

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. Y.W.M DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MILITUS (DM) TIPE II
DI RSUD ENDE
KARYA TULIS ILMIAH**



Oleh :

YUDI MELIAKI ANABANU
PO 5303202200532

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE**

2023

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. Y.W.M DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MILITUS (DM) TIPE II
DI RSUD ENDE
KARYA TULIS ILMIAH**

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



Oleh :

YUDI MELIAKI ANABANU
PO 5303202200532

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE**

2023

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN
DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MILITUS (DM)
TIPE II DI RSUD ENDE

OLEH
YUDI MELIAKI ANABANU
NIM : PO.5303202200532

Proposal Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diperiksa Dan Disetujui
Oleh Pembimbing Untuk Diujikan

Ende, 17 Juli 2023

Pembimbing I


Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.198811102020121002

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende


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

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN
DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MILITUS (DM)
TIPE II DI RSUD ENDE**

OLEH

YUDI MELIAKI ANABANU
NIM : PO.5303202200532

Karya Tulis Ilmiah ini telah diujikan dan dipertanggung jawabkan
Pada tanggal 17 Juli 2023

Penguji

Ketua

Anggota



Rif'atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 198809222020122005



Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.198811102020121002

Disahkan Oleh:

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



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

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Yudi Meliaki Anabanu
NIM : PO. 5303202200532
Program Studi : D III Keperawatan Ende
judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. Y.W.M
DENGAN DIAGNOSA DIABETES MELITUS DI
RPD III RSUD ENDE

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

Ende, 11 juli 2023
Yang Membuat Pernyataan



YUDI MELIAKI ANABANU
NIM. PO. 5303202200532

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan proposal dalam rangka memenuhi persyaratan ujian proposal Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi Keperawatan Ende yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Militus (Dm) Tipe II Di Rsud Ende”**.

Pada kesempatan ini, penulis hendak menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan moril maupun material sehingga proposal ini dapat selesai. Ucapan Terima kasih ini penulis tujukan kepada :

1. Bapak Irfan, SKM.,M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk melakukan penelitian studi kasus
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Kom selaku ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende
3. Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku dosen pembimbing yang telah membimbing dan memberikan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan Proposal Karya Tulis Ilmiah
4. Rif atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep sebagai ketua dosen penguji yang telah mengorbankan waktu dan pikiran untuk memberikan masukan yang berguna bagi penulis demi kesempatan Proposal Karya Tulis Ilmiah.

5. Kedua Orang Tua, Keluarga, Saudara-Saudari, serta Teman-Teman semua yang telah membantu secara langsung maupun tidak langsung memberikan masukan kepada penulis.

Penulis menyadari hal ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca guna menyempurnakan segala kekurangan dalam penyusunan ini. Akhir kata,penulis berharap semoga proposal ini dapat memberikan manfaat secara alamiah.

Ende, Mei 2023
Penulis

Yudi Meliaki Anabanu
Nim. PO.5303202200532

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Tn. Y.W.M Dengan Diagnosa Keperawatan Diabetes Melitus Di Rumah Sakit Umum Daerah Ende

**Yudi Meliaki Anabanu (1)
Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.,Ns.,M.Kep (2)**

Latar belakang : Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit yang terjadi akibat kadar glukosa dalam darah yang terlalu tinggi yang biasa disebut dengan hiperglikemia. Tujuan studi kasus : Untuk mengetahui dan melaksanakan proses asuhan keperawatan pada pada Tn. Y.W.M dengan melakukan pengkajian, menegakan diagnosis, memberikan intervensi, implementasi dan evaluasi.

Hasil studi kasus Tn. Y.W.R ditemukan data pusing klien mengatakan pusing, lelah dan lesu, sesak napas, batuk berdahak, lemah, cepat lelah, mual, muntah, nafsu makan berkurang, kadar glukosa dalam darah tinggi, GDS : 315 mg/dL, mendapat terapi Novorapid 4 unit/sl, terpasang O₂ nasal kanul 5 lpm, pernapasan ronkhi, sulit beraktifitas, semua aktivitas dibantu, muntah kurang lebih 3-4x sehari, makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas, terpasang infus NaCl 0.9% 20 tpm. Dengan masalah kesehatan ketidakstabilan kadar glukos darah berhubungan dengan Resistensi insulin, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan, intoleransi aktivitas berhubungan dengan, kelemahan, risiko defisit nutrisi ditandai dengan ketidakmampuan mencerna makanan. Intervensi dilakukan berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan. Implementasi yang dilakukan memonitor kadar glukosa darah, mengajarkan pasien teknik napas dalam dan batuk efektif, memonitor sputum, memberikan minum air hangat, memberikan oksigen, membantu melakukan gerak sederhana, memfasilitasi gerak sederhana, menganjurkan melakukan aktifitas secara bertahap, menganjurkan tirah baring, mengidentifikasis status nutrisi, monitor berat badan, memberikan makanan tinggi protein dan kalori, serta kolaborasi dengan ahli gizi. Hasil evaluasi dilaksanakan selama 3 hari ke lima masalah sebagian teratasi.

