanggal 23 Juni 2022 (Data Primer RSUD Ende, 2022)

Result	Flags	Unit	Expected
WBC	10.68	10 <sup>3</sup> /uL	3.60- 11.00
LYMPH#	0.67 -	10 <sup>3</sup> /uL	1.00- 3.70
MONO#	0.65	10 <sup>3</sup> /uL	0.00- 0.70
EO#	0.01	10 <sup>3</sup> /uL	0.00- 0.40
BASO#	0.00	10 <sup>3</sup> /uL	0.00- 0.10
NEUTH#	9.35 +	10 <sup>3</sup> /uL	( 1.50-7.00 )
LYMPH%	6.3 -	%	(25.0-40.0)
MONO%	6.1	%	( 2.0- 8.0 )
EO%	0.1 -	%	( 2.0- 4.0 )
BASO%	0.0	%	( 0.0- 1.0 )
NEUT%	87.5 +	%	( 50.0-70.0 )
IG#	0.03	10 <sup>3</sup> /uL	(0.00-7.00)
IG%	0.3	%	( 0.0- 72.0 )
RBC	4.58	10 <sup>6</sup> /uL	( 3.80- 5.20 )
HGB	10.8 *	g/dL	( 11.7- 15.5 )
HCT	28.3	%	( 35.0- 47.0 )
MCV	61.8 -	fL	( 80.0- 100.0 )
MCH	23.6 *	Pg	( 26.0- 34.0 )
MCHC	38.2 *	g/dL	( 32.0- 36.0 )
RDW-SD	26.9 -	fL	( 37.0- 54.0 )
DW-CV	11.9	%	(11.5- 14.5)
PLT	227	10 <sup>3</sup> /uL	( 150- 440 )
MPV	9.0	fL	( 9.0- 13.0 )
PCT	0.20	%	( 0.17- 0.35 )
PDW	9.2	fL	( 9.0- 17.0 )
P-LCR	17.3	%	( 13.0 43.0 )

## 2. Terapi Pengobatan

### 4.2 Tabel Terapi pengobatan (Data primer RSUD Ende, 2022)

No	Nama obat	Dosis
1.	Paracetamol	3x1 gram
2.	Novarapid	6 unit/Sc
3.	Cairan Nacl 0,9%	500cc/20tpm
4.	Ondansetron	4 mg
5.	Omeprazole	40 mg

#### B. Tabulasi Data

Berdasarkan hasil pengkajian data-data yang dikumpulkan yaitu klien mengatakan pusing, badannya terasa lemah, mual, nyeri uluh hati, muntah, makanan yang disediakan hanya dihabiskan sebanyak 1/4 porsi saja, pusing, keringat dingin secara tiba-tiba pada malam hari, sering kencing, tampak pucat, konjungtiva anemis, tampak meringis kesakitan, kesadaran composmentis, CRT > 3 detik, TTV TD: 140/80 mmHg, N: 88x/mnt, S: 36,8OC, RR: 18x/mnt, SPO2 : 98%, skala nyeri 4 (nyeri sedang), GDS: 252 mg/dl, HB: 10,8 g/dL, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm ditangan sebelah kanan.

#### C. Klasifikasi Data

DS : Klien mengatakan pusing, badannya terasa lemas, mual, nyeri uluh hati, keringat dingin secara tiba-tiba pada malam hari, sering kencing.

DO : Tampak pucat, konjungtiva anemis, tampak meringis kesakitan, kesadaran composmentis, hanya menghabiskan 1/4 makanan dari porsi yang disediakan, CRT > 3 detik, TTV TD: 140/80 mmHg, N: 88x/mnt, S: 36,8°C, RR: 18x/mnt, SPO2 : 98%, skala nyeri 4 (nyeri sedang), GDS: 252 mg/dl, HB: 10,8 g/dL, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm ditangan sebelah kanan.

D. Analisa data

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

Tabel 4.3 Analisa Data

No	Sign/Shympton	Etiologi	Problem
1.	<p>DS : Klien mengatakan pusing, merasa kencing, dan keringat dingin</p> <p>DO : Klien tampak pucat, TD: 140/80 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,8°C, SPO2: 98%, GDS: 252 mg/dl.</p>	Hiperglikemia	Ketidakstabilan kadar glukosa darah

