

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R. H DENGAN  
DIABETES MELITUS DI RPD III RSUD ENDE**

**KARYA TULIS ILMIAH**



**OLEH :**

**SUSANA GONA  
NIM : PO.530320219920**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE  
TAHUN 2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R. H DENGAN  
DIABETES MELITUS DI RPD III RSUD ENDE**

**KARYA TULIS ILMIAH**

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



**OLEH**

**SUSANA GONA**

**NIM : PO. 530320219920**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE  
TAHUN 2022**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R. H DENGAN  
DIABETES MELITUS DI RPD III RSUD ENDE**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**OLEH :**

**SUSANA GONA  
NIM. PO. 530320219920**

**Hasil Studi Kasus ini Telah Diperiksa dan Disetujui  
Oleh Pembimbing Untuk Diujikan**

**Ende, 27 Agustus 2022**

**Pembimbing**



**Rifatunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIP. 1988 09222020122005**

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



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

**LEMBAR PENGESAHAN**

**STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R.H DENGAN  
DIABETES MELITUS DI RPD III RSUD ENDE**

**OLEH**

**SUSANA GONA**  
**PO530320219920**

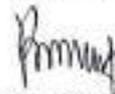
**Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diujikan Dan Dipertanggung Jawabkan  
Pada Tanggal 02 September 2022**

**Penguji Ketua**



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

**Penguji Anggota**



**Rif'atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep**  
**NIP. 1988 09222020122005**

**Mengetahui**

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



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

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Susana Gona  
NIM : PO. 530320219920  
Program Studi : D III Keperawatan Ende  
Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R. H.  
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

  
SUSANA GONA  
PO530320219920

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Data Diri

Nama : Susana Gona  
Tempat/Tanggal lahir : keudoa 24 mei 1999  
Alamat : Jalan Durian  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Khatolik

### B. Riwayat Pendidikan

1. SDK Paapingga
2. SMPK Maria Goretti Ende
3. SMAK Santo Petrus Ende

### MOTTO

**“GAGAL HANYA TERJADI JIKA KITA MENYERAH”**

## **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. R. H dengan Diabetes Melitus di Ruang Penyakit dalam III RSUD Ende” dapat terselesaikan dengan baik. Karya Tulis Ilmiah ini, disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan program Diploma III Keperawatan pada program studi Keperawatan Ende. Sebagai manusia yang lemah penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan, namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, puji syukur kesulitan dan hambatan dapat dilalui. Oleh karena itu, sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan terimakasih kepada :

1. Dr. Ragu Haming kristina, S.KM., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep. Kom, selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini.
3. Ibu Maria Salestina Sekunda, SST, M.Kes selaku penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan agar proposal Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik.
4. Ibu Rif'atunnisa, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing sekaligus penguji anggota yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Ny. R. H dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi yang di butuhkan penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Orangtua, Keluarga dan Madam atas semua doa dan semangatnya yang tiada hentinya mendukung saya menyelesaikan laporan karya tulis ilmiah ini.
7. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu dalam membantu penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Semoga mendapat pahala dari Tuhan Yang Maha Esa.

Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat diharapkan penulis guna menyempurnakan laporan Karya Tulis Ilmiah ini.

Ende, Agustus 2022

Penulis

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.R.H DENGAN  
DIAGNOSA MEDIK DIABETES MELITUS  
DI RUANG PENYAKIT DALAM III  
RSUD ENDE**

**ABSTRAK**

**Susana Gona<sup>1</sup>  
Rif'atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep<sup>2</sup>**

Diabetes mellitus merupakan suatu penyakit yang menahun yang ditandai oleh kadar glukosda melebihi normal serta gangguan metabolisme karbonhidrat, lemak dan protein yang disebabkan oleh kekurangan hormone insulin secara relatif. Tujuan studi kasus ini meningkatkan wawasan dan pola pikir penulis dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien Ny.R.H melalui pendekatan proses keperawatan dan menganalisis kesenjangan antara teori dan pelaksanaan.

Metode yang digunakan dalam studi kasus adalah metode studi deskriptif dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

Hasil pengkajian yang ditemukan pada klien Ny.R.H adalah Klien tampak lemah, pusing, gemetar dan berkeringat, ngantuk terus menerus, tampak hitam pada kelopak mata, merasa gatal-gatal pada kulit, kulit tampak kering dan bersisik, akral dingin, CRT > 3 detik. Terdapat 3 diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemi, gangguan pola tidur berhubungan dengan kecemasan dan gangguan integritas kulit berhubungan dengan diabetes melitus. Implementasi dilaksanakan selama 3 hari dan hasil evaluasi menunjukkan bahwa untuk diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi, gangguan pola tidur teratasi, dan gangguan integritas kulit teratasi.

Diharapkan agar klien selalu memperhatikan pola hidup yang sehat dan teratur untuk berobat dan mematuhi segala anjuran yang disampaikan oleh petugas kesehatan serta rutin memeriksakan kesehatannya di fasilitas kesehatan terdekat.

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

**Sumber : 22 (2011-2020)**

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

**(2) Dosen program Studi DIII Keperawatan Ende**

## NURSING CARE FOR MRS. R.H WITH DIABETES MELLITUS IN INTERNAL MEDICINE III ENDE HOSPITAL

### ABSTRACT

Susana Gona<sup>1</sup>  
Rif'atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep<sup>2</sup>

**Background** Diabetes mellitus is a chronic disease characterized by glucose levels exceeding normal and disturbances in the metabolism of carbohydrates, fats and proteins caused by a relative deficiency of the hormone insulin.

**The purpose** of this case study is to increase the author's insight and mindset in providing nursing care to Mrs. R.H's clients through the nursing process approach and analyzing the gap between theory and implementation.

**The method** used in the case study is a case study method with a nursing care approach that includes assessment, diagnosis, planning, implementation and evaluation of nursing.

**The results** of the case study found in the client, Mrs. R.H. The client came in a state of fainting, weakness, dizziness, continuous sleepiness, itching on the skin, shaking and sweating. And there were 3 nursing problems, the first diagnosis was blood glucose level instability related to hypoglycemia, the second diagnosis was sleep pattern disorder related to anxiety, the third diagnosis was skin integrity disorder related to diabetes mellitus. Based on these results, **the conclusion** of this case study is that Mrs. R.H's problem has 3 diagnoses, namely the first diagnosis of blood glucose level instability is partially resolved, the second diagnosis of sleep pattern disorders is resolved, the third diagnosis of skin integrity disorders is resolved. Suggestions for clients to always pay attention to a healthy and regular lifestyle for treatment and comply with all recommendations conveyed by health workers.

**Keywords:** Nursing care, Diabetes Mellitus

**Source** : 22 (2011-2020)

**Description:** (1) Ende Nursing D III Study Program

(2) Ende Nursing DIII Study Program Lecturer

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>COVER DALAM .....</b>	<b>ii</b>
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Daftar Isi.....	vii
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Studi Kasus.....	5
C. Manfaat Studi Kasus.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep Penyakit Diabetes melitus.....	7
B. Konsep Dasar Masalah .....	18
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan diabetes melitus .....	22
<b>BAB III METODE STUDI KASUS .....</b>	<b>34</b>
A. Rancangan/Desain Studi Kasus.....	34
B. Subjek Studi Kasus.....	34
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional).....	34
D. Lokasi Dan Waktu Studi Kasus .....	35
E. Prosedur Studi Kasus .....	35
F. Teknik Pengumpulan Data.....	36
G. Instrumen Pengumpulan Data .....	36
H. Keabsahan Data.....	36
I. Analisa Data.....	37
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>38</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gmbar 2.1 Pathway.....	17
------------------------	----

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Diabetes mellitus merupakan suatu penyakit yang menahun yang ditandai oleh kadar glukosa melebihi normal serta gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan oleh kekurangan hormone insulin secara relative (Hidayah, 2012). *Internasional Diabetes Federation* (IDF) (2019) menjelaskan bahwa diabetes melitus merupakan salah satu penyakit kronis paling umum di dunia, terjadi ketika insulin pada pankreas tidak mencukupi atau pada saat insulin tidak dapat digunakan secara efektif.

Data *World Health Organization* (WHO) menyebutkan bahwa tercatat 422 juta orang di dunia menderita diabetes melitus atau terjadi peningkatan sekitar 8,5% pada populasi orang dewasa dan diperkirakan terdapat 2,2 juta kematian dengan persentase akibat penyakit diabetes melitus yang terjadi sebelum usia 70 tahun, khususnya di negara-negara dengan status ekonomi rendah dan menengah. Bahkan di perkiraan akan terus meningkat sekitar 600 juta jiwa pada tahun 2035 (Kemenkes RI, 2018).

American Diabetes Association (ADA) menjelaskan bahwa setiap 21 detik terdapat satu orang yang terdiagnosis diabetes melitus atau hampir setengah dari populasi orang dewasa Amerika menderita diabetes melitus (ADA, 2019). Indonesia menduduki peringkat ke empat dari sepuluh negara di dunia, kasus diabetes melitus tipe 2 dengan prevalensi 8,6% dari total populasi, di perkiraan meningkat dari 8,4 juta jiwa pada tahun 2000 menjadi

sekitar 21,3 juta jiwa pada tahun 2030. Prevalensi diabetes melitus yang terdiagnosis pada tahun 2018, penderita terbesar berada pada kategori usia 55-64 tahun yaitu 6,3% dan 65-74 tahun yaitu 6,03% (Rikesda, 2018). Hasil Rikesda (2018) menunjuk pada prevalensi diabetes melitus di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter pada umur 15 tahun sebesar 2%. Angka ini menunjukkan prevalensi diabetes melitus pada penduduk 15 tahun pada hasil Rikesda, 2013 sebesar 1,5% namun prevalensi diabetes melitus menurut hasil pemeriksaan gula darah meningkat 6,9%. Pada tahun 2013 menjadi 8,5%, pada tahun 2018 angka ini menunjukkan bahwa baru sekitar 25% penderita diabetes yang mengetahui bahwa dirinya menderita diabetes.

Riset kesehatan dasar (Rikesda, 2013) mengatakan bahwa wawancara yang dilakukan terhadap respon yang berumur kurang lebih 15 tahun di dapatkan hasil diabetes melitus terdiagnosis dokter atau gejala provinsi Nusa Tenggara Timur sebesar 3,3% prevalensi diabetes melitus pada perempuan cenderung lebih tinggi dari pada laki-laki. Data penderita diabetes melitus di RSUD Ende pada tahun 2020 sebanyak 273 orang dan menurun pada tahun 2021 sebanyak 172 orang, dan dari hasil rekapitulasi penyakit terbanyak di ruangan penyakit dalam III RSUDE Diabetes Melitus memiliki kasus sebanyak 25 kasus pada akhir tahun 2021 (profil RSUD Ende 2021).

Diabetes melitus disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya faktor genetik, faktor imunologi (Autoimun), faktor lingkungan. Selain itu diabetes melitus disebabkan oleh kegagalan relatif sel Beta dan resistensi insulin, faktor resiko yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes adalah

usia, obesitas, riwayat keluarga (Kusuma dan Nurafif, 2012). Apabila kadar gula darah pasien tidak terkontrol dalam waktu yang lama maka dapat menyebabkan timbulnya komplikasi jangka panjang seperti serangan jantung, stroke, kebutaan akibat glukoma, penyakit ginjal, luka yang tidak dapat sembuh sehingga infeksi harus di amputasi, bahkan bisa mengakibatkan kematian. Komplikasi ini disebabkan oleh kerusakan pembuluh darah, kerusakan saraf dan ketidaksanggupan tubuh melawan infeksi (Pinzon, 2012).

Secara garis besar, terdapat lima hal yang harus dilakukan penderita diabetes melitus agar target dari pengobatan dan penanganan diabetes melitus berhasil, yaitu pengendalian berat badan dengan pengaturan makan, kurangi makanan berkarbonhidrat dan lemak tinggi namun memperbanyak makan sayuran dan buah-buahan. Latihan fisik/olahraga secara rutin, obat dan insulin ditambahkan jika kadar glukosa darah belum tercapai dengan pengaturan makan dan latihan jasmani. Lakukan perawatan anggota tubuh (terutama kaki sering luka), pemeriksaan gula darah secara rutin (Setiawan dan Petra, 2012). Sedangkan upaya perawat yang sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan dengan diabetes melitus diantaranya dalam segi promotif yaitu memberikan penyuluhan agar masyarakat mengenal tentang penyakit diabetes melitus atau menghindari faktor penyebab maupun faktor resiko (keturunan, kegemukan, pola makan yang salah, minum obat-obatan yang dapat menaikkan kadar glukosa darah, proses menua dan stress), dari segi kuratif perawat langsung membatasi aktivitas sesuai beratnya keluhan. Sedangkan dari

segi rehabilitave dengan memberikan penyuluhan (perencanaan makan, latihan jasmani, obat hipoglikemik).

Berdasarkan uraian pada latar belakang di atas dan sehubungan dengan privalensi kejadian diabetes melitus (DM) masih tinggi serta masih adanya resiko seperti dampak kematian yang ditimbulkan akibat diabetes melitus maka, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus di RSUD Ende”.

## **B. Rumusan Masalah**

Diabetes melitus jika terlambat ditangani bisa menyebabkan hilangnya kesadaran, kejang hingga kematian. Masalah spesifik yang akan terjadi yaitu rasa lapar yang berlebihan, berkurangnya masa otot, lemas dan pandangan kabur, pelaksanaan yang akan dilakukan perawat kepada pasien diabetes melitus yaitu melakukan latihan dan memberikan edukasi tentang penanganan diabetes melitus.

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah dalam studi kasus ini adalah bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis diabetes melitus di RSUD Ende?

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

#### 1. Tujuan umum

Agar penulis dapat melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien dengan diagnosa medis diabetes melitus (DM) melalui proses pendekatan keperawatan.