Diabetes Melitus merupakan penyakit yang berbahaya dan mengancam nyawa apabila tidak ditangani dengan baik. Oleh karena itu dianjurkan kepada klien untuk menjaga pola makan dan olahraga serta mengikuti anjuran dari petugas kesehatan

Kata kunci : Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus

Keterangan : (1) Program Studi D III Keperawatan Ende

(2) Dosen Program Studi D III Keperawatan Ende

ABSTRACT

Nursing Care At Mr. Y.W.M with a Nursing Diagnosis of Diabetes Mellitus at the Ende Regional General Hospital

Yudi Meliaki Anabanu (1)
Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.,Ns.,M.Kep (2)

Background : Diabetes Mellitus (DM) is a disease that occurs due to too high blood glucose levels which is commonly called hyperglycemia. Purpose of the case study: To find out and carry out the nursing care process on Mr. Y.W.M by conducting assessments, diagnosis, providing interventions, implementation and evaluation.

The results of the case study Mr. Y.W.R found that the client's dizziness data said he was dizzy, tired and lethargic, shortness of breath, coughing up phlegm, weakness, tired quickly, nausea, vomiting, decreased appetite, high blood glucose level, Gds: 315 mg/dL, received Novorapid therapy 4 units/day sl, installed O2 nasal cannula 5 lpm, breathing crackles, difficulty doing activities, assisted with all activities, vomiting more or less 3-4 times a day, eat little, approximately 10 spoons, drink limited water, attached 20 tpm NaCl infusion. With health problems, unstable blood glucose levels related to insulin resistance, ineffective airway clearance related to retained secretions, ineffective breathing patterns related to depression of the respiratory center, activity intolerance related to, weakness, risk of nutritional deficits characterized by inability to digest food. Interventions are carried out based on the nursing problems found. Implementations carried out are monitoring blood glucose levels, teaching patients effective deep breathing and coughing techniques, monitoring sputum, giving warm water to drink, giving oxygen, helping to do simple movements, facilitating simple movements, recommending gradual activities, advising bed rest, identifying nutritional status, monitoring body weight, providing foods high in protein and calories, as well as collaborating with nutritionists. The results of the evaluation were carried out for 3 days to five problems were partially resolved.

Diabetes Mellitus is a disease that is dangerous and life threatening if not handled properly. Therefore it is recommended for clients to maintain diet and exercise and follow the recommendations of health workers.

Keywords : Diabetes Mellitus Nursing Care

Description : (1) Study Program D III Nursing Ende

(2) Lecturer in Ende D III Nursing Study Program

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN SAMPUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan masalah	4
C. Tujuan Studi Kasus	4
D. Manfaat Studi Kasus	5
1. Bagi Peneliti	5
2. Bagi rumah sakit.....	5
3. pelayanan kesehatan.....	5
4. Bagi pasien dan keluarga	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Dasar Diabetes Melitus.....	6
1. Pengertian.....	6
2. Anatomi Fisologi.....	6
3. Etiologi	7
4. Patofisiologi	9
5. Patway	11
6. Tanda dan Gejala.....	12
7. Pemeriksaan Diagnostik.....	14
8. Komplikasi	15
9. Penatalaksanaan	16

B. Konsep Asuhan Keperawatan.....	17
BAB III METODE STUDI KASUS	67
A. Rancangan/Desain Studi Kasus	67
B. Subyek Studi Kasus	67
C. Batasan Istilah.....	67
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	68
E. Metoda/Prosedur Studi Kasus.....	68
F. Teknik Pengumpulan Data.....	68
1. Wawancara	68
2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik.....	69
3. Studi Dokumentasi	69
G. Instrumen Pengumpulan Data	69
H. Keabsahan Data	69
1. Data Primer.....	69
2. Data Sekunder	70
I. Analisa Data.....	70
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	71
A. Hasil Studi Kasus.....	71
B. Pembahasan	103
BAB V PENUTUP.....	110
A. Kesimpulan	110
B. Saran.....	112
DAFTAR PUSTAKA	113
LAMPIRAN.....	116
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	151

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit penyebab kematian terbanyak di dunia yang berada di urutan keenam. DM merupakan penyakit yang terjadi akibat kadar glukosa dalam darah yang terlalu tinggi yang biasa disebut dengan hiperglikemia (Mangkuliguna, Glenardi & Kuatama, 2021). Diabetes merupakan penyakit yang ditandai dengan insulin yang tidak dapat diproduksi dengan baik oleh pankreas sehingga menyebabkan masalah semakin serius (Syafitri & Nurhayati, 2019). Hormon yang mengatur glukosa adalah Insulin. Insulin yang tidak bekerja dengan adekuat akan membuat kadar glukosa dalam darah tinggi. Kadar glukosa darah sewaktu (GDS) normal adalah 70-140 mg/dL pada saat berpuasa < 100, glukosa 2 jam < 140 mg/dL (Fatimah, 2015).

Penelitian *World Health Organization* (WHO) mendeskripsikan bahwa sekitar 425 juta orang dewasa di dunia dengan rentang usia 20 - 79 tahun menderita DM dan diperkirakan pada tahun 2045 terdapat 629 juta orang (Internasional Diabetes Federation (IDF), 2017). *IDF diabetes atlas* melaporkan prevalensi diabetes global pada usia 20-79 tahun pada tahun 2021 diperkirakan 10,5% (536,6 juta orang), meningkat menjadi 12,2% (783,2 juta) pada 2045. WHO menyebutkan bahwa sekitar 150 juta orang didunia telah menderita diabetes melitus (Saputri,dkk, 2018). Diwilayah Asia Tenggara sendiri tahun 2015 terdapat 415 juta orang dewasa dengan DM (WHO, 2016).