2.	<p>DS: Klien mengatakan nyeri pada uluh hati (skala nyeri 4), badan terasa lemah.</p> <p>DO: Klien tampak meringis kesakitan, TTV: TD: 140/80mmHg, N: 88x/menit, RR: 18x/menit, SPO2: 98%</p>	<p>Agen pencedera fisiologis</p>	<p>Nyeri akut</p>
3.	<p>DS: Klien mengatakan badan terasa lemah</p> <p>DO: Konjungtiva tampak anemis, tampak pucat, TD: 140/80mmHg, N: 88x/menit, RR: 18x/menit, SPO2: 98%, CRT &gt; 3 detik.</p>	<p>Kelemahan fisik</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>
4.	<p>DS: Klien mengatakan pusing, badan terasa lemah, dan kringan dingin secara tiba-tiba.</p> <p>DO: Klien tampak pucat, tampak lemah, CRT &gt; 3 detik, TTV: TD: 140/80 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,8°C, SPO2: 98%, HB: 10,8 g/dL.</p>	<p>Penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif</p>

## 2. Diagnosa Keperawatan

- 1) Resiko ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia yang ditandai dengan :

Data subyektif: klien mengatakan pusing, sering kencing, keringat dingin pada malam hari.

Data obyektif: tampak pucat, TD: 140/80 mmHg, N: 88x/mnt, S: 36,8OC, RR: 18x/mnt, SPO2 : 98%, GDS: 252 mg/dl.

- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang ditandai dengan :

Data subyektif: klien mengatakan nyeri pada uluh hati (skala nyeri 4), badan terasa lemah.

Data obyektif: tampak meringis kesakitan, TTV: TD: 140/80 mmHg, N: 88x/mnt, S: 36,8OC, RR: 18x/mnt, SPO2 : 98%.

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

Data subyektif: badan terasa lemah.

Data obyektif: konjungtiva anemis, tampak pucat, TD: 140/80 mmHg, N: 88x/mnt, S: 36,8OC, RR: 18x/mnt, SPO2 : 98%, CRT> 3 detik.

4) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin yang ditandai dengan:

DS: Klien mengatakan pusing, badan terasa lemah, dan kringan dingin secara tiba-tiba.

DO: Klien tampak pucat, tampak lemah, CRT > 3 detik, TTV:

TD: 140/80 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,8°C, SPO2: 98%, HB:

10,8 g/dL.

### 3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 4.4 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Resiko ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia yang ditandai dengan :</p> <p>Data subyektif: klien mengatakan pusing, sering kencing, dan keringat dingin pada malam hari</p> <p>Data obyektif: tampak pucat, TD: 140/80 mmHg, N:</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah pasien kembali normal dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Gula darah dalam rentan stabil 70-130 mg/dl,</p>	<p>1)Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</p> <p>2)Monitor kadar glukosa darah</p> <p>3) Anjurkan klien untuk monitor kadar glukosa secara mandiri</p>	<p>1)Memberikan informasi tentang penyebab hiperglikemia dan sebagai upaya penyebab hiperglikemia</p> <p>2)Memberikan informasi tentang kadar glukosa dalam darah sehingga tidak terjadi komplikasi</p> <p>3) Meningkatkan peran pasien dalam mengontrol kadar gula darah sehingga mencegah terjadinya peningkatan kadar gula dalam darah</p>

	<p>88x/mnt, S: 36,8OC, RR: 18x/mnt, SPO2 : 98%, GDS: 252 mg/dl.</p>	<p>b.Pasien dan keluarga dapat mematuhi terapi</p> <p>c. Pasien dan keluarga mampu mengontrol gula darah secara mandiri.</p>	<p>4)Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</p>	<p>4) Diet dan olahraga membantu dalam mempertahankan keseimbangan kadar gula dalam darah</p>
2.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang ditandai dengan :</p> <p>Data subyektif: klien mengatakan nyeri pada uluh</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan rasa nyeri hilang/berkurang.</p> <p>Kriteria hasil: a.Keluhan nyeri menurun.</p>	<p>1) Monitor TTV</p> <p>2)Identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>3) Identifikasi skala</p>	<p>1)Mengetahui tanda-tanda vital memberikan informasi tentang kondisi pasien</p> <p>2) Untuk mengetahui lokasi nyeri, durasi dan frekuensi nyeri.</p> <p>3) Pemahaman pasien tentang penyebab</p>

	<p>hati (skala nyeri 4), badan terasa lemah.</p> <p>Data obyektif: tampak meringis kesakitan, TTV: TD: 140/80 mmHg, N: 88x/mnt, S: 36,8OC, RR: 18x/mnt, SPO2 : 98%.</p>	<p>b.Kemampuan menuntaskan aktifitas meningkat.</p> <p>c.Ekspresi wajah klien rileks.</p> <p>d.Tidak ada keringat dingin, tanda-tanda vital dalam batas normal</p>	<p>nyeri</p> <p>4)Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>5)Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi</p> <p>6)Berikan teknik non farmakologis untuk</p>	<p>nyeri yang terjadi akan mengurangi ketegangan pasien dan memudahkan pasien untuk diajak bekerjasama dalam melakukan tindakan</p> <p>4) Rangsangan yang berlebihan dari lingkungan akan memperberat rasa nyeri</p> <p>5) Teknik distraksi dan relaksasi dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>6)Memberikan kesempatan pada otot untuk relaksasi seoptimal mungkin.</p>
--	---	--	---	---