#### 2. Tujuan Khusus

Mahasiswa mampu : menggambarkan

- a. Pelaksanaan pengkajian, mengidentifikasi dan menganalisis data secara sistematis pada klien Diabetes Melitus (DM).
- b. Diagnosis keperawatan pada klien Diabetes Melitus (DM)
- c. Perencanaan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditetapkan pada klien Diabetes Melitus (DM).
- d. Pelaksanaan implementasi pada klien Diabetes Melitus (DM) sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditentukan.
- e. Evaluasi terhadap hasil tindakan.
- f. Mendokumentasikan pada catatan keperawatan dengan tepat sebagai pertanggung jawaban dan pertanggung gugatan.

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

#### 1. Bagi Klien dan keluarga

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan kepada klien dan keluarga sehingga mereka mampu menanggulangi anggota keluarga yang menderita Diabetes Melitus (DM).

## 2. Bagi Perawat

Meningkatkan profesi kerja perawat dalam menatalaksanaan diabetes melitus (DM) serta mengaplikasi ilmu secara teori dengan praktek dilapangan tentang penyakit diabetes melitus (DM).

## 3. Penulis

Penulis dapat memperoleh pengetahuan dan pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan serta mengaplikasikan ilmunya yang diperoleh selama pendidikan, khususnya dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus (DM).

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

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

Diabetes Melitus adalah penyakit gangguan metabolik yang terjadi akibat pankreas tidak memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang di produksinya secara efektif sehingga mengakibatkan terjadinya peningkatan konsentrasi glukosa dalam darah yang dikenal dengan istilah *hiperglikemi* (WHO, 2016). DM tipe 2 yang dahulu disebut penyakit non-insulin-depedent adalah penyakit kronis yang disebabkan oleh penggunaan insulin yang kurang efektif oleh tubuh (Wijaya, 2015).

Diabetes Melitus atau sering disebut dengan kencing manis adalah suatu penyakit kronik yang terjadi ketika tubuh tidak dapat memproduksi cukup insulin atau tidak dapat menggunakan insulin (resistensi insulin), dan didiagnosa melalui pengamatan kadar glukosa didalam darah. Insulin merupakan hormone yang dihasilkan oleh kelenjar pankreas yang berperan dalam memasukan glukosa dari aliran darah ke sel-sel tubuh untuk digunakan sebagai sumber energi ( IDF, 2019).

Diabetes Melitus (DM) yang tidak terkendali dapat menyebabkan komplikasi metabolik ataupun komplikasi vaskuler jangka panjang, yaitu komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah,

sedangkan diabetes mellitus klinis adalah suatu sindroma gangguan metabolisme dengan hiperglikemia yang tidak semestinya sebagai akibat suatu defisiensi sekresi insulin atau berkurangnya efektifitas biologis dari insulin atau dengan keduanya (Kartika, 2017).

## 2. Klasifikasi

Menurut (*American Diabetes Association*, 2020) klasifikasi DM yaitu DM tipe 1, DM tipe 2, DM gestational dan DM tipe lain

### a. Diabetes Melitus tipe 1

DM tipe 1 merupakan proses autoimun atau idiopatik dapat menyerang orang semua golongan umur, namun lebih sering terjadi pada anak-anak. Penderita DM tipe 1 membutuhkan suntikan insulin setiap hari untuk mengontrol glukos darahnya. DM tipe ini sering disebut juga *Insulin Dependent Diabetes Melitus* (IDDM), yang berhubungan dengan antibodi berupa *Islet Cell Antibodies* (ICA), *Insulin Autoantibodies* (IAA), dan *Glutamic Acid Decarboxylase Antibodies* (GADA). 90% anak-anak penderita IDDM mempunyai jenis antibodi ini.

### b. Diabetes Melitus Tipe 2

DM tipe 2 atau yang sering disebut dengan *Non Insulin Dependent Diabetes Melitus* (NIDDM) adalah jenis DM yang paling sering terjadi, mencakup sekitar 85% pasien DM. Keadaan ini ditandai oleh resistensi insulin disertai defisiensi insulin relative. DM

tipe ini lebih sering terjadi pada usia diatas 40 tahun, tetapi dapat pula terjadi pada orang dewasa muda dan anak-anak.

c. Diabetes Melitus Gestational

Diabetes yang didiagnosis pada trimester kedua atau ketiga kehamilan dan tidak mempunyai riwayat diabetes sebelum kehamilan.

d. Diabetes Melitus Tipe lain

Contoh dari DM tipe lain yaitu :sindrom diabetes monogenik (diabetes neonatal), penyakit pada pankreas, diabetes yang diinduksi bahan kimia (penggunaan glukokortikoid pada HIV/AIDS atau setelah transpaltasi organ.

### 3. Etiologi

a. Diabetes Melitus Tipe 1

DM tipe 1 disebabkan destruktur sel beta autoimun biasanya memicu terjadinya defisiensi insulin absolut. Faktor lingkungan berupa infeksi virus, defisiensi vitamin D, toksin lingkungan, menyusui jangka pendek, paparan dini terhadap protein kompleks, Individu dengan diabetes melitus tipe 1 mengalami defisiensi insulin absolut (Dito Anugroho, 2018).

b. Diabetes Melitus Tipe 2

DM tipe 2 disebabkan akibat resistensi insulin perifer, defek progresif sekresi insulin, peningkatan glukoneogenesis. Diabetes melitus tipe 2 dipengaruhi faktor lingkungan berupa obesitas,

gaya hidup tidak sehat, diet tinggi karbohidrat. Diabetes melitus tipe 2 memiliki presimtomatis yang panjang yang menyebabkan penegakan diabetes melitus tipe 2 dapat tertunda 4-7 tahun (Dito Anugroho, 2018).

c. Diabetes Melitus Gestasional

DM yang didiagnosis selama hamil. DM gestasional merupakan diagnosis DM yang menerapkan untuk perempuan dengan intoleransi glukosa atau ditemukan pertama kali selama kehamilan. DM gestasional terjadi pada 2 -5% perempuan hamil namun menghilang ketika kehamilannya berakhir. Riwayat DM gestasional, sindrom ovarium atau melahirkan bayi dengan berat badan lebih (LeMone, 2016).

d. DM tipe lain

Penyakit pankreas seperti Pancreatitis, ca pankreas dan lain-lain, Penyakit hormonal seperti Cromejali yang meningkat GH (*Growth Hormon*) yang merangsang sel-sel beta pankreas yang menyebabkan sel-sel ini hiperaktif dan rusak, Obat-obatan bersifat sitotoksin terhadap sel-sel seperti aloxan dan streptozerin, Yang mengurangi produksi insulin seperti derivat thiazide, phenothiazine dan lain-lain.

#### 4. Patofisiologi

##### a) Patofisiologi Diabetes Melitus Tipe 1 :

Diabetes melitus tipe 1 terjadi akibat kekurangan insulin untuk menghantarkan glukosa menembus membrane sel kedalam sel. Molekul glukosa menumpuk dalam peredaran darah mengakibatkan hiperglikemia. Hiperglikemia menyebabkan hiperosmolaritas serum, yang menarik air dari ruang intraseluler kedalam sirkulasi umum. Peningkatan volume darah meningkatkan aliran darah ginjal dan hiperglikemia bertindak sebagai diuretik osmosis. Diuretik osmosis yang dihasilkan meningkatkan haluaran urin. Kondisi ini disebut poliuria. Ketika kadar glukosa darah melebihi ambang batas glukosa biasanya sekitar 180 mg/dl glukosa diekskresikan kedalam urine, suatu kondisi yang disebut glukosuria. Penurunan volume intraseluler dan peningkatan haluaran urine menyebabkan dehidrasi. Mulut menjadi kering dan sering haus, yang menyebabkan orang tersebut minum jumlah air yang banyak (polidipsi) (LeMone, 2016).

Glukosa tidak dapat masuk kedalam sel tanpa insulin, produksi energi menurun. Penurunan energi ini menstimulasi rasa lapar dan orang makan lebih banyak (Polifagia). Meski asupan makanan meningkat, berat badan orang tersebut turun saat tubuh kehilangan air dan memecah protein dan lemak sebagai upaya memulihkan sumber energi. Malaise dan keletihan menyertai penurunan energi. Penglihatan

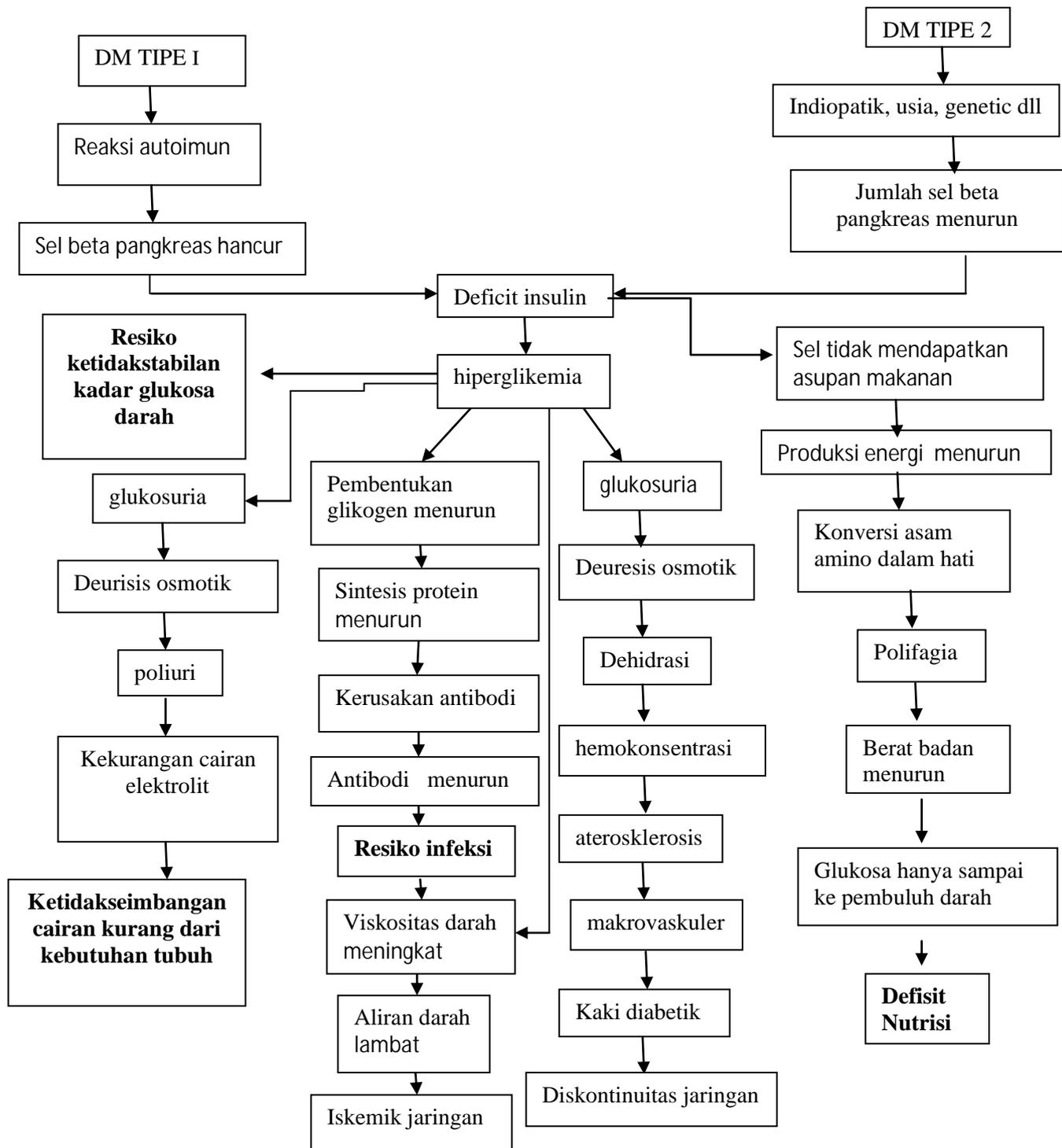
yang buram juga umum terjadi, akibat pengaruh osmotik yang menyebabkan pembengkakan lensa mata (LeMone, 2016).

b) Patofisiologi Diabetes Melitus tipe 2

DM tipe 2 adalah suatu kondisi hiperglikemia puasa yang terjadi meski tersedia insulin endogen. Kadar insulin yang dihasilkan pada DM tipe 2 berbeda-beda dan meski ada, fungsinya dirusak oleh resistensi insulin di jaringan perifer. Hati memproduksi glukosa lebih dari normal, karbohidrat dalam makanan tidak dimetabolisme dengan baik, dan akhirnya pankreas mengeluarkan jumlah insulin yang kurang dari yang dibutuhkan (LeMone, 2016). Faktor utama perkembangan DM tipe 2 adalah resistensi seluler terhadap efek insulin. Resistensi ini ditingkatkan oleh kegemukan, tidak beraktivitas, penyakit, obat-obatan dan penambahan usia. Pada kegemukan, insulin mengalami penurunan kemampuan untuk memengaruhi absorpsi dan metabolisme glukosa oleh hati, otot, rangka dan jaringan adiposa. Hiperglikemia meningkat secara perlahan dan dapat berlangsung lama sebelum DM didiagnosis, sehingga kira-kira separuh diagnosis baru DM tipe 2 yang baru didiagnosis sudah mengalami komplikasi (LeMone, 2016).

Proses patofisiologi dalam DM tipe 2 adalah resistensi terhadap aktivitas insulin biologis, baik di hati maupun jaringan perifer. Keadaan ini disebut sebagai resistensi insulin. Orang dengan DM tipe 2 memiliki penurunan sensitivitas insulin terhadap kadar glukosa, yang mengakibatkan kadar glukosa hepatic berlanjut, bahkan sampai dengan

kadar glukosa darah tinggi. Hal ini bersamaan dengan ketidakmampuan otot dan jaringan lemak untuk meningkatkan ambilan glukosa. Mekanisme penyebab resistensi insulin perifer tidak jelas, namun ini tampak terjadi setelah insulin berikatan terhadap reseptor pada permukaan sel (LeMone, 2016).