Pada tahun 2015 Indonesia menempati peringkat ketujuh prevalensi penderita DM tertinggi di dunia dengan jumlah estimasi 10 juta orang yang tersebar diseluruh wilayah Indonesia (WHO, 2016), diperkirakan jumlah penderita DM di Indonesia akan meningkat menjadi 21,3 juta pada tahun 2030 (Prabowo & Hastuti, 2015). Riskesdas Nasional 2018 juga menjelaskan bahwa di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) memiliki total prevalensi sebanyak 20.599 penderita dengan persentase 0,6% dengan kategori semua umur. Namun data serupa dipaparkan oleh Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) (2018), didapatkan data berupa total penderita DM dari kabupaten/kota di NTT sebanyak 44.782 penderita dengan persentase 0,57%. Berdasarkan Laporan yang sama didapat penderita DM di Kabupaten Ende memiliki total 2.283 penderita dengan persentase 0,69%. Jika diperhatikan berdasarkan kerutinan pasien untuk melakukan pengecekan kadar glukosa darahnya, Pasien yang rutin memeriksa kadar glukosa darah di Kabupaten Ende sebanyak 0,32%, pasien yang tidak rutin sebanyak 4,53%, dan pasien yang tidak pernah memeriksa kadar gula darah sebanyak 95,16%. Sehingga berdasarkan data tersebut diketahui bahwa kesadaran pasien DM untuk mengecek kadar Glukosa Darahnya di Kabupaten Ende masih sangat rendah. Berdasarkan data rekam medik Rumah Sakit Umum Daerah Ende diketahui bahwa pada tahun 2021 kasus DM sebanyak 23 orang, pada tahun 2022 sebanyak 18 orang, (RSUD Ende, 2022). Sedangkan berdasarkan profil dinkes kab. Ende data kasus DM mengalami peningkatan dari tahun 2019 sampai tahun 2022. Pada tahun 2019 penderita penyakit DM di Kabupaten

Ende sebanyak 1264 orang, pada tahun 2020 sebanyak 2068 orang, pada tahun 2021 sebanyak 2061 orang, pada tahun 2022 sebanyak 2595, (Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Ende, 2022). Dari data diatas menjelaskan bahwa penderita DM semakin tahun semakin bertambah. Sehingga dari tingginya kasus tersebut perlu untuk mengetahui dampak yang ditimbulkan oleh penyakit DM.

Dampak tingginya kadar glukosa darah dapat merusak pembuluh darah kecil di ginjal, jantung, mata, dan sistem saraf. Oleh karena itu diabetes yang tidak ditangani dapat menyebabkan penyakit jantung, stroke, penyakit ginjal, kebutaan, dan kerusakan saraf dikaki. Menurut *American Diabetes Associatioan* (ADA) bahwa DM berkaitan dengan resiko yang tidak dapat diubah meliputi riwayat keluarga dengan DM, umur 45 tahun, riwayat melahirkan bayi dengan berat badan lahir >4000 gram atau riwayat pernah menderita DM (Fatimah, 2015).

DM termasuk penyakit yang belum bisa disembuhkan secara total oleh karena itu solusi yang dapat diberikan kepada penderita DM yaitu dengan mengontrol dan menjaga pola makan agar dapat mempertahankan kualitas hidup (Haskas, 2018). Edukasi yang dapat diberikan kepada penderita DM adalah terapi gizi, latihan jasmani dan terapi insulin yang saat ini menjadi terapi yang sangat efektif untuk penderita DM (Mamahit, 2018)

Berdasarkan uraian pada latar belakang, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Diabetes Melitus (DM) tipe II di RSUD Ende.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah adalah “Bagaimana gambaran pelaksanaan proses asuhan keperawatan pada Pasien dengan diagnosa medis Diabetes Melitus (DM) tipe II

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan umum

Mengetahui dan melaksanakan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus (DM) tipe II di ruangan RPD I & II RSUD Ende

2. Tujuan Khusus

- a. Dilakukan pengkajian pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe II di ruangan RPD I & II RSUD Ende
- b. Dirumuskan diagnosa pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe II di ruangan RPD I & II RSUD Ende
- c. Disusun perencanaan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe II di ruangan RPD I & II RSUD Ende
- d. Dilakukan implementasi pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe II di ruangan RPD I & II RSUD Ende
- e. Dilakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe II di ruangan RPD I & II RSUD Ende
- f. Diketahui kesenjangan teori dan praktek asuhan keparawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe II di ruangan RPD I & II RSUD Ende

D. Manfaat Studi Kasus

1. Peneliti

Sebagai bahan acuan untuk menambah pengetahuan, memperluas wawasan, dan pemahaman penulis tentang diabetes melitus (DM).

2. Rumah Sakit

Sebagai masukan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dengan diagnosa medis diabetes melitus (DM).

3. Pelayanan kesehatan

Sebagai sumber informasi atau bahan masukan bagi institusi terkait di wilayah Nusa Tenggara Timur dan menentukan kebijakan terhadap penegahan dan penanganan terhadap kejadian diabetes melitus (DM)

4. Bagi pasien dan keluarga

Pasien dan keluarga dapat mengetahui tentang DM yang diderita pasien dan mengetahui ara penanganan pasien dengan diabetes melitus (DM)

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori Penyakit

1. Pengertian

Diabetes melitus (DM) merupakan penyakit yang terjadi akibat kadar glukosa dalam darah yang terlalu tinggi yang biasa disebut dengan hiperglikemia (Mangkuliguna, Glenardi & Kumatama., 2021).