		<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktiviats teratasi.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>a. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</p> <p>b. Keluhan lelah</p>	<p>mengurangi rasa nyeri</p> <p>1) Anjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas</p> <p>2) Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat</p> <p>3)Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis akttivitas sesuai kemampuan</p>	<p>1)Dengan mengurangi aktivitas dapat mengurangi kelelahan</p> <p>2) meningkatkan kenyamanan istirahat serta dukungan fisiologis/psikologis</p> <p>3)Mengidentifikasi kelemahan/ kekuatan</p>
--	--	---	---	--

3.	<p>Intoleransi aktivitas berhungan dengan kelemahan fisik yang ditandai dengan :</p> <p>Data subyektif: badan terasa lemah.</p> <p>Data obyektif: konjungtiva anemis, tampak pucat, TD: 140/80 mmHg, N: 88x/mnt, S: 36,8OC, RR: 18x/mnt, SPO2 : 98%, CRT&gt; 3 detik.</p>	<p>menurun</p> <p>c. Warna kulit membaik</p> <p>d. Tekanan darah membaik</p>	<p>4) Anjurkan klien untuk mengurangi aktivitas yang berat.</p>	<p>4) Agar pasien tidak mengalami kelelahan akibat aktivitas yang berat.</p>
4.	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin yang ditandai</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi</p>	<p>1) Periksa sirkulasi perifer.</p> <p>2) Identitas faktor gangguan sirkulasi</p>	<p>1) Agar mengetahui sirkulasi perifer pada pasien</p> <p>2) Untuk mengetahui adanya gangguan sirkulasi pada pasien</p>

	<p>dengan:</p> <p>DS: Klien mengatakan pusing, badan terasa lemah, dan kringan dingin secara tiba-tiba.</p> <p>DO: Klien tampak pucat, tampak lemah, CRT &gt; 3 detik,</p> <p>TTV: TD: 140/80 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,8°C, SPO2: 98%, HB: 10,8 g/dL.</p>	<p>perifer tidak efektif meingkay dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Warna kulit pucat menurun</p> <p>b. Edema perifer menurun</p> <p>c. Kelemahan otot menurun</p> <p>d. Penipisan kapiler membaik</p>	<p>3) Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas</p> <p>4) Lakukan pencegahan infeksi</p> <p>5) Lakukan hidrasi</p> <p>6) Anjurkan berolahraga</p>	<p>3) Untuk mengetahui apakah pasien mengalami panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada bagian ekstermitas</p> <p>4) Untuk mencegah adanya infeksi pada pasien</p> <p>5) Agar pasien tidak merasa hidrasi</p> <p>6) Agar pasien merasa lebih segar</p>
--	--	---	---	---

#### 4. implementasi Dan Evaluasi

Tabel 4.5 Implementasi dan Evaluasi

Hari/Tanggal	No. DX	Jam	Implementasi	Evaluasi
Hari Jumat, 24 Juni 2022	1.	08.05 WITA	1) Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD: 140/80 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2: 98%.	Jam 13.45 WITA S: klien mengatakan masih merasa pusing, sering kencing dan keringat dingin.
		09.05 WITA	2) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia	O: klien tampak pucat dan lemah, gds 252mg/dl, TD: 140/80mmHg, N: 88x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%.
		09.10 WITA	3) Memonitoring kadar glukosa Hasil : Kadar gds 252 dl/ml	A: masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi.
		09.30 WITA	4) Mengajukan kepatuhan terhadap diet dan olahraga Hasil: Klien mengatakan mengikuti anjuran yang diberikan	P: lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, dan 5.

		12.30 WITA	5) Melayani pemberian Novarapid 6 unit/SC Hasil: telah diberikan suntikan Novarapid 6 unit/SC.	
	.	08.05 WITA	1)Memonitor tanda-tanda vital dengan Hasil: TD: 140/80 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,8°C RR: 18x/menit, RR:18x/menit, SPO2 : 98%	Jam 13.45 WITA S: Klien mengatakan masih terasa nyeri pada uluh hati dengan skala nyeri 4, badan terasa lemah.
		09.45 WITA	2)Megidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri yang dialami pasien dengan Hasil: klien mengatakan nyeri pada uluh hati, klien tampak meringis.	O: tampak meringis keskitan, tampak pucat, nyeri yang dirasakan skala 4 (0-10) TD: 140/80 mmHg, N:88x/menit, S: 36,8OC, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%.
		09.55 WITA	3)Mengidentifikasi skala nyeri Hasil klien mengatakan skala nyeri 4(0-10).	A: masalah nyeri akut belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi 1, 2, 3 , 4, 5 dan 6.