Sumber: Smeltzel & Bare, (2015)

Gambar 2.1 Pathway Diabetes Melitus

## 5. Manifestasi Klinis

Peningkatan kadar glukosa darah, disebut hiperglikemia mengarah kepada manifestasi klinis umum yang berhubungan dengan DM. Pada DM tipe 1, onset manifestasi klinis mungkin tidak kentara dengan situasi yang mengancam hidup yang biasanya terjadi (misal, ketoasidosis diabetikum). Pada DM tipe 2, onset manifestasi klinis mungkin berkembang secara bertahap yang klien mungkin mencatat sedikit atau tanpa manifestasi klinis selama beberapa tahun. Manifestasi klinis DM adalah peningkatan frekuensi buang air kecil (poliuria), peningkatan rasa haus dan minum (polidipsi) dan karena penyakit berkembang, penurunan berat badan meskipun lapar dan peningkatan makan (polifagi) (Black, 2014).

## 6. Pemeriksaan Diagnostik

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

**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 =  $(TB-100) \cdot 10\%$ . Kebutuhan kalori basal (30 kkal/kg BB untuk laki-laki dan 25 kkal/kg BB untuk wanita). Kemudian ditambah dengan keutuhan 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, sirup.

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 ke dalam 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 didalam saluran cerna sehingga dapat menurunkan penyerapan glukosa dan menurunkan hiperglikemia post prandial.

Salah satu obat DM golongan sulfonilurea adalah metformin. Metformin adalah zat antihyperglikemik 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. Pemeriksaan Diagnostik

Tes gula darah sewaktu (GDS) bisa dilakukan kapan saja, tanpa perlu mempertimbangkan waktu makan terakhir, namun biasanya cek gula darah ini dilakukan apabila sudah memiliki gejala diabetes seperti sering buang air kecil. Hasil tes gula darah sewaktu yang berada dibawah angka plasma vena <110 bukan DM, bukan pasti DM 100-199 DM >200, Gula darah kapiler <90 bukan DM, 90-199 bukan pasti DM, >200 DM .GDP tes gula darah puasa dilakukan sebagai pemeriksaan lanjutan dari tes GDS.

Sampel darah dalam cek gula darah ini akan diambil setelah berpuasa semalam (kurang lebih 8 jam). Dengan angka plasma vena <110 bukan DM, 100-125 bukan pasti DM, >125 DM, Darah kapiler <90 bukan DM, 90-107 Bukan pasti DM, >110 DM. Adapun tes GD2PP yaitu kadar gula darah yang di periksa 2 jam setelah minum larutan glukosa 75 gram. Pemeriksaannya dilakukan setelah GDP.

Pemeriksaan HbA1c atau disebut juga hemoglobin A1c berfungsi untuk mengukur rata-rata jumlah sel darah merah atau hemoglobin yang berkaitan dengan gula darah atau glukosa selama 3 bulan terakhir. Durasi ini sesuai dengan siklus hidup sel darah merah, yaitu 90 hari. Hasil pemeriksaan HbA1c akan tertulis dalam presentase, seperti : normal : jumlah HbA1c dibawah 5,7 persen. Prediabetes : jumlah HbA1c antara 5,7-6,4 persen.

#### 8. Komplikasi (Soelistijo SA, dkk, 2021)

##### a. Gangguan pada mata (Retinopati Diabetik).

Diabetes dapat merusak pembuluh darah di retina. Kondisi ini disebut juga Retinopati Diabetic dan berpotensi menyebabkan kebutaan. Pembuluh darah di mata yang rusak karena diabetes juga meningkat resiko gangguan penglihatan seperti katarak dan glaukoma.

##### b. Kerusakan ginjal (nefropati Diabetik).

Komplikasi diabetes melitus yang menyebabkan gangguan pada ginjal disebut nefropati diabetik. Kondisi ini bisa menyebabkan

gagal ginjal bahkan bisa berujung kematian jika tidak ditangani dengan baik. Saat terjadi gagal ginjal penderita harus melakukan cuci darah rutin atau transplantasi ginjal.

c. Kerusakan saraf (neuropati diabetik).

Tingginya kadar gula dalam darah dapat merusak pembuluh darah dan saraf di tubuh terutama di kaki. Kondisi ini yang biasanya disebut neuropati diabetik ini terjadi ketika saraf mengalami kerusakan, baik secara langsung akibat tingginya gula darah maupun karena penurunan aliran darah menuju saraf. Rusaknya saraf akan menyebabkan gangguan sensorik dengan gejala berupa kesemutan, mati rasa atau nyeri.

d. Masalah kaki dan kulit.

Masalah pada kulit dan luka pada kaki juga umum terjadi jika mengalami komplikasi diabetes. Hal ini disebabkan oleh kerusakan pembuluh darah dan saraf serta terbatasnya aliran darah ke kaki, gula darah yang tinggi dapat memudahkan bakteri dan jamur berkembang biak terjadi jika adanya penurunan kemampuan tubuh untuk menyembuhkan diri sebagai akibat dari diabetes.

e. Penyakit Kardiovaskuler.

Kadar gula darah yang tinggi dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah. Ini dapat menyebabkan gangguan sirkulasi darah di seluruh tubuh termasuk jantung. Komplikasi diabetes melitus yang

menyerang jantung dan pembuluh darah, meliputi penyakit jantung, stroke, serangan jantung dan penyempitan arteri.

## **B. Konsep Masalah Keperawatan**

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

### 1. Ketidakstabilan Kadar glukosa darah

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

#### **Penyebab:**

##### *Hiperglikimia*

- a. Disfungsi pankreas
- b. Resistensi insulin
- c. Gangguan toleransi glukosa darah
- d. Gangguan glukosa darah puasa

##### *Hipoglikemia*

Penggunaan insulin atau obat glikemik oral

#### **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, sulit berbicara ,berkeringat.

## 2. Penurunan curah jantung

Ketidakefektifan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.

**Penyebab :**

- a. Perubahan irama jantung
- b. Perubahan frekuensi jantung
- c. Perubahan kontraktilitas

**Gejala dan tanda mayor**

Subjektif : Palpitasi, lelah, dispnea, batuk, artopnea

Objektif : Bradikardi/takikardia, edema, distensivena jugularis, tekanan darah meningkat/menurun, nadi perifertrabalema, warna kulit pucat.

**Gejala dan tanda minor**

Subjektif : cemas, gelisah.

Objektif : Murmur jantung, berat badan bertambah.

## 3. Defisit nutrisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

**Penyebab :**

- a. Ketidakmampuan menelan makanan
- b. Ketidakakmampuan mencerna makanan

- c. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- d. Peningkatan kebutuhan metabolisme

**Gejala dan tanda Minor**

- a. Cepat kenyang setelah makan
- b. Kram/nyeri abdomen
- c. Nafsu makan menurun
- d. Bising usus hiperaktif
- e. Otot pengunyah lemah

**Tanda gejala mayor**

- a. Berat badan menurun
4. Perfusi perifer tidak efektif

Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.

**Penyebab :**

Hiperglikemia, penurunan konsentrasi hemoglobin, peningkatan tekanan darah, kekurangan volume cairan.

**Gejala dan tanda mayor :**

Subjektif : -

Objektif : Pengisian kapiler > 3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat turgor kulit menurun.

**Gejala dan tanda minor :**

Subjektif : Parastesia, nyeri ekstermitas.

Objektif : Edema, penyembuhan luka lama

## 5. Resiko infeksi

Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenetik

Faktor resiko

- a. Penyakit kronis
- b. Efek prosedur invasif
- c. Malnutrisi
- d. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- e. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
- f. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

## 6. Gangguan mobilitas fisik.

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri.

### **Penyebab :**

Kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan masa otot.

### **Gejala dan tanda mayor :**

Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas,

Objektif : Kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun

### **Gejala dan tanda minor :**

Subjektif : Nyeri saat bergerak, merasa cemas saat bergerak, enggan melakukan pergerakan.

Objektif : Sendi kaku, gerakan tidak terkordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

## **C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus**

### 1. Pengkajian (Purwanto, 2016)

#### a. Pengumpulan Data

##### 1) Identitas klien

Pada identitas harus terdapat data nama klien, alamat, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, nomor RM tanggal masuk dan diagnosa medis. Sedangkan penanggung jawab, juga akan didapatkan data-data yang sama berupa nama, alamat.

##### 2) Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehat sekarang Biasanya klien masuk ke RS dengan keluhan utama gatal-gatal pada kulit yang disertai bisul lalu tidak sembuh-sembuh, kesemutan/rasa berat, mata kabur, kelemahan tubuh. Disamping itu klien juga mengeluh poliuria, polidipsi, anorexia, mual dan muntah, BB menurun, diare kadang-kadang disertai nyeri perut, kram otot, gangguan tidur/istirahat, haus-haus, pusing-pusing/sakit kepala, kesulitan orgasme pada wanita dan masalah impoten pada pria, riwayat kesehatan dahulu hipertensi dan ISK, riwayat kesehatan keluarga adanya riwayat keluarga yang menderita diabetes melitus.

##### 3) Pola kesehatan

###### 1. Pola pemeliharaan kesehatan

Seringkali ditemukan pasien dengan diabetes melitus tidak memahami penyakit yang dialami

## 2. Pola pernapasan

Pada pasien dengan diabetes melitus sering ditemukan takipnea pada keadaan aktivitas dan istirahat, batuk tanpa sputum napas berbau aseton.

## 3. Pola eliminasi

Pasien dengan diabetes melitus ditemukan urin encer, kuning polyuria dan diare.

## 4. Pola nutrisi

Pada pasien diabetes melitus ditemukan pasien muntah, penurunan berat badan, bising usus lemah, distensi abdomen, polipagia, polidipsi.

## 5. Pola neurosensori

Pada pasien diabetes melitus ditemukan mengantuk dengan gangguan memori.

## 6. Pola kardiovaskuler

Ditemukan pasien dengan takikardi, hipertensi, distrimia

## 7. Pola reproduksi

Pada pasien diabetes melitus sering ditemukan gatal dan keputihan alat kelamin

#### 4) Pemeriksaan Fisik

Keadaan umumnya membaik, tanda-tanda vitalnya membaik, tidak ada gangguan pada kepala, sklera pada mata iterik, tidak ada serumen pada telinga, telinga kanan dan kiri simetris, tidak ada pembengkakan pada hidung, tidak adanya mukus pada hidung, bentuk leher simetris, tidak terdapat benjolan di leher/tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, dada kanan dan kiri simetris, getaran lokal fremitus sama antara kanan dan kiri, perut datar dan simetris, tidak adanya nyeri tekan pada perut, ekstermitas atas dan bawah normal terdapat edema pada ekstermitas atas dan bawah.

#### b. Tabulasi Data

Nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, poliuria, suhu tubuh meningkat, membrane mukosa pucat, berat badan turun, polifagia, merasa tidak nyaman, gelisah, merasa gatal, tampak merintih, sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, merasa cemas saat bergerak, gerakan terbatas, nadi perifer menurun, akral teraba dingin, edema dan penyembuhan luka terlambat.

#### c. Klasifikasi data

Data Subyektif: merasa tidak nyaman, merasa gelisah, sulit menggerakkan ekstermitas, merasa cemas saat bergerak.

Data Obyektif: nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, poliuria, suhu tubuh meningkat, membrane mukosa pucat, berat badan turun polifagia, tampak merintih, kekuatan otot

menurun, gerakan terbatas, nadi perifer menurun, akral teraba dingin, edema dan penyembuhan luka terlambat.

d. Analisa data

- 1) Data subjektif berupa merasa lemah, mengeluh haus terus. Data objektif yaitu nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering dan poliuria. Masalah keperawatan ketidakstabilan glukosa darah. Etiologi: hiperglikemia.
- 2) Data subjektif: -, data objektif: suhu tubuh meningkat, membrane mukosa pucat, berat badan turun, polifagia. Masalah keperawatan resiko defisit nutrisi. Etiologi: ganggun keseimbangan metabolisme.
- 3) Data subjektif: merasa tidak nyaman, merasa gelisah, merasa gatal. Data objektif: gelisah dan tampak merintih. Masalah keperawatan nyeri. Etiologi: iskemi jaringan.
- 4) Data subjektif: mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas dan merasa cemas saat bergerak. Data objektif: kekuatan otot menurun, gerakan terbatas. Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Etiologi: penurunan kekuatan otot.
- 5) Data subjektif: -. Data objektif: tekanan darah tinggi, perubahan warna kulit. Masalah keperawatan resiko penurunan curah jantung. Etiologi: peningkatan tekanan darah.

## 2. Diagnosa Keperawatan (SDKI, 2017)

a. Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia ditandai

DS : lelah, lesu

DO : kadar glukosa dalam urin tinggi

b. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung.

DS : Palpitasi, lelah, dispnea.

DO : Nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, poliuria, kondisi klinis terkait seperti prosedur pembedahan mayor, penyakit ginjal dan kelenjar, perdarahan dan luka bakar.

c. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan ditandai

DS : Penurunan BB, diare, muntah.

DO : Suhu tubuh meningkat, membrane mukosa pucat, berat badan turun, polifagia, kondisi klinis terkait seperti stroke, parkinson, infeksi, luka bakar.

d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan:

DS : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas dan merasa cemas saat bergerak.

DO : Kekuatan otot menurun, gerakan terbatas

e. Nyeri berhubungan dengan iskemia jaringan

DS : Parastesia, nyeri pada ekstermitas

DO : Pengisian kapiler >3detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat turgor kulit menurun.