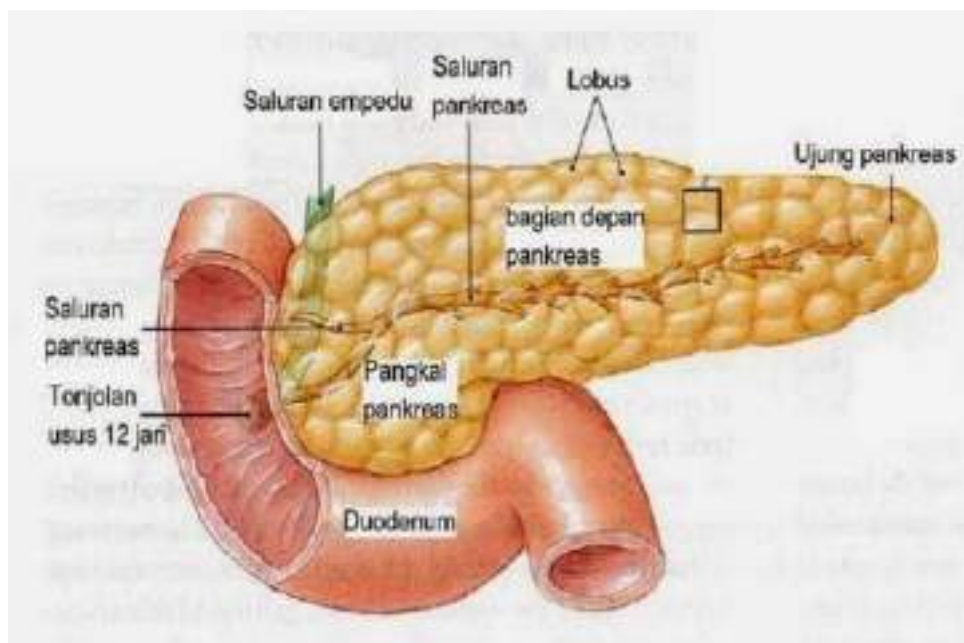
Diabetes melitus tipe 2 merupakan penyakit hiperglikemi akibat insensivitas sel terhadap insulin yang ditandai dengan kadar insulin yang sedikit menurun atau berada diatas rentang normal. Karena insulin tetap dihasilkan oleh sel-sel beta pancreas, sehingga diabetes mellitus tipe II dianggap juga sebagai non insulin dependent diabetes mellitus (Fatimah, 2015).

Diabetes melitus juga merupakan penyakit yang ditandai dengan insulin yang tidak dapat diproduksi dengan baik oleh pankreas sehingga menyebabkan masalah semakin serius (Syafitri & Nurhayati, 2019).

2. Anatomi Fisiologi

Pankreas merupakan kelenjar majemuk bertandan, strukturnya sangat mirip dengan kelenjaer ludah. Panjangnya kira-kira 15cm, mulai dari duodenum sampai limpa, yang terdiri atas 3 bagian yaitu kepala pancreas yang paling lebar terletak disebelah kanan rongga abdomen, didalam lekukan duodenum, dan yang praktis melingkarinya. Badan

pancreas merupakan bagian utama pada organ yang letaknya dibelakang lambung dan didepan verterbrata lumbalis pertama. Ekor pancreas adalah bagian yang runcing disebelah kiri, yang menyentuh dengan limpa (pearce, 2016). Pancreas berwarna putih keabuan hingga kemerahan. Organ ini merupakan kelenjar majemuk yang terdiri atas jaringan eksokrin dan jaringan endokrin. Jaringan ensokrin menghasilkan enzim-enzim pancreas seperti amylase, peptidase dan lipase, sedangkan jaringan endokrin menghasilkan hormon seperti insulin, glucagon dan somatostatin (Dolensek, Rupnik & Stoser, 2015).



Gambar 1.1 Anatomi Pankreas (Dee Unglaub Silverthorn, 2014)

3. Etiologi

Faktor resiko terjadinya DM tipe II menurut Fatimah (2015), yaitu:

a. Obesitas

Pada derajat kegemukan dengan IMT > 30 dapat meyebabkan peningkatan kadar glukosa darah menjadi 200 mg %.

b. Hipertensi

Peningkatan tekanan darah berhubungan dengan ketidaktepatnya penyimpanan garam dan air pada sirkulasi pembuluh darah perifer sehingga menyebabkan seseorang menderita DM.

c. Pola makan

Makan secara berlebihan dan melebihi jumlah kadar kalori yang dibutuhkan oleh tubuh dapat memacu timbulnya diabetes melitus. Konsumsi makan yang berlebihan dan tidak diimbangi dengan sekresi insulin dalam jumlah yang memadai dapat menyebabkan kadar gula dalam darah meningkat yang tentu akan menyebabkan diabetes melitus.

d. Riwayat keluarga

Seseorang yang menderita DM diduga mempunyai gen diabetes dan terjadi pada orang yang bersifat homozigot dengan gen resesif yang rentan menderita DM.

e. Dislipidemia

Dislipidemia merupakan suatu keadaan yang ditandai dengan meningkatnya kadar lemak dalam darah (trigliserida > 250 mg/dl).

f. Umur

Menurut penelitian usia yang rentan menderita DM yaitu > 45 tahun.

g. Riwayat persalinan

Riwayat abortus berulang, melahirkan bayi cacat, dan melahirkan bayi dengan BB > kg juga dapat menyebabkan seseorang menderita DM.

h. Pola hidup

Pola hidup juga menjadi salah satu penyebab terjadinya Diabetes Melitus. Jika orang malas berolahraga memiliki resiko lebih tinggi untuk terkena penyakit diabetes melitus karena olahraga berfungsi untuk membakar kalori yang berlebihan di dalam tubuh. Kalori yang tertimbun di dalam tubuh merupakan faktor utama penyebab Diabetes Melitus selain disfungsi pankreas

i. Alkohol dan Rokok

Alkohol dapat mengganggu metabolisme gula darah terutama pada penderita DM, sehingga akan mempersulit regulasi gula darah dan meningkatkan tekanan darah.