		10.00 WITA	4)Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan cara mengurangi kebisingan.	
		10.05 WITA	5)Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan cara menarik napas dalam dan mengajak klien bercerita  Hasil: klien mengatakan nyeri berkurang, dan klien tampak rileks, klien dapat mengikuti kembali latihan napas dalam.	
		10.20 WITA	6)memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara kompres hangat dingin.	
		11.05 WITA	7)Melayani pemberian Paracetamol 3x1 gram.  Jam 11.25 WITA melayani pemberian omeprazole 40 mg.	

		11.25 WITA	8) Melayani pemberian omeprazole 40 mg.	
	3.	08.05 WITA	1)Memonitor tanda- tanda vital Hasil: TD: 140/80 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,8°C,RR: 18x/menit, SPO2 : 98%.	Jam 13.45 WITA S: Klien mengatakan badannya terasa lemah
		10.00 WITA	2)Menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas Hasil: klien mengatakan selama sakit sudah mengurangi aktivitas	O: Tampak lemah, dan pucat. A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi
		10.30 WITA	3)Menganjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat	P: lanjutkan intervensi 1, 2, 3, dan 4.
		10.35 WITA	4)Mengajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis akttivitas sesuai kemampuan.	

	4.	08.05 WITA	1) Memonitor tanda-tanda vital hasil: TD: 140/80 mmHg, N: 88x/menit, S:36,8°C, RR:18x/menit, SPO2: 98%, CRT > 3 detik, HB: 10,8 g/dL.	Jam 13.45 WITA S: Klien mengatakan badannya terasa lemah, pusing, keringat dingin secara tiba-tiba. O: Klien tampak pucat, TD: 140/80 mmHg, N: 88x/menit, S:36,8°C, RR:18x/menit, SPO2: 98%, CRT > 3 detik, HB: 10,8 g/dL. A: Masalah perfusi perifer belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6.
		08.15 WITA	2) Memeriksa sirkulasi perifer pada pasien.	
		08.30 WITA	3) Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi.	
		09.05 WITA	4) Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas.	
		09.15 WITA	5) Melakukan pencegahan infeksi.	
		09.25 WITA	6) Melakukan hidrasi.	
		10.00 WITA	7) Menganjurkan pasien berolahraga.	

<p>Sabtu, 25 Juni 2022</p>	<p>1.</p>	<p>08.10 WITA</p> <p>08.20 WITA</p> <p>08.25 WITA</p> <p>08.30 WITA</p> <p>08.35 WITA</p>	<p>1)Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil: TD: 130/80 mmHg, N: 84x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%.</p> <p>2)Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia.</p> <p>3)Memonitoring kadar glukosa darah hasil: kadar gds 98 dl/ml.</p> <p>4)Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</p> <p>Hasil: Klien klien mengatakan mengikuti anjuran yang diberikan.</p> <p>5)Menyarankan keluarga untuk memantau klien dalam minum obat.</p>	<p>Jam 13.45 WITA</p> <p>S: klien mengatakan pusing, sering kencing sudah mulai berkurang, dan tidak lagi keringat dingin.</p> <p>O: klien segar dan masi tampak pucat, kadar gds 98 mg/dl, TD: 130/80 mmHg, N: 84x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%.</p> <p>A: masalah ketidakstabilan kadar glukosa sebagian teratasi teratasi.</p> <p>P: lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4 dan 5</p>
----------------------------	-----------	---	---	--

		11.05 WITA	6)Melayani pemberian Novarapid 5 unit/SC	
		08.10 WITA	Hasil: telah diberikan suntikan Novarapid 5 unit/SC.	
	2.	08.45 WITA	1)Memonitor tanda-tanda vital	Jam 13.45 WITA
			Hasil: TD: 130/80 mmHg, N: 84x/menit, S: 36,8OC, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%.	S: Klien mengatakan masih terasa nyeri pada uluh hati, tetapi nyeri yang dirasakan sudah mulai berkurang dengan skala nyeri 3 (1-10), dan tidak terasa lemah lagi.
		08.50 WITA	2)Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan cara mengurangi kebisingan.	O: tampak meringis keskitan, tampak pucat, TD: 130/80 mmHg, N:84x/menit,
		09.05 WITA	3)Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan cara menarik napas dalam dan mengajak klien bercerita	S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%.
			Hasil: klien mengatakan nyeri berkurang dengan skla nyeri 3 (1-10), dan klien tampak rileks.	A: masalah nyeri akut sebagian teratasi.
		10.25 WITA	4)Memberikan teknik non farmakologis untuk	