3. Perencanaan Keperawatan ( Intervensi SIKI, 2017)

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemi dan hiperglikemi. **Tujuan** :setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kadar glukosa darah berada pada rentang normal. **Kriteria hasil** : pusing menurun, lelah /lesu menurun, keluhan lapar menurun, gemetar dan berkeringat menurun dan jumlah urin membaik. **Intervensi: Manajemen hiperglikemia.** Observasi: 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemi. 2) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia. 3). Monitor intake dan output cairan. Terapeutik: 1) Berikan asupan cairan oral. Edukasi: 1) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga. Kolaborasi: 1) Kolaborasi dalam pemberian insulin
- b. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung. **Tujuan**: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan adanya peningkatan jantung memompa darah. **Kriteria hasil**: Kekuatan nadi perifer meningkat, Palpitasi meningkat, Bradikardia meningkat dan takikardia meningkat. **Intervensi: Perawatan jantung.** Observasi: 1) Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung . 2) Identifikas tanda dan gejala sekunder penurunan

curah jantung. 3) Monitor tekanan darah. 4) Monitor berat badan setiap hari waktu yang sama. 5) Monitor saturasi oksigen. Terapeutik: 1) Posisikan pasien fowler atau semi-fowler. 2) Berikan diet jantung yang sesuai. Edukasi: 1) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi. 2) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap. Kolaborasi: Kolaborasi pemberian antiaritmia dan rujuk ke program rehabilitasi jantung

- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemi.

**Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi jaringan maksimal seimbang. **Kriteria hasil:** Nyeri berkurang/hilang, pergerakan atau aktivitas pasien bertambah dan tidak terbatas, mampu memenuhi kebutuhan secara mandiri. **Intervensi: Perawatan sirkulasi.** Observasi: 1) Periksa sirkulasi perifer (misalnya nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu). 2) Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi. 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas. Terapeutik: 1) Lakukan pencegahan infeksi. 2) Lakukan perawatan kaki dan kuku. Edukasi: 1) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara rutin. 2) Anjurkan olahraga rutin.

- d. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatnya pertahanan

tubuh primer. **Tujuan :** setelah dilakukan tindakan keperawatan resiko infeksi dicegah atau tidak terjadi infeksi. **Kriteria hasil:** Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal, menunjukkan perilaku hidup bersih dan sehat. **Intervensi:**

**pencegahan infeksi** . Observasi: 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Terapeutik: 1) Batasi jumlah pengunjung. 2) Berikan perawatan kulit pada area edema. 3) Pertahankan teknik aseptik pada pasien resiko tinggi. Edukasi: 1). Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. 3) Ajarkan etika batuk

- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. **Tujuan:** setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi. **Kriteria hasil:** Berat badan stabil, status nutrisi membaik, kekuatan otot menelan meningkat, kekuatan otot mengunyah meningkat. **Intervensi: Manajemen nutrisi.** Observasi: 1) Identifikasi status nutrisi. 2) Identifikasi alergi dan toleransi makanan. 3) Monitor asupan makanan. 4) Monitor berat badan. Terapeutik: 1) Fasilitasi menentukan pedoman diet. 2) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi. Edukasi: 1) Ajarkan diet yang diprogramkan. 2) Anjurkan posisi duduk. Kolaborasi: 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan. 2) Kolaborasi dengan ahli gizi.
- f. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. **Tujuan:** setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kemampuan dalam gerakan fisik antar ekstermitas secara mandiri. **Kriteria hasil:** Pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat. **Intervensi: Dukungan**

**mobilisasi.** Observasi: 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. 4) Monitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi. Terapeutik: 1) Fasilitasi melakukan pergerakan. 2) Libatkan keluarga dalam membantu pasien melakukan pergerakan. Edukasi: 1) Jelaskan prosedur mobilisasi. 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini. 3) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

#### 4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Nursalam, 2013). Tahapannya yaitu :

- a. Mengkaji kembali klien
- b. Menelaah dan memodifikasi rencana perawatan yang sudah ada
- c. Melakukan tindakan keperawatan.

Prinsip implementasi :

- 1) Berdasarkan respons pasien
- 2) Berdasarkan hasil penelitian keperawatan
- 3) Berdasarkan penggunaan sumber-sumber yang tersedia
- 4) Mengerti dengan jelas apa yang ada dalam rencana intervensi keperawatan
- 5) Harus dapat menciptakan adaptasi dengan pasien untuk meningkatkan peran serta untuk merawat diri sendiri (self care)

6) Menjaga rasa aman dan melindungi pasien

7) Kerjasama dengan profesi lain

#### 5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011). Dalam evaluasi disusun menggunakan SOAP sebagai berikut : (Suprajitno, 2013)

S : Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.

O: Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif.

A : Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.

P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

I : Implementasi bagaimana dilakukan tindakan

E: Evaluation respons Pasien terhadap tindakan keperawatan

R: Revised apakah rencana keperawatan akan diubah

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **A. Rancangan/Desain Studi Kasus**

Karya tulis ilmiah ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya pasien. Dalam penulisan deskriptif studi kasus ini untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes Melitus.

#### **B. Subjek Studi Kasus**

Subjek penelitian adalah subjek yang dituju untuk diteliti oleh peneliti atau subjek yang menjadi pusat perhatian atau sasaran peneliti. Subjek penelitian pada studi kasus ini adalah satu orang pasien dengan diagnosa medik diabetes melitus di Rumah Sakit Umum Ende.

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

Menjelaskan semua istilah yang digunakan dan batasan yang berhubungan dengan judul studi kasus yaitu :

1. Asuhan keperawatan merupakan seluruh rangkaian proses keperawatan yang diberikan kepada pasien yang berkesinambungan dengan kiat-kiat

keperawatan yang dimulai dari pengkajian sampai evaluasi dalam usaha memperbaiki ataupun memelihara derajat kesehatan yang optimal.

2. Diabetes mellitus adalah penyakit gangguan metabolik yang terjadi akibat pankreas tidak memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksinya secara efektif sehingga mengakibatkan terjadinya peningkatan konsentrasi glukosa dalam darah sehingga dikenal dengan istilah hiperglikemi.
3. Asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus merupakan suatu proses keperawatan yang berfokus pada pasien diabetes melitus untuk membantu dalam mengatasi masalah-masalah yang ada dan mencegah terjadinya komplikasi dengan pendekatan proses keperawatan.

#### **D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus**

Studi kasus asuhan keperawatan ini dilakukan pada bulan April selama 3 hari di Ruang Penyakit Dalam RSUD Ende.

#### **E. Metode/Prosedur Studi Kasus**

Studi kasus diawali dengan penyusunan usulan studi kasus dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing studi kasus maka studi kasus dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data studi kasus berupa hasil pengukuran observasi, wawancara dan studi dokumentasi terhadap kasus yang dijadikan subjek studi kasus.

## **F. Teknik Pengumpulan Data**

### 1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien, biodata orangtua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/istirahat, personal, hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

### 2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Mengadakan observasi atau pengamatan yang dilakukan secara langsung dengan pendekatan inpeksi, palpasi, perkusi, auskultasi (IPPA) pada sistem tubuh pasien.

### 3. Studi Dokumentasi

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

## **G. Instrumen Pengumpulan Data**

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format Asuhan 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 pasien yang dapat memberikan informasi yang lengkap masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya, meliputi biodata klien, biodata orangtua, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama pasien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/istirahat, hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

### 2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat pasien, seperti orangtua, saudara, atau pihak lain yang mengerti dengan pasien meliputi riwayat penyakit keluarga, peran keluarga dalam perawatan pasien dirumah maupun dirumah sakit dan studi dokumentasi.

## **I. Analisa Data**

Analisa data yang dilakukan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data-data berupa keperawatan yang kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah diklasifikasikan, data-data tersebut kemudian dianalisa untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien. Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang tepat dan diimplementasikan kepada pasien. Setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data dari hasil pengkajian sampai evaluasi ditampilkan naratif.

## **BAB IV**

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

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

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

Studi kasus ini dilaksanakan di wilayah kerja Rumah Sakit Umum Daerah Ende tepatnya Jalan Prof. Dr. W.Z. Yohanes, Kelurahan Paupire, Kecamatan Ende Tengah, Kabupaten Ende, Nusa Tenggara Timur. Di ruangan penyakit dalam tiga (RPD 3) dengan jumlah ada 3 ruangan dan kapasitas untuk 6-7 orang dalam satu ruangan.

##### **2. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 04 Agustus 2022 pada Ny. R.H

###### **a. Pengumpulan data**

###### **1) Biodata**

Klien berinisial Ny. R.H umur 52 tahun, agama islam jenis kelamin perempuan, status menikah pendidikan terakhir SMA pekerjaan tenun, alamat jalan Cendana, tanggal masuk rumah sakit 04 Agustus 2022. Tanggal pengkajian 04 Agustus 2022, Penanggung jawab Ny. H.A, umur 49 tahun, hubungan dengan pasien adik kandung, alamat jalan cendana, pekerjaan tenun.

###### **2) Keluhan utama**

Klien badan lemas dan pusing

### 3) Riwayat kesehatan

#### a) Riwayat kesehatan sekarang

Klien datang dalam keadaan lemah, pusing ngantuk terus menerus, gatal-gatal pada kulit, gemetar dan berkeringat.

#### b) Riwayat kesehatan masa lalu

Keluarga klien mengatakan klien pernah dirawat di rumah sakit umum daerah pada bulan Maret dengan diagnosa medis diabetes melitus dengan gula darah sewaktu yaitu 450 mg/dl bulan Mei 2022. Pasien mengkonsumsi Metformin 3 x 1/oral. Selain itu pasien mengkonsumsi tanaman herbal.

#### c) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan kalau ada anggota keluarganya yang mengalami penyakit Diabetes melitus yaitu ibu kandungnya.

### 4) Pengkajian perpola

#### a) Pola eliminasi

Klien mengatakan BAB sebelumnya 2 kali sehari, dengan konsisten padat dan lembek, tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK klien bisa dengan 3-4 kali sehari warna kuning keruh, berbau urine. Saat ini klien BAB 1-2 hari sekali, dengan konsisten padat dan lembek, tidak ada keluhan saat BAB, BAK saat ini 4-5 kali sehari, warna kuning keruh, berbau urine, tidak ada keluhan saat BAK.

b) Pola aktivitas dan latihan

Klien mengatakan sebelum sakit klien dapat melakukan aktivitas sendiri seperti makan, mandi, berpakaian, BAB, BAK, melakukan kegiatan di rumah seperti tenun ini aktivitas klien hanya dapat melakukan seperti minum diet susu, mandi, berpakaian, BAB, BAK

c) Pola istirahat dan tidur

Klien mengatakan sebelum sakit klien biasanya tidur malam mulai dari jam 22:00 terbangun jam 05.00, sedangkan tidur siang 1-3 jam, pola tidur klien saat ini sangat terganggu pada malam hari klien tidur pukul 23 00-04 00 dan tidur siang klien hanya 1 jam saja, selama tidur pasien sering terbangun, terdapat kantong mata hitam, sering menguap.

d) Pola kognitif dan persepsi

Klien mengatakan tidak ada keluhan mengenai penglihatan, gangguan pada sistem pendengaran, perasa dan penciuman baik sakit maupun saat ini.

e) Pola peran dan hubungan dengan sesama

Sebelum sakit klien mempunyai hubungan yang baik dengan tetangga, dalam satu rumah ada satu kepala keluarga, tidak adanya konflik dalam keluarga, klien mengikuti kegiatan yang ada di lingkungan sekitar rumah. Saat ini klien jarang

mengikuti kegiatan yang sering dilakukan pada acara tertentu dilingkungan sekitar rumah

f) Pola mekanisme penyesuaian toleransi terhadap stress

Klien belum menikah, klien mempunyai hubungan baik dengan anggota keluarga, semua anggota keluarga saat ada masalah selalu dibicarakan dengan baik. Saat ini keluarga klien mendukung kesembuhan klien, semua keputusan dan masalah yang ada di dalam keluarga selalu dibicarakan bersama-sama, klien juga mempunyai hubungan yang baik dengan masyarakat dan aktif dalam kegiatan masyarakat seperti latihan kor.

g) Pola sistem nilai dan kepercayaan

Sebelum sakit klien selalu melakukan kewajibannya yaitu sholat 5 waktu, saat ini klien tidak bisa sholat karena sakit harus dirawat inap dirumah sakit.

5) Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan umum : composmentis, nadi 96x/mnt, suhu 36,5<sup>0</sup>c, TD150/100 mmHg, RR 20x/mnt, dengan gula darah sewaktu 26 ml/dl, kulit teraba dingin, pucat, rambut lurus, berwarna hitam, kepala bersih, penyebaran rambut merata, tidak ada nyeri tekan tesktur rambut halus. Mata simetris, kondisi sklera ikterik, . Telinga bentuk simetris, tidak ada serumen, tidak ada lesi, tidak ada gangguan pada fungsi pendengaran. Hidung bentuk simetris, tidak ada cairan yang keluar dari lubang hidung, tidak ada

gangguan fungsi penciuman. Mulut bentuk simetris, mukosa bibir kering, tidak ada perdarahan gusi. Leher tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran tiroid. Dada bentuk simetris, tidak ada penggunaan otot bantu napas, pernapasan tidak cepat, irama nafas teratur. Abdomen bentuk simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hati, bising usus normal. Genetalia bersih, tidak ada luka atau pembesaran pada daerah genetalia. Extremitas atas tangan kiri kanan tidak ada keluhan yaitu gatal- gatal pada kulit, jari tangan lengkap, extremitas bawah kaki kiri kanan tidak ada keluhan jari kaki lengkap.

b) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium

Tabel 4.1 Pemeriksaan Kimia Darah tanggal 04 Agustus (Data Primer RSUD Ende. 2022)

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
SGOT/AST	<b>35.6</b>	0-35U/L
SGPT/ALT	<b>36.3</b>	4-36U/L
UREM	22.2	10-50mg/dl
CREATININ	0.71	0.6-1.2mg/dl
GDS	26	mg/dl

c) Terapi

Tabel 4.2 Terapi (Data primer RSUD Ende,2022)

No	Nama Obat	Dosis
1	Omeprazole sodium	40mg/12 jam/IV
2	40% Dextrose injection	
3	Infus dextrose 10%	20 tpm

b. Tabulasi data

Klien mengatakan pusing, lemah, pucat, gatal –gatal pada kulit, lapar terus menerus, gemetaran berkeringat, jam tidur klien sangat terganggu, pasien tidur hanya 5 jam pada malam hari tapi tidak nyenyak dan pada siang hari tidur hanya satu jam saat tidur, klien sering terbangun, terdapat kantong hitam pada mata, sering menguap, TD: 140/80mmhg, N: 96 x/menit, S: 36°C, RR: 22 x/menit, GDS 26 mg/dl. SGOT 35,6 U/L, SGPT 36,3U/L.

c. Klasifikasi data

Data subjektif : Klien mengatakan pusing, lemah, mengantuk terus menerus, tidak bisa tidur dengan nyenyak, lapar terus menerus, jam tidur klien sangat terganggu dan klien sering terbangun waktu tidur.