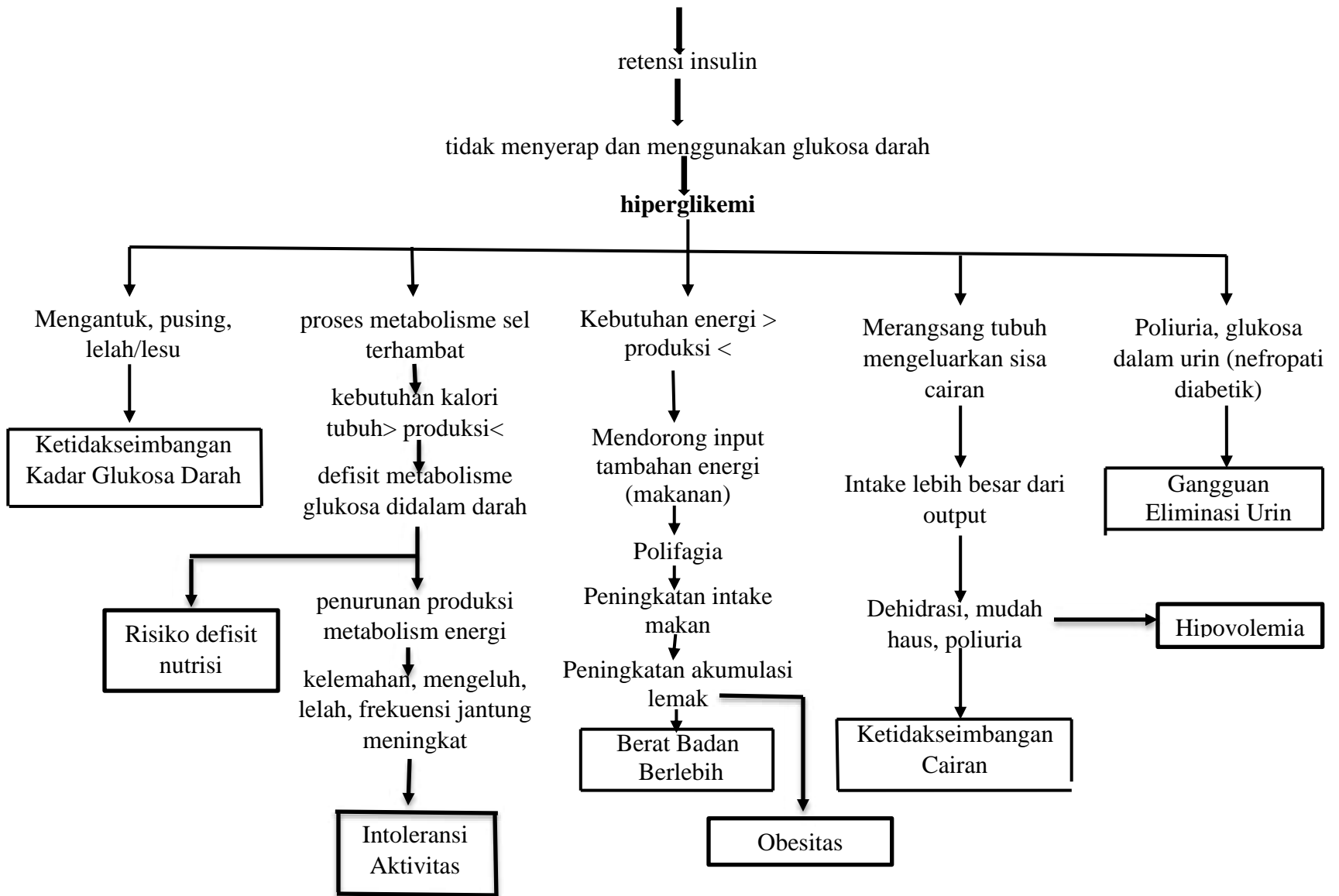
4. Patofisiologi

Diabetes melitus tipe 2 merupakan penyakit hiperglikemi akibat insensivitas sel terhadap insulin yang ditandai dengan kadar insulin yang sedikit menurun atau berada dalam rentang normal. Insulin dapat menyebabkan obesitas, hipertensi, pola makan, riwayat keluarga, umur, riwayat persalinan, pola hidup, alkohol dan rokok menyebabkan terjadinya penurunan produksi insulin (retensi insulin). Penurunan produksi insulin menjadikan sel-sel tubuh tidak dapat menyerap dan menggunakan glukosa darah. Hal tersebut menyebabkan kadar glukosa meningkat didalam darah yang menyebabkan mudah mengantuk, pusing dan lelah/lesu sehingga terjadi hiperglikemi dan masalah keperawatan yang muncul berupa Ketidakstabilan Glukosa Darah. Resistensi insulin menghalangi proses