			mengurangi rasa nyeri dengan cara kompres hangat dingin hasil: klien tampak rileks.	P: lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5 dan 6.
	3.	10.05 WITA	5)Melayani pemberian cairan omeprazole 40 mg.	
		10.10 WITA	1)menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas Hasil: Klien mengatakan selama sakit sudah mengurangi aktiviatas	Jam 13.45 WITA S: klien mengatakan badannya masih terasa lemah. O: tampak segar, dan masih tampak pucat.
		10.15 WITA	2)Menganjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat	A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian
		08.10 WITA	3)Mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan dengan cara mengurangi aktivitas yang berat.	P : Lanjutkan intervensi 1, 2, dan 3

	4.	08.25 WITA	1) Memonitor tanda-tanda vital hasil: TD: 140/80 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2: 98%, CRT > 3 detik, HB: 10,8 g/dL.	Jam 13.45 WITA S: Klien mengatakan badannya masih terasa lemah, pusing, keringat dingin secara tiba-tiba.
		08.30 WITA	2) Memeriksa sirkulasi perifer pada pasien.	O: Klien tampak pucat, TD: 130/80 mmHg, N: 84x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2: 98%, CRT < 3 detik, HB: 10,8 g/dL.
		09.10 WITA	3) Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi.	A: Masalah perfusi perifer sebagian teratasi.
		09.20 WITA	4) Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas.	P: Lanjutkan intervensi 1, 3, 5, 6.
		09.30 WITA	5) Melakukan pencegahan infeksi.	
			6) Melakukan hidrasi.	
		10.05 WITA	7) menganjurkan pasien berolahraga	

## 5. Catatan Perkembangan

Tabel 4.6 Catatan Perkembangan

Hari/Tanggal	No. DX	Catatan Perkembangan
Minggu, 25 Juni 2022	1.	<p>S: klien mengatakan pusing, sering kencing sudah mulai berkurang, dan tidak lagi keringat dingin.</p> <p>O: klien segar dan masi tampak pucat, kadar gds 98 mg/dl, TD: 130/80 mmHg, N: 84x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%.</p> <p>A: masalah ketidakstabilan kadar glukosa sebagian teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 3 dan 4.</p> <p>I: Jam 08.00 WITA menyarankan keluarga untuk mengelola diit DM bagi pasien.</p> <p>Jam 08.05 WITA menganjurkan klien untuk monitor kadar glukosa secara mandiri dengan berobat ke puskesmas maupun rumah sakit sebulan sekali.</p> <p>E: Klien mengatakan sering kencing sudah mulai berkurang, kurang merasa haus, minum air 8-10 gelas (1600-2000 cc), tidak lagi keringat dingin, klien segar dan masi tampak pucat, GDS: 98 mg/dl.</p> <p>Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi. Hentikan intervensi.</p>

	2.	<p>S: klien mengatakan nyeri yang dirasakan pada uluh hati sudah mulai berkurang.</p> <p>O: klien tampak mulai rileks, TD: 130/80 mmHg, N:82x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%, skala nyeri 1 (0-10).</p> <p>A: Masalah nyeri akut sebagian teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan ntervensi 1 dan 2.</p> <p>I: Jam 08.15 WITA Mengobservasi tanda vital dengan hasil TD: 130/80 mmHg, N: 78x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%.</p> <p>Jam 08.20 WITA mengkaji tingkat, frekuensi, dan reaksi nyeri yang dialami pasien dengan hasil klien mengatakan nyeri sudah tidak dirasakan, klien tampak rileks, skala nyeri 0 (0-10).</p> <p>E: Klien mengatakan nyeri sudah tidak dirasakan. Obyektif: klien tampak rileks, TD: 130/80 mmHg, N: 78x/menit, S: 36,8OC, RR: 18x/menit, skala nyeri 0 (0-10). Masalah nyeri akut telah teratasi.Hentikan intervensi.</p> <p>S : Klien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemah lagi.</p> <p>O: Tampak segar, dan masih tampak pucat.</p>
--	----	---

	3.	<p>A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian.</p> <p>P: lanjutkan intervensi 2, 3 dan 4.</p> <p>I: Jam 09.00 WITA mengobservasi tanda- tanda vital hasil: TD: 140/80 mmHg, N: 78x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2 : 98%.</p> <p>Jam 09.10 WITAmenganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas hasil: klien mengatakan selama sakit sudah mengurangi aktiviatas.</p> <p>Jam 09.15 WITA menganjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan tinggi protein dan tinggi serat, klien serta keluarga menyanggupinya</p> <p>E: Klien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemah lagi, klien tampak segar, pucat berkurang. Masalah intoleransi aktivitas telah teratasi. Hentikan intervensi.</p>
	4.	<p>S : Klien mengatakan badannya masih terasa lemah, pusing, keringat dingin secara tiba-tiba.</p> <p>O : Klien tampak puncak,TD: 130/80 mmHg, N: 84x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2: 98%, HB: 10,8 g/dL, CRT &lt; 3 detik.</p> <p>A: Masalah perfusi perifer sebagian teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1, 3, 5, 6.</p>