Data Objektif : Klien tampak pucat, lemah, gemetar berkeringat, gatal-gatal pada kulit, pada malam hari klien tidur hanya 5 jam dan siang hari hanya 1 jam, terdapat kantong hitam pada mata, sering menguap, TD 140/80 mmHg, N 96 x/menit, S: 36c, RR 22 x/menit, GDS 26 mg/dl. SGOT 35,6 U/L, SGPT 36,3U/L.

d. Analisa data

1) Data subjektif : klien mengatakan pusing, lemah, lapar terus menerus

Data objektif : klien tampak lemah, gemetaran, berkeringat, TD 140/80mmhg, N: 96 x/menit, S: 36 °C, RR 22X/menit, GDS 26 mg/dl. Masalah keperawatan: Ketidakstabilan kadar glukosa darah. Etiologi: hipoglikemia.

- 2) Data subjektif: klien mengatakan tidur tidak nyenyak, pola tidur terganggu, tidur sering terbangun. Data objektif :klien tampak pucat,jam tidur klien pada siang hari hanya 5 jam dan tidur siang hanya 1 jam, terdapat kantong hitam pada mata, sering menguap. Masalah keperawatan: Gangguan pola tidur. Etiologi: kecemasan.
- 3) Data subjektif :- Data objektif: gatal –gatal pada kulit. Masalah gangguan integritas kulit. Etiologi: proses penyakit DM.

### **3. Diagnosa Keperawatan**

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemi (obat glikemik oral) ditandai dengan:  
  
DS: Klien mengatakan pusing, lemah, sering mengantuk, lapar terus menerus.  
  
DO: Klien tampak lemah, gemeteran, berkeringat, TD 140/80 mmHg, N: 96x/m, S: 36C, RR: 26x/menit, GDS 26mg/dl
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kecemasan ditandai dengan:  
  
DS: Klien mengatakan tidur tidak nyenyak, pola tidur terganggu, tidur sering terbangun.  
  
DO: Klien tampak pucat, jam tidur klien pada siang hari hanya 5 jam dan siang hari hanya 1 jam, terdapat kantong hitam pada mata, sering menguap.

3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan diabetes melitus ditandai dengan:

DS: -

DO: Gatal –gatal pada kulit

#### 4. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan masalah diatas, maka masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemi (penggunaan obat glikemik oral) merupakan masalah utama karena dapat mengancam nyawa dan harus segera mendapatkan pengobatan dan perawatan. Sedangkan untuk gangguan pola tidur dan gangguan integritas kulit merupakan masalah yang mengancam kesehatan.

Diagnosa pertama ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemi **Tujuan** setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kadar glukosa dalam darah stabil. **Kriteria hasil** a) mengantuk menurun (5), b) pusing menurun (5), c) lelah lesu menurun (5), d) keluhan lapar (5), e) gemeteran dan berkeringat menurun (5). **Rencana tindakan: Manajemen hipoglikemia.** Observasi 1) identifikasi tanda dan gejala hipoglikemi. Rasional : Mengetahui tanda dan gejala dari hipoglikemi, 2) Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemi. Rasional :mengetahui penyebab dari hipoglikemi dan membantu dalam menentukan intervensi selanjutnya. Terapeutik 3) Berikan karbohidrat sederhana. Rasional: jenis karbohidrat yang sederhana yang mudah dicerna oleh tubuh dan lebih cepat diubah menjadi gula darah. 4) Berikan karbohidrat kompleks dan protein

sesuai diet. Rasional: Pembatasan kalori dan protein mampu menekan glukosa darah sedemikian rupa sehingga jauh lebih rendah dari biasanya. Edukasi: 6) Monitor kadar glukosa darah. Rasional : Memberikan informasi kadar glukosa dalam darah setelah melakukan perawatan. 7) kolaborasi pemberian duxtrose. Rasional: untuk meningkatkan kadar glukosa dalam darah.

Diagnosa kedua yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kecemasan **Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik **Kriteria hasil:** a) keluhan sulit tidur menurun(1), b) keluhan tidak puas tidur menurun (1), c) keluhan pola tidur berubah menurun (1), d) keluhan istirahat tidak cukup menurun (1) keluhan sering terjaga menurun (1). **Rencana tindakan : Dukungan tidur** 1) Identifikasi pola aktifitas dan tidur. Rasional: memberikan informasi pola aktivitas dan tidur klien. 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur. Rasional: Memberikan informasi faktor pengganggu tidur klien dan membantu dalam menentukan intervensi selanjutnya. 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur. Rasional : Memberikan informasi tentang makanan dan minuman yang mengganggu tidur sehingga dapat dicegah pemasukannya. 4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi. Rasional: Memberikan informasi tentang obat tidur yang biasa dikonsumsi pasien dapat membantu dalam meringankan kondisi pasien. 5) Modifikasi lingkungan. Rasional: Lingkungan yang nyaman dan aman akan memberikan kenyamanan pada klien saat beristirahat. 6) Batasi waktu tidur siang. Rasional: Mengurangi waktu tidur

siang dapat meningkatkan kuantitas waktu tidur di malam hari. 7) Fasilitasi menghilangkan stres waktu tidur. Rasional: Menghilangkan beban sebelum tidur dapat memberikan rileksasi dan kenyamanan. 8) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. Rasional: Mengetahui bahwa tidur itu sangat penting saat sakit. 9) Anjurkan untuk menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur. Rasional: Makanan dan minuman yang berat dapat meningkatkan kerja organ tubuh dan mengganggu istirahat klien. 10) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologi lainnya. Rasional: Mampu menghilangkan stres sebelum tidur.

Diagnosa ketiga yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan diabetes melitus. **Tujuan** : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan keutuhan kulit dan jaringan meningkat. **Kriteria hasil**: a) elastisitas meningkat (5), perfusi jaringan meningkat (5). **Rencana tindakan: perawatan integritas kulit.** 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit. Rasional: Memberikan informasi penyebab kerusakan kulit dan membantu dalam menentukan intervensi selanjutnya. 2) Ubah posisi tiap 2 jam bila tirah baring. Rasional: Perubahan posisi tiap 2 jam membantu pasien terhindar dari luka dekubitus. 3) Anjurkan menggunakan pelembab. Rasional : untuk memberikan kenyamanan pada pasien. 4) Anjurkan minum air yang cukup. Rasional : untuk meningkatkan asupan cairan dalam tubuh. 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. Rasional : meningkatkan imunitas tubuh. 6) Anjurkan peningkatan asupan buah dan sayur. Rasional: meningkatkan asupan

gizi. 7) Anjurkan menggunakan sabun secukupnya. Rasional untuk menghindari dari kuman dan penyakit.

## 5. Implementasi keperawatan

### a. Implementasi hari pertama, hari Kamis, 4 Agustus 2022

Implementasi untuk diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia. Jam 08.30 WITA mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia. Jam 08.40 WITA mengidentifikasi kemungkinan penyebab hipoglikimia. Jam 10.00 WITA memberikan karbohidrat sederhana. Jam 12.00 WITA memonitor kadar glukosa darah. Jam 12.30 mengajurkan untuk mengkonsumsi air gula setiap 2 jam. Jam 13.00 memonitor tanda- tanda vital.

Implementasi untuk diagnosa gangguan pola tidur berhubungan kecemasan berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme. Jam 09.10 WITA mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. Jam 09.30 WITA mengidentifikasi faktor pengganggu tidur. Jam 10.00 WITA mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur. Jam 11.00 WITA mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi. Jam 13.30 WITA memodifikasi lingkungan seperti kebisingan, pencahayaan, suhu, matras dan tempat tidur. Jam 13.30 WITA memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur. Jam 13.45 WITA menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. Jam 14.00 menganjurkan pasien untuk menepati kebiasaan waktu tidur.

Implementasi untuk diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan diabetes melitus. Jam 08.45 WITA mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit. Jam 09.00 Mengubah posisi pasien miring ke kiri. Jam 09.10 Mengajarkan menggunakan pelembab. Jam 09.50 WITA mengajarkan minum air cukup. Jam 10.20 mengajarkan pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi. Jam 12.30 WITA mengajarkan meningkatkan asupan buah dan sayur.

b. Implementasi hari kedua, hari Jumad, 5 Agustus 2022

Implementasi untuk diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia. Jam 07.30 WITA mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia. Jam 07.40 WITA mengidentifikasi kemungkinan penyebab hipoglikimia. Jam 08.00 WITA memberikan karbohidrat sederhana. Jam 10.00 WITA memonitor kadar glukosa darah. Jam 10.30 mengajarkan untuk mengkonsumsi air gula setiap 2 jam. Jam 12.00 memonitor tanda- tanda vital.

Implementasi untuk diagnosa gangguan pola tidur berhubungan kecemasan berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme. Jam 07.10 WITA mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. Jam 07.40 WITA mengidentifikasi faktor pengganggu tidur. Jam 08.30 WITA mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur. Jam 10.30 WITA mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi. Jam 11.30 WITA memodifikasi lingkungan seperti kebisingan, pencahayaan, suhu, matras dan tempat tidur. Jam 12.30 WITA memfasilitasi menghilangkan

stres sebelum tidur. Jam 12.45 WITA menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. Jam 13.00 menganjurkan pasien untuk menepati kebiasaan waktu tidur.

Implementasi untuk diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan diabetes melitus. Jam 07.45 WITA mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit. Jam 08.20 Mengubah posisi pasien miring ke kiri. Jam 09.00 Menganjurkan menggunakan pelembab. Jam 09.30 WITA menganjurkan minum air cukup. Jam 11.20 menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi. Jam 12.10 WITA menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur.

c. Implementasi hari ketiga, Sabtu, 6 Agustus 2022

Implementasi untuk diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia. Jam 07.20 WITA mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia. Jam 07.30 WITA mengidentifikasi kemungkinan penyebab hipoglikimia. Jam 07.40 WITA memberikan karbohidrat sederhana. Jam 10.00 WITA memonitor kadar glukosa darah. Jam 10.30 menganjurkan untuk mengkonsumsi air gula setiap 2 jam. Jam 12.00 memonitor tanda- tanda vital.

Implementasi untuk diagnosa gangguan pola tidur berhubungan kecemasan berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme. Jam 07.10 WITA mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. Jam 07.30 WITA mengidentifikasi faktor pengganggu tidur. Jam 08.00 WITA mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur. Jam

09.30 WITA mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi. Jam 10.00 WITA memodifikasi lingkungan seperti kebisingan, pencahayaan, suhu, matras dan tempat tidur. Jam 11.30 WITA memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur. Jam 11.45 WITA menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. Jam 12.00 menganjurkan pasien untuk menepati kebiasaan waktu tidur.

Implementasi untuk diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan diabetes melitus. Jam 07.15 WITA mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit. Jam 07.20 Menyarankan pasien untuk mengubah posisi miring ke kiri dan ke kanan. Jam 09.00 Menganjurkan menggunakan pelembab. Jam 09.30 WITA menganjurkan minum air cukup. Jam 12.00 menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi. Jam 12.30 WITA menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur.

## **6. Evaluasi keperawatan**

### **a. Evaluasi hari pertama hari Kamis, 4 Agustus 2022**

- 1) Diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia

Subyektif : klien mengatakan masih lemah, pusing.

Obyektif : klien tampak pucat, gemetar berkurang, keringat berkurang,

TD 140/90mmhg, N 90x/menit, S 36,5c, RR 20x/menit GDS 30 ml/dl

Assesment: masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi.

Planning: lanjutkan intervensi 1, 3, 4, 5, 6

2) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kecemasan

Subyektif : klien mengatakan belum bisa tidur dengan nyenyak

Obyektif : klien tampak pucat, pada siang hari tidak bisa tidur, tidur hanya 30 menit, tampak kantong mata warna kehitaman.

Assesment : gangguan pola tidur belum teratasi

Planning: lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4

3) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan diabetes melitus

Subyektif : -

Obyektif : gatal –gatal pada kulit

Assesment : masalah gangguan integritas kulit belum teratasi

Planning : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4

b. Evaluasi hari kedua, hari Jumad, 5 Agustus 2022

1) Diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemi

Subyektif : klien mengatakan masih lemah, pusing,

Obyektif: klien tampak lemah, TD 130/90 mmHg, nadi 92 x/mnt, suhu 36,<sup>0</sup> C, RR 20 x/mnt, Spo2 99%, GDS: 60 ml/dl

Assesment: masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi.

Planning: intervensi dilanjutkan 1,3,4,5,6

2) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kecemasan

Subyektif : klien mengatakan sudah bisa tidur, tapi cepat sadar bila ada kebisingan.

Obyektif : klien tampak pucat, jam tidur klien sudah membaik, jam tidur klien 6 jam .

Assesment : masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi

Planning: intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4

- 3) Gangguan integritas kulit berhubungan proses penyakit (diabetes melitus)

Subyektif : -

Obyektif : gatal-gatal.

Assesment: masalah gangguan integritas kulit sebagian teratasi

Planning: lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4

- c. Evaluasi hari ketiga, hari Sabtu, 6 Agustus 2022 dilakukan catatan perkembangan dan diperoleh hasil.

- 1) Diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemi.

Subyektif : klien mengatakan lemah, berkurang pusing berkurang.

Obyektif: klien tampak rilex, tidak lagi gemetar, tidak lagi berkeringat, TD 130/80 mmHg, N 90 x/menit, S 36,4c, RR 19 x/menit, GDS 90 ml/dl.

Assesment: masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi.

Planning: lanjutkan intervensi 1,3,4,5,6

- 2) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kecemasan

Subyektif : klien mengatakan jam tidur sudah membaik

Obyektif : klien tampak rileks, jam tidur klien sudah baik pada siang hari tidur 1 Jam dan malam hari 6 jam.