metabolisme sel sehingga penderita mengalami kelemahan, mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat yang pada akhirnya tubuh mengalami defisit energi dan masalah keperawatan yang muncul adalah Intoleransi Aktivitas. Kebutuhan energi yang kurang oleh sel juga mendorong tubuh untuk selalu mengkonsumsi makanan untuk mendapatkan energi dengan memberi sinyal berupa sering merasa lapar dan harus dipuaskan yang disebut dengan Polifagia. Keadaan ini menyebabkan terjadinya peningkatan intake makanan dan peningkatan intake makanan juga berpengaruh pada peningkatan akumulasi lemak sehingga timbul masalah keperawatan Berat Badan Lebih hingga Obesitas. Hiperglikemia juga merangsang tubuh untuk mengeluarkan sisa cairan yang banyak melalui urin atau poliuria sehingga dapat menyebabkan terjadinya dehidrasi. Keadaan poliuria dan dehidrasi merupakan respon yang sering timbul oleh karenanya membuat penderita sering merasa mudah haus (polidipsi), sering kencing (poliuria) dan dehidrasi. Poliuria dan polidipsi menyebabkan timbul masalah keperawatan berupa Ketidakseimbangan Cairan, dan apabila tidak ditangani dengan baik gejala memburuk dan masalah yang timbul adalah Hipovolemia. Poliuria dan glukosa dalam darah (nefropati diabetik) yang terjadi dapat menimbulkan masalah keperawatan Gangguan Eliminasi Urin (Fatimah, 2015; Mangkuliguna dkk, 2021).

5. Pathway

Obesitas, hipertensi, pola makan, riwayat keluarga, umur, riwayat persalinan, pola hidup, alkohol dan rokok



6. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala yang muncul pada penderita penyakit diabetes ini muncul seringkali tidak dirasakan dan tidak disadari oleh penderitanya. Ada beberapa keluhan dan gejala menurut Fatimah (2015), yang perlu diperhatikan yaitu:

a. Keluhan klasik

1) Banyak kencing

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

2) Banyak makan

Penderita DM akan merasa sering lapar hal ini disebabkan karena pasien mengalami keseimbangan kalori negatif, sehingga timbul rasa lapar yang sangat besar sehingga untuk menghilangkan rasa lapar itu penderita banyak makan.

3) Banyak minum

Rasa haus amat sering dialami penderita DM adalah karena banyaknya cairan yang keluar melalui kencing. Keadaan ini justru sering disalah mengerti kadang pasien mengira bahwa rasa haus disebabkan oleh udara yang panas atau beban kerja yang berat oleh karna itu untuk menghilangkan rasa haus penderita banyak minum.

4) Penurunan berat badan dan rasa lemah

Keadaan ini disebabkan karena glukosa dalam darah tidak dapat masuk ke dalam sel, sehingga sel kekurangan bahan bakar untuk menghasilkan tenaga. Untuk kelangsungan hidup, sumber tenaga terpaksa diambil dari cadangan lain yaitu sel lemak dan otot sehingga mengakibatkan penderita kehilangan jaringan lemak dan otot sehingga menjadi kurus.

b. Keluhan lain

Beberapa keluhan lain pada penderita DM menurut Fatimah (2015), yaitu:

- 1) Kelemahan
- 2) Frekuensi jantung meningkat
- 3) Gangguan penglihatan
- 4) Mudah haus
- 5) Kulit terasa panas / seperti tertusuk jarum
- 6) Dehidrasi
- 7) Kelelahan
- 8) Mudah mengantuk, pusing
- 9) Pada ibu hamil sering terjadi keguguran atau kematian janin dalam kandungan atau melahirkan bayi dengan obesitas (BB > 4 kg).

7. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik menurut Purwanto (2016), berdasarkan kriteria diagnostik WHO pada penderita DM yaitu:

- a. Gula darah puasa (GDP) 70-110 mg/dl, kriteria diagnostic untuk DM > 140 mg/dl paling sedikit dalam 2 kali pemeriksaan, atau > 140 mg/dl disertai gejala klasik hiperglikemia atau IGT 115-140 mg/dl.
- b. Gula darah 2 jam post prandial < 140 mg/dl digunakan untuk skrining atau evaluasi pengobatan bukan diagnostic.
- c. Gula darah sewaktu < 140 mg/dl digunakan skrining bukan diagnostic.
- d. Tes toleransi glukosa oral (TTGO), GD < 115 mg/dl ½ jam , 1 jam 1½ jam < 200 mg/dl, 2 jam < 140 mg/dl.
- e. Tes toleransi glukosa intravena (TTGI) dilakukan jika TTGO tidak merupakan kontraindikasi atau terdapat kelainan gastrointestinal yang mempengaruhi absorpsi glukosa.
- f. Tes toleransi kartizon glukosa, digunakan jika TTGO tidak bermakna.
- g. Glycosetat hemoglobin, memantau glukosa darah selama lebih dari 3 bulan.
- h. HbA1c untuk mengukur kadar gula darah yang kronis, normal < 5,7%.
- i. C-peptide 1-2 mg/dl (puasa) 5-6 kali meningkat setelah pemberian glukosa.
- j. Insulin serum puasa: 2-20 mu/ml, dapat digunakan dalam diagnosa banding hipoglikemia atau dalam penelitian DM.