	<p>I: J 08.10 WITA memonitor tanda-tanda vital hasil: TD: 140/80 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2: 98%, CRT &gt; 3 detik, HB: 12 g/dL. Jam 08.25 WITA memeriksa sirkulasi perifer pada pasien. Jam 09.10 WITA memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. Jam 09.30 WITA melakukan hidrasi. Jam 10.05 WITA menganjurkan pasien berolahraga.</p> <p>E: Klien mengatakan badannya tidak terasa lemah, tidak pusing, tidak keringat dingin dan klien tidak tampak pucat lagi. TD: 130/80 mmHg, N: 84x/menit, S: 36,8°C, RR: 18x/menit, SPO2: 98%, CRT &lt; 3 detik, HB: 12 g/dL. Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi. Hentikan intervensi.</p>
--	--

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Data Diri

Nama : Sriyanti  
Tempat/Tanggal lahir : Kalampa, 06 Agustus 2000  
Alamat : Jl. Flores  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Nama Ayah : Mukhtar Landa  
Nama Ibu : Aminah

### B. Riwayat Pendidikan

1. SD Inpres Kalampa
2. SMPN 2 Woha
3. SMAN 1 Ende
4. Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi DIII Keperawatan Ende

### MOTTO

"Tetap Semangat Dan Teruslah Berjuang"



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL TENAGAH KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG**

Direktorat: Jln. Piet A Tallo Liliba-Kupang, Telp: (0380) 8800256  
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



**LEMBAR KONSULTASI PEEMBIMBING STUDI KASUS**

**NAMA** : SRIYANTI  
**NIM** : PO530320219919  
**PEMBIMBING** : Maria Salestina Sekunda, SST, M.Kes

NO	Hari/Tanggal	Hasil Konsultasi	Paraf
1.	Selasa, 8/02/2022	<b>PROPOSAL</b> - Tambahkan data kejadian Diabetes Melitus di dunia, Indonesia, NTT dan Ende - Perbaiki latar belakang - Tambahkan pada latar belakang : bagaimana dampak Diabetes Melitus apabila tidak ditangani dengan baik	
2.	Rabu, 9/02/2022	- Tambahkan dampak apabila Diabetes Melitus tidak ditangani dengan baik apa yang terjadi	

		- Tambahkan konsep mendik Diabetes Melitus	
3.	Senin, 14/02/2022	- Perbaiki pathway dan pisahkan sesuai jenis Diabetes Melitus	
4.	Rabu, 23/02/2022	- Pisahkan antara penatalaksanaan keperawatan dan penatalaksanaan medis  - Tambahkan penulisan diagnosa keperawatan sesuai SDKI, intervensi sesuai SIKI.	
5.	Rabu, 9/03/2022	- Lengkapi Daftar pustaka  - Lengkapi BAB I - BAB III  - Perbaiki pathway dan tambahkan masalah keperawatan.	
6.	Senin, 11/04/2022	- Batasan istilah/definisi operasional dijelaskan tentang Diabetes Melitus: dibuat dengan kata-kata yang operasional.	
7.	Jum'at, 10/05/2022	- Lengkapi lampiran dan perbaiki pathway	

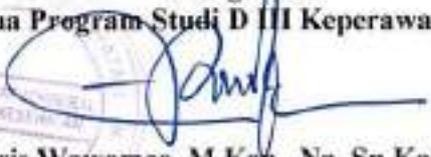
8.	Selasa, 17/05/2022	- ACC, kontrak waktu dengan penguji dan siap ujian.	
9.	Senin, 18/07/2022	<b>KTI</b> - Tambahkan pengkajian perpola - Lengkapi tabulasi data yang sesuai dengan pengkajian	
10.	Rabu, 27/07/2022	- Data kurang mendukung, lengkapi pengkajian - Sesuaikan data pengkajian	
11.	Selasa, 02/08/2022	- Sesuaikan riwayat kesehatan, keluhan utama, pemeriksaan fisik, tabulasi data, dan klasifikasi data - Pemeriksaan fisik, tabulasi data dan analisa data di lengkapi kembali	
12.	Kamis, 18/08/2022	- Perbaiki kembali bahasa di pengkajian - Apa diagnosa saat masuk RS - Diagnosa di sesuaikan dengan pathway	