Assesment : masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi

Planning: lanjutkan intervensi 1,2,3,4

- 3) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan proses penyakit (diabetes melitus)

Subyektif : klien mengatakan tidak lagi gatal pada kulit.

Obyektif : -

Assesment : masalah gangguan integritas kulit teratasi

Planning: Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4

## B. PEMBAHASAN

Pada pembahasan akan diuraikan kesenjangan antara teori dan praktek. Pada dasarnya dalam memberikan asuhan keperawatan, proses keperawatan merupakan alatnya, dimana melalui pengkajian pada klien akan diperoleh data-data (data primer maupun data sekunder), baik yang bersifat obyektif maupun yang bersifat subyektif. Data-data yang diperoleh melalui pengkajian selanjutnya dianalisa untuk menemukan adanya masalah kesehatan. Tentunya data-data yang dimaksudkan adalah data-data yang menyimpang dari nilai normal yang pada umumnya mencirikan penyakit yang sedang dialami oleh klien.

Setelah masalah keperawatan diangkat lalu diagnosa keperawatan pun ditegakkan dimana komponen penyusunannya terdiri atas *probelm, etiologi,*

*sign dan symptom* (diagnosa aktual), *problem dan etiologi* (diagnosa potensial) dan komponen *problem* (diagnosa risiko/risiko tinggi).

Intervensi atau perencanaan pun disusun berdasarkan diagnosa yang ada. Tujuan pencapaian dari setiap intervensi untuk setiap diagnosa ditetapkan saat menyusun perencanaan. Perencanaan yang telah ditentukan dilaksanakan untuk mengatasi masalah-masalah yang telah teridentifikasi. Keberhasilan dari setiap tindakan untuk tiap diagnosa dinilai atau dievaluasi, dengan demikian rencana perawatan selanjutnya dapat ditetapkan lagi.

Demikian asuhan keperawatan pada Ny. R.H dengan diagnosa medis Diabetes Melitus. Pembahasan ini akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan praktek (kasus nyata) yang ditemukan pada Ny. R.H dengan diagnosa medis Diabetes melitus yang dirawat di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

## **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian pada Ny. R.H dengan diagnosa medis Diabetes melitus ditemukan data klien mengeluh pusing, lemah, sakit. Saat dilakukan pemeriksaan fisik kondisi sklera ikterik, konjungtiva anemis, kulit teraba dingin, mukosa bibir kering, pucat, akral teraba dingin, pucat, nadi 92 x/mnt, suhu 35,5 °c, TD 140/100 mmHg, RR 20 x/mnt, GDS 26 mg/dl. Berdasarkan data tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara

teori dan kasus nyata dimana data yang tidak ditemukan pada kasus tidak adanya sulit bernafas, gelisah, lapar terus menerus haus terus menerus, penyembuhan luka yang lama dan penurunan kesadaran.

Studi kasus ini jika dibandingkan dengan studi kasus yang dilakukan Felisitas nona molo Ny. E.K dengan diagnosa medis diabetes melitus di ruangan mawar Rumah Sakit Bhayangkara dimana pada kasus tersebut ditemukan pusing, cepat lelah, konjungtiva anemis, wajah pucat ngatuk, dengan GDS 30 mg/dl. Serta studi kasus yang dilakukan oleh Reisca Delvi Oktaviani pada Tn. S dengan diagnosa medis Diabetes Melitus di ruangan Anggrek di Rumah Sakit Semarang pada kasus tersebut ditemukan kelelahan, kepala tersa ringan, lapar yang berlebihan dan pingsan. Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa tanda dan gejala pada penderita Diabetes Melitus masing-masing orang berbeda tergantung dari lamanya menderita dan kecepatan dari mencari pengobatan.

## **2. Diangosa keperawatan**

Secara teori diagnosa untuk diabetes melitus ada 5 yaitu 1) ketidakstabilan kadar glukosa darah, 2) Penurunan curah jantung, 3) Perfusi perifer tidak efektif, 4) Resiko infeksi, 5) Defisit nutrisi, 6) Gangguan mobilitas fisik. Sedangkan diagnosa keperawatan yang diangkat pada pasien Ny. R.H hanya tiga diagnosa yaitu : 1) ketidakstabilan kadar glukosa darah, 2) gangguan pola tidur, 3) gangguan integritas kulit.

Berdasarkan hal tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana pada kasus hanya diangkat 2 buah diagnosa sedangkan terdapat 6 diagnosa keperawatan pada teori. Adapun diagnosa keperawatan pada kasus dan tidak terdapat pada teori yaitu gangguan pola tidur karena ditemukan ngantuk terus menerus, pola tidur klien terganggu. Dalam hal ini ada keseimbangan antara teori dan fakta. Hal ini berarti tidak semua penderita Diabetes Melitus akan ditegakkan diagnosa seperti pada teori namun tergantung dari kondisi pasien dan kecepatannya dalam mendapatkan pengobatan dan perawatan.

Studi kasus ini jika dibandingkan dengan studi kasus yang dilakukan oleh Laily Kurniawati dengan diagnosa medis Diabetes Melitus di ruangan Perawatan Dahlia Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan ditemukan diagnosa keperawatan penurunan curah jantung, defisit nutrisi dan gangguan pola tidur. Serta studi kasus yang dilakukan oleh Winda Wulandari pada Ny. N dengan diagnosa medis Diabetes Melitus di ruangan Flamboyan Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda ditemukan diagnosa keperawatan defisit nutrisi dan gangguan integritas kulit.

Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa diagnosa keperawatan pada penderita Diabetes melitus masing-masing orang berbeda tergantung dari lamanya menderita dan kecepatan dari mencari pengobatan dan perawatan.

### **3. Intervensi keperawatan**

Semua intervensi baik pada tinjauan teoritis maupun pada tinjauan kasus adalah sama intervensi keperawatan merupakan suatu petunjuk atau bukti tertulis yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya. Semua intervensi dari diagnosa keperawatan 1-3 telah dilaksanakan dengan baik karena adanya peran serta klien dan keluarga dalam membantu perawat didalam memberikan data-data dan bekerja dengan perawat saat melaksanakan intervensi keperawatan, namun beberapa intervensi yang diambil tidak ada dalam teori dikarenakan adanya penyakit yang bersamaan dengan penyakit Diabetes Melitus yang dialami klien.

### **4. Implementasi keperawatan**

Implementasi yang dilakukan pada Ny. R.H dengan diagnosa medis diabetes melitus berdasarkan tiga diagnosa yang telah ditemukan selama 3 hari. Implementasi dilakukan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang berisi tindakan realitas mulai dari mengkaji tanda-tanda vital, mengkaji keadaan umum, hingga tindakan mandiri klien, dengan tujuan mengatasi masalah-masalah keperawatan mulai dari ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan pola tidur dan gangguan integritas kulit. Hasil implementasi diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam ketiga masalah diatas dapat teratasi. Implementasi pertama dilaksanakan pada tanggal 4 Agustus 2022, hari kedua dilaksanakan pada tanggal 5 Agustus 2022, hari ketiga dilaksanakan 6 Agustus 2022. Semua implementasi pada kasus nyata telah

dilaksanakan berkat adanya kerja sama antar pasien, keluarga dan tenaga kesehatan. Tidak ada perbedaan antara teori dan kasus. Semua intervensi dilaksanakan dengan baik dan telah mengatasi masalah serta memberi hasil yang baik, dimana klien dan keluarga mau bersama-sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

## **5. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan melalui catatan perkembangan selama 3 hari. Pada kasus Ny. R.H. evaluasi dapat dianalisa berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Pada evaluasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang terdapat pada kasus nyata Ny. R.H yaitu untuk masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah klien mengatakan pusing lemah mengantuk, tampak pucat, gemeteran dan berkeringatan TD 140/80 mmHg, Nadi 96 x/menit, RR: 20 x/menit, Suhu 36,4 °C, GDS 26 ml/dl.

Evaluasi untuk masalah keperawatan gangguan pola tidur klien mengatakan tidak bisa tidur dengan nyenyak, tidur sering terbangun, pola tidur terganggu, tidur malam hanya 5 jam tidur siang hanya 1 jam. Evaluasi untuk masalah keperawatan gangguan integritas kulit yaitu gatal-gatal pada kulit. Untuk masalah keterbatasan studi kasus, dalam studi kasus ini terdapat hal-hal yang menghambat jalannya studi kasus antara lain waktu yang terbatas dalam membuat studi kasus, kesulitan untuk mencari referensi sebagai bahan acuan teori.

Implikasi untuk keperawatan yaitu beberapa peran perawat yang ditemukan dalam studi kasus ini, diantara lain: 1. Sebagai pendidik : memberikan informasi berupa pengajaran mengenai pengetahuan dan keterampilan dasar, pada studi nyata ditemukan perawat menjelaskan kurang dimengerti klien dari segi fasilitas maupun isinya. 2. Sebagai advokad : tindakan perawat dalam mencapai suatu kepentingan klien atau bertindak untuk atau untuk mencegah kesalahan yang tidak diinginkan ketika pasien sedang menjalani pengobatan. Pada studi kasus nyata ditemukan perawat selalu mendampingi pasien apabila pasien mengalami kesulitan dan membutuhkan bantuan. 3. Sebagai pemberi perawatan : memberikan perawatan secara langsung pada individu, keluarga atau kelompok, pada studi kasus yaitu ditemukan perawat melakukan asuhan keperawatan langsung pada pasien Ny. R.H.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil pengkajian dari studi kasus pada klien Ny. R.H. dan didukung oleh tinjauan teoritis maka dapat ditarik kesimpulan bahwa :

1. Data pengkajian pada pasien Ny Y.M dengan diagnosa medis Diabetes melitus ditemukan data hampir semua data yang ditemukan di teori Klien mengatakan pusing, lemah, pucat, mengantuk terus menerus, gatal –gatal pada kulit,tidak bisa tidur dengan nyenyak,lapar terus menerus,gemetaran berkeringat,jam tidur klien sangat terganggu, pada malam hari tidur hanya 5 jam dan pada siang hari tidur hanya satu jam. TD: 140/80 mmHg, N: 96 x/menit, S: 36 x/menit, RR: 22 x/menit, GDS: 26 mg/dl. Setelah dikumpulkan data dan kemudian di analisa ditemukan masalah keperawatan adalah : ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan pola tidur dan gangguan integritas kulit.
2. Terdapat tiga diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus Ny. R.H. yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan pola tidur dan gangguan integritas kulit.
3. Semua intervensi telah direncanakan sesuai dengan masing-masing diagnosa dan dilaksanakan dengan kemampuan perawat serta kesepakatan dengan pasien dan keluarga.
4. Implementasi keperawatan telah dilaksanakan dengan baik berkat kerjasama dan peran serta klien, keluarga dan didukung oleh ketaatan

penderita dalam mengkonsumsi obat diabetes secara teratur. Setelah dilakukan perawatan dan pengobatan selama 3x24 jam terhadap klien Ny. R.H. diperoleh hasil bahwa masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi, gangguan pola tidur sebagian teratasi, gangguan integritas kulit sebagian teratasi.

5. Ada kesenjangan antara data yang ditemukan pada kasus dengan data yang ditemukan.

## **B. Saran**

1. Bagi perawat

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi diharapkan perawat mampu menentukan standar pelayanan asuhan keperawatan kepada klien dengan diabetes melitus

2. Bagi institusi pendidikan

Agar meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan dengan meningkatkan sarana praktek, perpustakaan dan praktek laboratorium yang efektif.

3. Bagi klien

Agar selalu memperhatikan pola hidup yang sehat dan teratur untuk berobat diabetes melitus dan mematuhi segala anjuran yang disampaikan oleh petugas kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- American Diabetes Association, A. (2020). Classification and Diagnosis of Diabetes : Standars of Medical Care in Diabetes Vol.43 .  
<https://doi.org/doi.org/10.2337/diacare.27.2007.s15>.
- Azis, W. A., Muriman, L. Y., & Burhan, R. S. (2020). Hubungan antara tingkat pengetahuan dengan gaya hidup pada penderita diabetes melitus. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, Volume 2, No. 1 Hal. 105-114 .
- Baequny, A., Harnany, A. S., & Rumimper, E. (2015). Pengaruh Pola Makan Tinggi Kalori terhadap Peningkatan Kadar Gula Darah pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Riset Kesehatan* Vol. 4 No. 1 .
- Black, J. M. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Vol.2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Friedman, M. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori dan Praktek Edisi 5*. Jakarta: EGC.
- Fowler, M. (2011). *Komplikasi Makrovaskuler dan Mikrovaskuler pada Diabetes*. Jakarta: *Cilincal Diabetes*, 29(3),pp.116-122.
- Hakim, I. (2019). *Asuhan Keperawatan pada Ny. H.U Dengan Diabetes Melitus di Puskesmas Alak Kota Kupang*. Karya Tulis Ilmiah.
- Herlambang, U., Kusnanto, Hidayati, L., Arifin, H., & Pradipta, R. O. (2019). Pengaruh Progressive Muscle Relaxation Terhadap Stres dan Penurunan Gula Darah Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah dan Kritis (IDF)*, International Diabetes Federation (2019). *Diabetes Atlas 9th Edition*. Jakarta.
- Kartika, R. (2017). *Pengelolaan Gangren Kaki Diabetik* . Jakarta: Continuing Medical Education.
- Kaur, H., & Kochar, R. (2017). Stress and Diabetes Melitus . *International Journal of Health Sciences and Research* Vol.7,;

- Kusumawati, R. (2015). Studi Kasus pada Tn.M Umur 79 tahun yang Mengalami Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Ruang Seda, Malang RSUD Gambiran Kota Kediri. Artikel Skripsi.
- LeMone, P. (2016). Buku Ajar: Keperawatan Medikal Bedah . Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Nursalam. (2013). Konsep Penerapan Metode Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Organisation, W. H. (2016). Global Report On Diabetes. France.
- PERKENI, Perkumpulan Endokrinologi Indonesia,(2015). Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia. Jakarta: PERKENI.
- Phitri, H. E., & Widiyaningsih. (2013). Hubungan antara pengetahuan dan sikap penderita diabetes melitus dengan kepatuhan diet diabetes melitus di RSUD AM. Parikesit Kalimantan Timur. Jurnal Keperawatan Medikal Bedah. Volume 1, No. 1.
- PPNI. 2017. Standar diagnostik keperawatan indonesia : Defenisi dan indikator diagnostik, edisi 2. Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI. 2017. Standar intervensi keperawatan indonesia : Defenisi dan tindakan keperawatan, edisi 2. Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI. 2017. Standar luaran keperawatan indonesia : Defenisi, edisi 2. Jakarta : DPP PPNI.
- Purwanto, H. (2016). Keperawatan Medikal Bedah II. Jakarta. BIBLIOGRAPHY
- Raharjo, M. (2018). Asuhan Keperawatan Ny.N dengan Diabetes Melitus di Ruang Kirana Rumah Sakit TK.III DR.Sotarto Yogyakarta. Karya Tulis Ilmiah.
- Rahmawati. (2017). Asuhan Keperawatan pada Tn. H.J di Puskesmas Kenga.
- Suprajitno, d. W. (2013). Evaluasi menggunakan SOAP. Jakarta: Salemba Medika.