8. Komplikasi

Diabetes yang tidak ditangani atau dikontrol akan menimbulkan komplikasi akut dan kronis (Fatimah, 2015)

a. Komplikasi akut

1) Hipoglekemia

Hipoglikemia merupakan kadar glukosa darah seseorang dibawah nilai normal (<50 mg/dl). Kadar gula darah yang terlalu rendah dapat menyebabkan sel-sel otak tidak dapat asupan energi sehingga tidak berfungsi bahkan mengalami kerusakan

2) Hiperglikemia

Hiperglikemia merupakan kadar glukosa dalam darah terlalu tinggi bahkan dapat meningkat secara tiba-tiba dan dapat berkembang menjadi metabolisme yang berbahaya dalam tubuh.

b. Komplikasi kronis

1) Komplikasi makrovaskuler

Makrovaskuler yang biasa terdapat pada penderita DM yaitu trombotik otak (pembekuan darah pada sebagian otak), mengalami penyakit jantung koroner, mengalami gagal jantung kongestif, dan mengalami stroke.

2) Komplikasi mikrovaskuler

Mikrovaskuler yang biasa terjadi pada penderita DM adalah nefropati diabetik (ginjal mengalami komplikasi), retinopati

(kebutaan), neuropati (lemah, mati rasa atau nyari akibat kerusakan saraf), dan amputasi.

9. Penatalaksanaan

a. Medis

Jika pasien telah mengatur pola makan dan latihan fisik tetapi tidak berhasil mengendalikan kadar gula darah maka perlu dipertimbangkan pemakaian obat hipoglikemik. Obat-obat yang sering digunakan pada penyakit Diabetes Melitus yaitu: Antidiabetik oral, Insulin (Fatimah, 2015).

b. Keperawatan

1) Diet

Pada penderita diabetes perlu diberitahukan pentingnya keteraturan dalam makan, berupa jadwal makan, jenis makanan dan jumlah makanan, terutama pada mereka yang menggunakan obat penurun glukosa darah atau insulin. Standar yang dianjurkan adalah makanan dengan komposisi yang seimbang dalam hal karbohidrat 60-70%, lemak 20-25% dan protein 10-15%. Prinsip pengaturan makan pada penderita diabetes anjuran makan untuk masyarakat umum yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing penderita.

2) Latihan fisik/Olahraga

Dianjurkan pada penderita DM untuk latihan atau olahraga secara teratur kurang lebih 3-4 kali dalam seminggu, lakukan

selama kurang lebih 30 menit sesuai dengan kemampuan pasien. Contohnya seperti jalan kaki biasa selama 30 menit atau melakukan aktifitas lainya dan pesan untuk penderita DM agar menghindari kebiasaan hidup yang kurang gerak atau bermalas-malasan.

3) Edukasi

Eduksi pada pasisn yang menderita DM umumnya terjadi akibat gaya hidup yang kurang sehat dan perilaku pola makan yang tidak efektif. Sehingga penderita perlu pendampingan untuk merubahan pola hidup yang tidak baik yang berfungsi untuk memotivasi agar penderita dapat hidup sehat dan menjaga pola makan dengan baik.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas :

a) Usia

Untuk DM Tipe 1 usia < 30 tahun. DM Tipe 2 Usia > 30 Tahun, cenderung meningkat pada usia >65 tahun. Menurut penelitian Arania *et al* (2021), menjelaskan bahwa usia juga merupakan salah satu faktor terjadinya diabetes melitus.

b) Jenis Kelamin

Kasus DM pada perempuan memiliki faktor resiko yang lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Faktor resiko pada

perempuan 3-7 kali lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki yaitu 2-3 kali, wanita hamil biasanya mengalami diabetes kehamilan. Jika memiliki riwayat diabetes insulin dan adaptasi mungkin diperlukan.

c) Keluhan Utama

Sering kencing, mudah haus, mudah lapar, berat badan turun dan menjadi kurus, merasa lemah dan gampang kelelahan, mengeluh penglihatan kabur, mudah menderita infeksi, pada perempuan mengalami keputihan, luka atau memar yang sukar sembuh (gangren), bisul dan kulit kering (Fatimah, 2015).

d) Riwayat Penyakit sekarang

Mengkaji adanya gatal pada kulit dan disertai luka yang memiliki proses sembuh yang lama, sering kesemutan, penurunan berat badan, peningkatan nafsu makan, sering haus, banyak kencing, penglihatan kabur.

e) Riwayat Kesehatan Dahulu

Penyakit DM dapat menyerang saat kehamilan, atau penderita yang memiliki hipertensi, ISK berulang, obesitas.

f) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga yang memiliki gen diabetes dari memiliki resiko untuk diturunkan.

2) Pola kesehatan

Studi asuhan keperawatan yang dilakukan oleh Nabu & Gobel (2017), menggunakan 11 pola Gordon dalam melakukan pengkajian dan dirincikan sebagai berikut.