13.	Selasa, 05/09/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki lagi implementasi hari pertama di diagnosa I</li> <li>- Perbaiki pengkajian perpola di pola aktivitas</li> <li>- Pembahasan cek kembali di panduan</li> </ul>	
14.	Kamis, 22/09/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bagaimana tingkat kemampuan aktifitas pasien</li> <li>- Perbaiki kembali di pembahasan, pengkajian sampai evaluasi</li> </ul>	
15.	Senin, 24/10/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apa data yang paling spesifik yang ada di diagnosa dan pembahasan</li> <li>- Urutkan dengan sesuai antara data subyektif dan data obyektif.</li> <li>Perbaiki kembali</li> </ul>	
16.	12/11/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesuaikan kembali data yang ada di pengkajian</li> <li>- Lengkapi dengan jumlah perawat yang ada di ruangan RPD III</li> <li>- Gunakan bahasa dan kalimat</li> </ul>	

		yang sesuai -Acc (Hubungi dosen penguji untuk ujian KTI)	
--	--	--	--

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende

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

NIP.19660114 199102 1 001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL TENAGAH KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG**

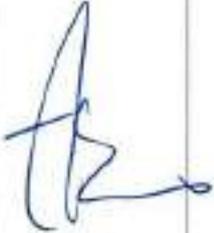
Direktorat: Jln. Piet A Tallo Liliba-Kupang, Telp: (0380) 8800256  
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



**LEMBAR KONSULTASI PENGUJI KARYA TULIS ILMIAH**

**NAMA** : SRIYANTI  
**NIM** : PO530320219919  
**PENGUJI** : Aris Wawomeo, M,Kep.,Ns., Sp. Kep.Kom  
**JUDUL** : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan  
Diagnosa Medik Diabetes Melitus di Ruangn Penyakit  
Dalam III RSUD Ende

<b>NO</b>	<b>Hari/Tanggal</b>	<b>Hasil Konsultasi</b>	<b>Paraf penguji</b>
1.	Selasa, 31 Mei 2022	<b>PROPOSAL.</b> 1) Perbaiki setiap alinea dalam proposal (kaidah ilmiah). 2) Bab I : Tambahkan data prevalensi untuk kasus DM yang ada di RSUD Ende 3) Bab II : Ganti diagnosa keperawatan pada pasien DM	

		4) Bab III : Ganti studi kasus menjadi studi dokumentasi, perbaiki pada bagian metode/prosedur studi kasus, dan perbaiki pada bagian instrumen pengumpulan data	
2.	Selasa, 06 Juni 2022	1) Bab II : Perbaiki diagnosa keperawatan tentang resiko ketidakstabilan glukosa dalam darah dan pada bagian resiko infeksi. Tambahkan dengan data DS dan data DO nya. 2) Bab III : Perbaiki pada bagian instrumen pengumpulan data	
3.	Kamis, 16 Juni 2022	1) Perbaiki setiap kata yang kurang lengkap atau lebih dan perbaiki juga tanda baca dan lain sebagainya 2) Bab III : Perbaiki pada bagian metode/prosedur studi kasus. Dijelaskan bagaimana prosedur kasus tersebut.	
4.	Senin, 20 Juni 2022	1) Bab II : Perbaiki lagi pada bagian konsep masalah keperawatan.	

		<p>Perbaiki lagi pengetikannya dan catatannya dilengkapi</p> <p>2) Bab III : Perbaiki pada bagian metode/prosedur studi kasus</p> <p>3) Siapkan lembar perngesahan untuk ditandatangani penguji dan pembimbing, selanjutnya kembali lagi untuk studi kasus</p>	
5.	Selasa, 21 Juni 2022	1) ACC, lanjutkan studi kasus	
6.	Rabu, 16 November 2022	<p style="text-align: center;"><b>KTI</b></p> <p>1) Jelaskan data apa yang didapatkan pada pengkajian pasien Diabetes Melitus</p> <p>2) Rubah data yang ada pada pengkajian seperti data sering merasa kencing menjadi sering kencing</p> <p>3) Tambahkan diagnosa perfusi jaringan perifer</p> <p>4) Pada bagian pembahasan dirubah dan jangan ada kesenjangan</p>	