Wijaya, N. (2015). Profil Kepatuhan Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas dalam Menggunakan Obat dengan Metode Pillcount. Surabaya.



4.	agustus2022	<ol style="list-style-type: none"><li>1. lihat kembali kesenjangan</li><li>2.perbaiki pembahasan</li><li>3 lihat kembali di kesimpulan</li></ol>	
5.	Selasa 30 agustus 2022	<ol style="list-style-type: none"><li>1.perbaiki daftar pustaka</li><li>2.perbaiki daftar pustaka yang lebih spesifik</li><li>3. lihat kembali pengetikan</li></ol>	
6.	Rabu 31 agustus 2022	<ol style="list-style-type: none"><li>1.silakan buat power point dan hubungi dosen penguji untuk ujian.</li></ol>	



## LAMPIRAN

### A. Pengkajian

#### I. Pengumpulan data

##### a. Identitas pasien

Nama : Ny. R.H  
umur : 53 tahun  
Jenis kelamin : Perempuan  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : penenun  
Alamat : jalan dewi sertika /cendana potulando,  
Ende Tengah.

##### b. Identitas penanggung jawab

Nama : Ny. H.  
Umur : 47 tahun  
Hubungan dengan klien : Saudari kandung  
Alamat : jalan dewi sertika /cendana potulando  
Ende Tenga  
Pendidikan : SD  
Pekerjaan : Penenun  
Diagnosa medik : diabetes melitus  
1. Waktu dan tanggal pengobatan :  
2. Obat-obatan yang terakhir didapat :

No	Nama Obat	Dosis
1	Omeprazole sodium	40mg/12 jam/IV
2	40% Dextrose injection	
3	Infus dextrose 10%	20 tpm

## II. Keadaan umum

### a. Riwayat kesehatan

- a) Keluhan utama : klien mengatakan badan lemas dan pusing.
- b) Riwayat kesehatan sekarang : klien dalam keadaan pingsan,lemah, pusing, ngantuk terus menerus,gatal-gatal pada kulit ,bergemetar dan berkeringat.
- c) Riwayat kesehatan masa lalu : klien mengatakan riwayat penyakit Diabetes melitus sudah 1 tahun yang lalu.  
di rumah sakit biasanya berobat ke dokter praktek klinik, klien juga memiliki riwayat penyakit , maag.
- d) Riwayat kesehatan keluarga : klien mengatakan anggota keluarganya ada yang menderita seperti klien alami, almarhum ayahnya memiliki riwayat Diabetes Melitus.

### e) Pengkajian perpola

#### a. Pola eliminasi

Klien mengatakan BAB sebelumnya 2 kali sehari, dengan konsisten padat dan lembek, tidak ada keluhan saat BAB

sedangkan BAK klien bisa dengan 3-4 kali sehari warna kuning keruh, berbau urine. Saat ini klien BAB 1-2 hari sekali, dengan konsisten padat dan lembek, tidak ada keluhan saat BAB, BAK saat ini 4-5 kali sehari, warna kuning keruh, berbau urine, tidak ada keluhan saat BAK.

b. Pola aktivitas dan latihan

Klien mengatakan sebelum sakit klien dapat melakukan aktivitas sendiri seperti makan, mandi, berpakaian, BAB, BAK, melakukan kegiatan di rumah seperti tenun ini aktivitas klien hanya dapat melakukan seperti minum diet susu, mandi, berpakaian, BAB, BAK

c. Pola istirahat dan tidur

Klien mengatakan sebelum sakit klien biasanya tidur malam mulai dari jam 22:00 terbangun jam 05.00, sedangkan tidur siang 1-3 jam, pola tidur klien saat ini sangat terganggu pada malam hari klien tidur pukul 23 00-04 00 dan tidur siang klien hanya 1 jam saja, selama tidur pasien sering terbangun.

d. Pola kognitif dan persepsi

Klien mengatakan tidak ada keluhan mengenai penglihatan, gangguan pada sistem pendengaran, perasa dan penciuman baik sakit maupun saat ini

e. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Sebelum sakit klien mempunyai hubungan yang baik dengan tetangga, dalam satu rumah ada satu kepala keluarga, tidak adanya konflik dalam keluarga, klien mengikuti kegiatan yang ada di lingkungan sekitar rumah. Saat ini klien jarang mengikuti kegiatan yang sering dilakukan pada acara tertentu dilingkungan sekitar rumah

f. Pola mekanisme penyesuaian toleransi terhadap stress

Klien belum menikah, klien mempunyai hubungan baik dengan anggota keluarga, semua anggota keluarga saat ada masalah selalu dibicarakan dengan baik. Saat ini keluarga klien mendukung kesembuhan klien, semua keputusan dan masalah yang ada di dalam keluarga selalu dibicarakan bersama-sama, klien juga mempunyai hubungan yang baik dengan masyarakat dan aktif dalam kegiatan masyarakat seperti mengikuti kegiatan pengaji.

g. Pola sistem nilai dan kepercayaan

Sebelum sakit klien selalu melakukan kewajibannya yaitu sholat 5 waktu, saat ini klien tidak bisa sholat karena sakit harus dirawat inap dirumah sakit.

f) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum : composmentis

TTV : TD : 140/80 mmHg

Nadi : 96 x/mnt

Suhu : 36,5 °C

RR : 22 x/mnt

GDS : 26 mg/dl

1) Kepala

I : Kepala bersih, rambut lurus, berwarna hitam, penyebaran rambut merata, tekstur rambut halus

P : tidak ada nyeri tekan

P : -

A : -

2) Mata

I : mata simetris, kondisi sklera ikterik, konjungtivas anemis, tidak ada perdarahan subkonjungtiva, keadaan pupil isokor.

P : -

P : -

A : -

3) Telinga

I : bentuk simetris, tidak ada serumen, tidak ada lesi, tidak ada gangguan fungsi pendengaran

P : -

P : -

A : -

## 4) Hidung

I : bentuk simetris, tidak cairan yang keluar dari lubang hidung,  
tidak ada gangguan fungsi penciuman

P : -

P : -

A : -

## 5) Bibir

I : bentuk simetris, mukosa bibir lembab, tidak ada perdarahan  
gusi.

P : -

P : -

A :-

## 6) Wajah

I : tampak bersih, bentuk wajah simetris, klien tampak pucat

P : -

P : -

A : -

## 7) Leher

I : bentuk simetris, tidak ada lesi

P : tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan tidak ada  
pembesaran tiroid

P : -

A : -

## 8) Dada

I : bentuk simetris, tidak ada penggunaan otot bantu napas,  
pernapasan tidak cepat, irama nafas teratur

P : -

P : -

A : -

## 9) Abdomen

I : bentuk simetris, tidak ada pembesaran hati

P : tidak ada nyeri tekan

P : -

A : -

## 10) Genetelia

Tidak dilakukan pemeriksaan genetalia karena klien tidak mengeluh sakit pada daerah genetalia

## 11) Ekstremitas (atas dan bawah)

Atas : tangan kiri dan kanan akral teraba hangat, gatal –gatal pada kulit

Bawah : kaki kiri dan kanan akral teraba dingin, tidak ada keluhan, jari kaki lengkap

## 12) Pemeriksaan penunjang

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
SGOT/AST	<b>35.6</b>	0-35U/L
SGPT/ALT	<b>36.3</b>	4-36U/L
UREM	22.2	10-50mg/dl
CREATININ	0.71	0.6-1.2mg/dl
GDS	26	mg/dl

## 13) Terapi

No	Nama Obat	Dosis
1	Omeprazole sodium	40mg/12 jam/IV
2	40% Dextrose injection	
3	Infus dextrose 10%	20 tpm

## A. Tabulasi data

Klien mengatakan pusing, lemah, pucat, mengantuk terus menerus, gatal –gatal pada kulit, lapar terus menerus, gemetaran berkeringat, jam tidur klien sangat terganggu, pasien tidur hanya 5 jam pada malam hari tapi tidak nyenyak dan pada siang hari tidur hanya satu jam saat tidur klien sering terbangun. TD: 140/80mmhg, N: 96 x/menit, S: 36°C, RR22x/menit, GDS 26 mg/dl. SGOT 35,6 U/L, SGPT 36,3U/L.

## B. Klasifikasi data

Data subjektif : Klien mengatakan pusing, lemah, mengantuk terus menerus, tidak bisa tidur dengan nyenyak, lapar terus menerus, jam tidur klien sangat terganggu dan klien sering terbangun waktu tidur.

Data Objektif : Klien tampak pucat, lemah, gemetar berkeringat, gatal-gatal pada kulit, pada malam hari klien tidur hanya 5 jam dan siang hari hanya 1 jam, TD 140/80mmhg, N 96x/menit, S36c, RR 22X/menit, , GDS 26 mg/dl. SGOT 35,6 U/L, SGPT 36,3U/L.

## C. Analisa data

No	Sign and symptom	Etiologi	Problem
1.	DS : klien mengatakan lemah, pusing, lapar terus menerus. DO:klien tampak lemah,gemetaran ,berkeringat,TD 140/80mmHg,N 96x/menit,S36,5c ,RR 22xmenit,GDS 24mg/dl.	Hipoglikemi (obat glikemi oral)	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
2.	DS : klien mengatakan tidur tidak nyenyak,pola tidur terganggu,tidur sering terbangun DO: tidur malam hanya 5 jam dan tidur siang hanya 1jam	Kecemasan	Gangguan pola tidur
3.	DS : - DO : gatal- gatal pada kulit	Diabetes Melitus	Gangguan integritas kulit

Prioritas masalah :

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemi (obat glikemik oral)
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kecemasan
3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Diabetes melitus.

## D. Diagnosa keperawatan

1. ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemi (obat glikemik oral) ditandai dengan DS: klien mengatakan Pusing,lemah, Sering mengantuk, lapar terus menerus DO: klien tampak lemah,gemetaran, berkeringat TD 140/80mmhg,N96x/m,S 36C,RR 26x/menit, GDS 26mg/dl.
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kecemasan ditandai dengan DS: klien mengatakan tidur tidak nyenyak,pola tidur terganggu,tidur sering terbangun,DS: hanya 5 jam dan tidur siang hanya 1 jam.

3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan diabetes melitus  
ditandai dengan DS:-,DO: gatal –gatal pada kulit

E. Intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan Intervensi
1.	.ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemi (obat glikemik oral) ditandai dengan DS: klien mengatakan Pusing,lemah, Sering mengantuk, lapar terus menerus DO: klien tampak lemah,gemetaran, berkeringat TD 140/80mmhg,N96x/m,S 36C,RR 26x/menit, GDS 26mg/dl	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kdar glukosa darah stabil, dengan kriteria hasil: 1. keluhan ngatuk menurun, 2. keluhan pusing menurun 3. keluhan lelah lesu menurun 4. keluhan lapar menurun 5. gemetar dan berkeringat menurun.	1. Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemi 2. Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemi 3. Berikan karbohidrat sederhana 4. Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet 5. Monitor kadar glukosa darah 6. Kolaborasi pemberian duxtrose
2.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kecemasan di tandai dengan DS:klien mengatakan tidur tidak nyenyak,pola tidur terganggu,tidur sering terbangun. DO:klien tampak pucat jam tidur klie pada malam hari hanya 5jam dan siang hari hanya 1jam	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1. keluhan tidak puas tidur menurun 2. keluhan pola tidur berubah menurun 3. keluhan istirahat tidak cukup menurun 4. keluhan sering terjagah menurun.	1. identifikas pola aktifitas dan tidur 2. identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 3. identifikasi obat tidur yang dikonsumsi 4. modifikasi lingkungan 5. batasi waktu tidur siang 6. fasilitas menghilangkan stres di waktu tidur 7. jelaskan penting tidur cukup selama sakit 8. anjurkan untuk menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur. 9. ajarkan relaksasi otot autogenik atau atau

			cara nonfarmakologi lainnya.
3.	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan diabetes melitus ditandai dengan DS: - DO: gatal-gatal pada kulit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan keutuhan kulit dan jaringan meningkat, dengan kriteria hasil: 1. elastisitas meningkat 2. perfusi jaringan meningkat.	1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit. 2. Ubah posisi tiap 2 jam bila tirah baring 3. Anjurkan menggunakan pelembab 4. Anjurkan minum air yang cukup 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan buah dan sayur 7. Anjurkan menggunakan sabun secukupnya.

#### F. Implementasi dan Evaluasi

Hari/tanggal	No Dx	Jam	Implementasi	Evaluasi
Kamis 4 agustus 2022	1	09:00	1. memonitor tanda – tanda vital	S : klien mengatakan masih lemah, pusing.
		09:30	Memberikan minum air gula	O : klien tampak pucat, gemetar berkurang, berkeringat berkurang, TD 140/90mmhg, N 90x/menit, S 36,5c, RR 20x/menit GDS 30 ml/dl.
		10:00	2. mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia	A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi
		10:30	Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia	P: Intervensi dilanjutkan :
		11:00	Memberikan karbohidrat sederhana	1. memberikan karbohidrat sederhana

		11:30	Memberikan minum air gula	2.mengajarkan untuk mengkonsumsi air gula tiap 2 jam
		12:00	Memonitor kadar glukosa dara	3.memonitor kadar glukosa darah
Kamis 4 agustus 2022	2	09:30	Menidentifikasi pola aktivitas dan tidur klien	S :klien mengatakan belum bisa tidur dengan nyenyak,
		10:00	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur	O:klien tampak pucat ,pada siang hari tidak bisa tidur,tidur hanya 30 menit, TD 140/90mmhg, N 90x/menit, S 36,5c, RR 20x/menit GDS 30 ml/dl.
		10:30	Menidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur	A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi
		11:00	Mengatakan makana siang	P : Intervensi dilanjutkan
		11:30	Mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi	1.memodifikasi lingkungan seperti kebisingan,pencahayaan,suhu, matras dan tempat tidur.  2.mengfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur.  3.menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.  4.mengajarkan menempatkan kebiasaan waktu tidur.

<b>Hari/tanggal</b>	<b>No Dx</b>	<b>Jam</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Evaluasi</b>
Kamis 4 agustus 2022	3	10:29	1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit	S : -  O :gatal –gatal pada kulit  A:Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi.  P: Intervensi dilanjutkan : 1.mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit  2.menganjurkan untuk minum air yang cukup  3.mengjurkan untuk mengompres menggunakan air hangat.
		10:33	2.mengubah posisi setiap dua jam	
		10:36	3.menganjurkan untuk menggunakan pelembab  Menganjurkan untuk minum air yang cukup	
		10:39	Manganjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi	
		10:41	Menganjurkan untuk meningkatkan asupan buah dan sayur.	
<b>Hari/tanggal</b>	<b>No Dx</b>	<b>Jam</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Evaluasi</b>
Jumad 5 agustus 2022	1	08:00  08:05	1.mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglekemi.  Memonitor tanda-tanda	S :klien mengatakan masi lemah,pusing.

		08:30	vital	O :klien tampak pucat,gemetar berkurang,keringatan berkurang,TD140/90mmHg,N 90x/menit,S 36,5C, RR20x/menit,RR 30 ml/dl.
		09:00	Memberikan minum air gula	
		09:30	Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemi	A : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi
			Memberikan minum air gula	P : intervensi dilanjutkan :
		10:00	Memberikan karbohidrat sederhana,seperti makanan yag gula tinggi	1.memonitor kadar glukosa darah
		11:30	Memberikan minum air gula.	2. Memberikan minuman air gula setiap 2 jam
				3. Memberikan makanan yang mengandung karbohidrat tinggi.
				4. Memberikan karbohidrat sedarhana.
		12:00	Meberikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet.	
Jumad 5 agustus 2022	2	09:10	Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	S : klien mengatakan sudah bisa tidur,cepat sadar bila ada kebisingan.
		09:20	Mengidentifitas faktor pengganggu tidur	O : Klien tampak pucat, jam tiudur klien sudah membaik,jam tidur suadah 6

		09:25	Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur	jam.
		09:35	Memodifikasi lingkungan seperti pencahayaan suhu dan matras	A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi
		12:00	Mengfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur	P :Intervensi dilanjutkan : 1.mengidentifikasi faktor pengganggu tidur.  2.memodifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur.  3. Menjelaskan pentingnya tidur yang cukup selama sakit.
Jumad 5 agustus2022	3	10:20	Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit	S : -  O:Klien mengatakan gatal-gatal berkurang.
		10:29	Mengubah posisi tiap 2 jam,jika tirah baring.	A : Masalah gangguan intgritas kulit belum teratasi

		11:00	Menajurkan meningkatkan asupan nutrisi	P; intervensi dilanjutkan
		12:00	Mengajurkan untuk meningkatkan buah dan sayur.	1. menajurkan untuk menggunakan pelembab 2. mengajurkan untuk melakukan kompres hajat bila gatal.  3. Mengajurkan untuk meningkatkan asupan buah dan sayur.

Hari/tanggal	No Dx	Jam	Implementasi	Evaluasi
Minggu 7 agustus 2022	1	08:30	Memonitor tanda-tanda vital	S : klien mengatakan lemah berkurang, pusing berkurang.
		09:00	Memberikan minum air gula	O : Klien tampak rilex, tidak lagi gemetar, tidak lagi berkeringat, TD 130/80mmHg, N 90x/m, S 36,4C, RR 19x/menit, GDS 90ml/dl.
		09:20	Memonitor kadar glukosa darah	A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi

		10:00	Memberikan karbohidrat sederhana.	P :Intervensi dilanjutkan 1.memonitor kadar glukosa darah
		10:30	Memberikan minum air gula	2.memberikan karbohidrat sederhana 3.mengajarkan untuk mengkonsumsi air gula setiap 1 2 jam
Minggu 7 agustus 2022	2	09:10	Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	S : klien mengatakan jam tidur sudah memmbaik.
		09:20	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur	O:klien tampak rilex,jam tidur klien sudah baik,siang hari tidur 1 jam dan malam hari tidur 6 jam.
		10:00	Mengajarkan untuk menepati kebiasaan waktu tidur.	A : Masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi
		10;30	Menjelaskan penting tidur cukup selama sakit	P : Intervensi dilanjutkan 1.mengfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur.
		12:00	Memodifikasi lingkungan seperti,pencahayaan,,	2.identifikasi obat tidur yang dikonsumsi.

			kebisingan, matras dan suhu	3.mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur. 4.mengajarkan kebiasaan waktu tidur.
Minggu 7 agustus 2022	3	10:20	Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit.	S : klien mengatakan tidak lagi gatal –gatal.
		11:00	Mengajarkan minum air yang cukup.	O :-
		11:29	Mengubah posisi tiapa 2 jam jika tirah baring.	A :Masalah gangguan intgritas kulit sabagian teratasi
		11:50	Mengajarkan menggunakan pelembab	P: Intervensi dilanjutkan
		12:00	Menajarkan untuk meningkatkan asupan nutrisi	1.mengajarkan untuk meningkatkan asupan nutrisi 2. menajarkan untuk mengompres dengan air hangat bila gatal
		12:15	Menajarkan untuk meningkatkan mengkonsumsi buah dan sayur.	3.ubah posisi tiap 2jam bila tira baring.

**LEMBAR KONSULTASI REVISI KARYA TULIS ILMIAH**

**NAMA** : SUSANA GONA  
**NIM** : PO.530320219920  
**TINGKAT** : III.A

<b>NO</b>	<b>HARI/TANGGAL</b>	<b>HASIL KONSULTASI</b>	<b>PARAF PEMBIMBING</b>
1.	Senin 5 september 2022	<p>1 perbaikan pengkajian, masukan riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit keluarga.</p> <p>2.perbaikan pemeriksaa fisik</p> <p>3.tambahkan pemeriksaan penunjang</p> <p>4 perbaikan klasifikasi, tabulasi dan analisa data.</p> <p>5. tamabahkan 1 diagnosa keperawatan.</p>	
2.	Jumad 9 september 2022	<p>1.tambahkan riwayat kesehatan, sejak kapan mengalami penyakit DM dan apa yang sudah dilakukan di rumah sebelum di bawah ke rumah sakit</p> <p>2.tanaman herbal apa yang dikonsumsi klien</p> <p>3sejak kapan menderita DM.</p> <p>4.jenis makanan apa yang sering dimkan klien sehingga menidam penyakit DM.</p>	
3.	Selasa 13 september 2022	<p>1.tambahkan 12 pola gordon ,terutama pola pemeliharaan kesehatan dan pola nutrisi.</p> <p>2.pemeriksaan fisik harus sesuai denagan pengkajian .</p> <p>3.pengkajian pada kulit ,teutama pada warna kulit dan bentuk.</p> <p>4.teraoi yang di dapat di ruangan UDG dan ruangan perawatan .</p>	

4.	Jumad 16 september 2022	<p>1.DS dan DO harus diperbaiki, lihat kembali di keluhan pasien</p> <p>2.tambahkan di perencnaan yaitu memberikan pendidikan kasehatan.</p> <p>3. perbaiki kesenjangan dan pembahasan .</p>	
5.	Selasa 20 september 2022	<p>1.tambahkan hasil implementasi monitir kadar gula darah.</p> <p>2.berapa air gula yang diminum per 2 jam</p> <p>3.perbaiki pembahasan pengkajian data pada kasus ada tapi pada teori tidak ada.</p>	
6.	Jumad 23 september 2022	<p>1.lihat kembali kesenjanga,</p> <p>2. perbaiki evaluasi pada kesenjangan</p> <p>3. perbaiki kesimpulan</p> <p>4. lihat kembali pengetikan .</p>	

--	--	--	--

INFORMED CONSENT  
(PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai Proposal Karya Tulis Ilmiah yang akan dilakukan oleh Susana Gona dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diabetes Militus di RPD III RSUD Ende”.

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

Ende 03, Agustus 2022

Saksi

  
(Hasna R.)

Yang Memberi Persetujuan

  
(Rosmiyati Hasan.....)

Lampiran 1

Kode Responden

#### PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya adalah mahasiswa dari Program Studi Keperawatan Ende dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diabetes Militus di RPD III RSUD Ende".
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk melaksanakan studi kasus pada klien dengan Diabetes Militus. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan wawancara terbuka dengan menggunakan pedoman wawancara untuk mengambil data pada klien yang akan berlangsung lebih kurang 15-20 menit, serta melakukan pemberian asuhan keperawatan pada klien selama 3 hari. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena studi kasus ini untuk kepentingan pengembangan asuhan/pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan/tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika anda membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silakan menghubungi peneliti pada nomor Hp : 082144509560

Peneliti,

  
Susana Gona

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**

**NAMA** : SUSANA GONA

**NIM** : PO.530320219920

**TINGKAT** : IILA

NO	HARI/TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF PEMBIMBING
1.	Kamis 18,agustus 2022	1.perbaikan pengkajian,masukan riwayat penyakit sekarang,riwayat kesehatan keluarga. 2.perbaikan pemeriksaan fisik 3. tambahkan pemeriksian penunjang 4.perbaikan tabulasi data, klasifikasi data dan analisa data. 5. tamabahkan 1 dignos keperawatan	
2.	Senin 22 agustus 2022	1. tambahkan riwayat kesehatan masa lalu 2.perbaikan pemeriksaan penunjang 3.perbaikan diagnosa 4. lihat kembali kesenjangan	
3.	Kamis 25 agustus 2022	1. tambahkan intervensi 2. perbaikan pengetikan 3. tambahkan kesenjangan 4.tambahkan hasil implementasi	
4.	Senin 29 agustus2022	1. lihat kembali kesenjangan 2.perbaikan pembahasan 3 lihat kembali di kesimpulan	

5.	Selasa 30 agustus 2022	1.perbaikan daftar pustaka 2.perbaikan daftar pustaka yang lebih spesifik 3. lihat kembali pengetikan	
6.	Rabu 31 agustus 2022	1.silakan buat power point dan hubungi dosen penguji untuk ujian.	

Mengetahui

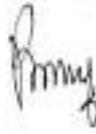
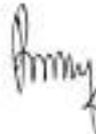
Ketua Program Studi D III Keperawatan



Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom  
NIP. 1966011419910211001

**LEMBAR KONSULTASI REVISI KARYA TULIS ILMIAH**

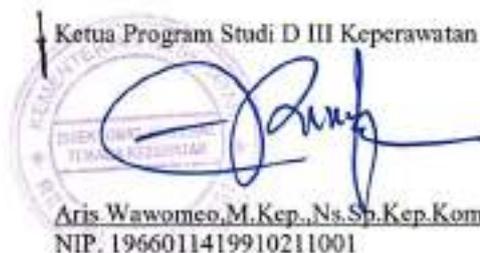
**NAMA** : SUSANA GONA  
**NIM** : PO.530320219920  
**TINGKAT** : IIIA

NO	HARI/TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF PEMBIMBING
1.	Senin 5 september 2022	1 perbaikan pengkajian, masukan riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit keluarga. 2.perbaikan pemeriksa fisik 3.tambahkan pemeriksaan penunjang 4 perbaikan klasifikasi, tabulasi dan analisa data. 5. tambahkan 1 diagnosa keperawatan.	
2.	Jumad 9 september 2022	1.tambahkan riwayat kesehatan, sejak kapan mengalami penyakit DM dan apa yang sudah dilakukan di rumah sebelum di bawah ke rumah sakit 2.tanaman herbal apa yang dikonsumsi klien 3sejak kapan menderita DM. 4.jenis makanan apa yang sering dimakan klien sehingga menidam penyakit DM.	
3.	Selasa 13 september 2022	1.tambahkan 12 pola gordon ,terutama pola pemeliharaan kesehatan dan pola nutrisi. 2.pemeriksaan fisik harus sesuai dengan pengkajian . 3.pengkajian pada kulit ,teutama pada warna kulit dan bentuk. 4.teraori yang di dapat di ruangan UDG dan ruangan perawatan .	

4.	Jumad 16 september 2022	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. DS dan DO harus diperbaiki, lihat kembali di keluhan pasien</li> <li>2. tambahkan di perencanaan yaitu memberikan pendidikan kesehatan.</li> <li>3. perbaiki kesenjangan dan pembahasan .</li> </ol>	
5.	Selasa 20 september 2022	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. tambahkan hasil implementasi monitir kadar gula darah.</li> <li>2. berapa air gula yang diminum per 2 jam</li> <li>3. perbaiki pembahasan pengkajian data pada kasus ada tapi pada teori tidak ada.</li> </ol>	
6.	Jumad 23 september 2022	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. lihat kembali kesenjangan,</li> <li>2. perbaiki evaluasi pada kesenjangan</li> <li>3. perbaiki kesimpulan</li> <li>4. lihat kembali pengetikan .</li> </ol>	

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan



Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom  
NIP. 1966011419910211001