		<p>5) Menjelaskan data kesenjangan yang ada pada teori namun tidak ada pada kasus. Data-data yang didapatkan harus diuraikan secara real dan nyata</p> <p>6) Menjelaskan kesenjangan diagnosa keperawatan yang disertai dengan dukungan teori para ahli</p> <p>7) Membandingkan perencanaan keperawatan antara teori dan kasus nyata</p> <p>8) Tambahkan alasan mengapa beberapa implementasi yang ada pada teori tidak dilakukan pada kasus nyata</p> <p>9) Pada bagian kesimpulan harus dituliskan secara keseluruhan</p>	
7.	Selasa, 29 November 2022	<p>1) Perbaiki pada bagian pembahasan. Jelaskan mengapa pada pasien tidak ditemukan data banyak makan (polifagi) dan data banyak minum (polidipsi)</p> <p>2) Jelaskan mengapa pada pasien</p>	

		<p>mengalami banyak kencing (poliuri)</p> <p>3) Jelaskan mengapa diagnosa pada teori tidak dimasukkan pada kasus nyata</p> <p>4) Jelaskan implementasi yang ada pada teori tetapi tidak dilakukan pada kasus nyata</p> <p>5) Pada BAB V hapuskan kata "tersebut" pada bagian evaluasi</p>	
8.	Jum'at, 02 Desember 2022	<p>1) Pada pembahasan bagian pengkajian jelaskan mengapa pada pasien sering ditemukan rasa lapar, rasa haus dan rasa kencing</p> <p>2) Pada bagian diagnosa keperawatan jelaskan mengapa dhanya diangkat 1 diagnosa keperawatan sedangkan ke-4 diagnosa yang lainnya tidak di angkat</p> <p>3) Pada intervensi jelaskan maksud dari tindakan observasi, mandiri, dan kolaborasi</p> <p>4) Pada bagian evaluasi keperawatan</p>	

		<p>jelaskan apa langkah selanjutnya setelah semua masalah keperawatan teratasi</p>	
9.	<p>Jum'at, 09 Desember 2022</p>	<p>1) Pada bagian pembahasan perbaiki pengkajian dan jelaskan mengapa pasien dinyatakan banyak kencing (poliuri) dan banyak minum (polidipsi).</p> <p>2) Di riwayat kesehatan masih ada pendobelan kata pada data banyak minum (polidipsi), banyak kencing (poliuri) dan banyak makan (polifagi).</p> <p>3) Bagian Pola Kesehatan harus dijelaskan pola kesehatan apa saja yang mengalami gangguan pada pasien Diabetes Melitus.</p> <p>4) Untuk diagnosa keperawatan itu harus jelas tahun SDKI nya. Kemudian ke-4 diagnosa yang diangkat itu apa saja dan diagnosa yang terdapat pada SDKI itu apa saja.</p>	

		<p>5) Pada intervensi keperawatan harus dijelaskan apa saja tindakan edukasi, mandiri, observasi dan kolaborasi yang dilakukan sehingga semua masalah keperawatan yang muncul dapat teratasi.</p>	
10.	Kamis, 22 Desember 2022	<p>1) Pada pembahasan bagian pengkajian harus dijelaskan secara runut apa yang dimaksud dengan polifagi, polidipsi dan poliuri.</p> <p>2) Jelaskan mengapa polidipsi dan polifagi tidak ditemukan pada pasien.</p> <p>3) Jelaskan mengapa keluhan seperti kelemahan, mati rasa, kesemutan, sakit kepala, pandangan mata kabur, luka atau bisul yang tidak sembuh-sembuh tidak ditemukan pada pasien.</p> <p>4) Jelaskan mengapa pola eliminasi, pola metabolik dan pola aktivitas ditemukan pada pasien.</p> <p>5) Jelaskan mengapa pola persepsi</p>	

		<p>pemeliharaan kesehatan tidak mengalami gangguan.</p> <p>6) Pada bagian diagnosa keperawatan harus ditambahkan diagnosa menurut para ahli kemudian menjelaskan diagnosa tersebut.</p> <p>7) Jelaskan berapa diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus nyata dan jelaskan mengapa diagnosa yang lainnya tidak ditemukan pada pasien.</p> <p>8) Pada bagian implementasi jelaskan tindakan apa saja yang tidak ditemukan pada pasien.</p>	
11.	Jum'at, 30 Desember 2022	<p>1) Pada pembahasan bagian pengkajian harus disebutkan terlebih dahulu apa saja keluhan yang sering muncul pada pasien Diabetes Melitus, kemudian etelah disebutkan baru menjelaskan apa yang dimaksud dengan polifagi, polidipsi dan poliuri serta jelaskan juga</p>	

		<p>mengapa polifagi dan polidipsi tidak ditemukan pada pasien.</p> <p>2) Pada bagian diagnosa keperawatan tidak perlu menuliskan sumber dari SDKI.</p> <p>3) Di persingkat lagi bagian intervensi keperawatan.</p>	
12.	Senin, 02 Januari 2023	ACC	

**Mengetahui**

**Ketua Program Studi D III Keperawatan**

**Ende**



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