- a) Pola manajemen kesehatan : perilaku individu tersebut mengatasi masalah kesehatan yang berkaitan dengan diabetes melitus (DM).
- b) Pola aktifitas-latihan : mengkaji kegiatan sehari-hari klien
- c) Pola istirahat – tidur : mengkaji tentang gangguan rasa nyaman dalam beristirahat.
- d) Pola persepsi kognitif : gambaran umum indera pasien terganggu tidak dan apakah menggunakan alat bantu dalam penginderaan.
- e) Pola persepsi diri : apakah ada gangguan citra diri akibat perubahan struktur anatomi.
- f) Pola hubungan peran : hubungan klien dengan orang-orang terdekat.
- g) Pola toleransi koping – stres : adanya ketidaknyamanan mengakibatkan stres pada individu.
- h) Pola reproduksi – seksual : perilaku pasien terjadi pada individu.
- i) Pola nutrisi metabolik : apa saja yang dikonsumsi individu tersebut

j) Pola eliminasi : adakah gangguan atau tidak BAB/BAK pada klien.

k) Pola nilai kepercayaan : tergantung pada kebiasaan, ajaran dan aturan agama yang dianut oleh individu tersebut.

3) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada pasien dengan

diabetes melitus Menurut Purwanto 2016 yaitu :

a) Tanda – tanda vital

Tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, tinggi badan, berat badan.

b) Keadaan umum

(1) Kepala : normal, kepala tegak lurus, tulang kepala umumnya bulat dengan tonjolan frontal di bagian anterior dan oksipital di bagian posterior

(2) Rambut : biasanya tersebar merata, tidak terlalu kering, tidak terlalu berminyak.

(3) Mata : mata simeteris, adanya refleks pupil terhadap cahaya, terdapat gangguan penglihatan apabila sudah mengalami retinopati diabetik.

(4) Telinga : terdapat penurunan fungsi pendengaran.

(5) Hidung : adanya sekret, pernapasan cuping hidung, ketajaman penciuman hidung menurun.

(6) Mulut : mukosa bibir kering, napas berbau aseton

- (7) Leher : tidak terjadi pembesaran kelenjar getah bening
- (8) Dada : bentuk dada, retraksi dada, puting susu, payudara, pola napas, nyeri dada, bunyi napas, bunyi jantung, kebersihan dada, kesimetrisan.
- (9) Pemeriksaan abdomen : adanya nyeri tekan pada bagian pankreas, distensi abdomen, suara bising usus yang menurun/melemah.
- (10) Pemeriksaan reproduksi : rabas vagina jika terjadi infeksi, keputihan, impotensi pada pria, dan sulit orgasme pada wanita.
- (11) Pemeriksaan integumen : biasanya terdapat lesi atau luka yang lama sembuh. Kulit kering, adanya ulkus di kulit, akral teraba dingin, *capillary refill* kurang dari 3 detik, adanya pitting edema.
- (12) Pemeriksaan ekstremitas : kekuatan otot dan tonus otot melemah. Adanya luka pada kaki atau kaki diabetik.

c) Pemeriksaan diagnostik

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

Kriteria diagnostik WHO untuk DM pada dewasa yaitu :

- (1) Glukosa plasma sewaktu /random >200 mg/dl (11,1 mmol/L)

- (2) Glukosa plasma puasa /nuchter >140 mg/dl (7,8 mmol/L)
- (3) Glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75 gr karbohidrat (2 jam post prandial) >200 mg/dl

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa pada penderita DM berdasarkan standar diagnosa keperawatan indonesia (SDKI) (2016) sebagai berikut:

a) Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Definisi : variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal.

Penyebab : disfungsi pankreas, resistensi insulin, gangguan toleransi glukosa darah, gangguan glukosa darah puasa.

Kriteria mayor : subjektif : mengantuk, pusing, lelah atau pusing.
Objektif gangguan koordinasi, kadar glukosa dalam darah/urin rendah, kadar glukosa dalam darah/urin tinggi.

Kriteria minor : subjektif : palpitasi, mengeluh lapar, mulut kering, haus meningkat. Objektif : gemetar, kesadaran menurun, perilaku aneh, sulit bicara, berkeringat, jumlah urine meningkat.

Kondisi klinis terkait : diabetes melitus, ketoasidosis diabetik, hipoglikemia, hiperglikemia, diabetes

gestasional, penggunaan kortikosteroid, nutrisi parenteral total (TPN).

b) Hipovolemia

Definisi : penurunan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraselular.

Penyebab : kehilangan cairan aktif, kegagalan mekanisme regulasi, peningkatan permeabilitas kapiler, kekurangan intake cairan, evaporasi.

Kriteria mayor : subjektif : - .Objektif : frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah,tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat.

Kriteria minor : subjektif : merasa lemah, mengluh haus. Objektif : pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, konsentrasi urin meningkat, berat badan tubuh tiba-tiba.

Kondisi klinis terkait : penyakit *addison*, trauma pendarahan, luka bakar, AIDS, penyakit *Crohn*, muntah, diare, kolitis urseratif, hipoalbuminemia.

c) Resiko ketidakseimbangan cairan

Definisi : beresiko mengalami penurunan, peningkatan atau percepatan perpindahan cairan dari intravaskuler, interstisial atau intraselular.

Faktor resiko : prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, aferesis, asites, obstruksi intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal.

Kondisi klinis terkait: prosedur pembedahan, penyakit ginjal dan kelenjar, perdarahan, luka bakar.

d) Gangguan eliminasi urin

Definisi : disfungsi eliminasi urin.

Penyebab : penurunan kapasitas kandung kemih, iritasi kandung kemih, penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih, efek tindakan medis dan diagnostik, kelemahan otot pelvis, ketidakmampuan mengakses toilet, hambatan lingkungan, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi, *outlet* kandung kemih tidak lengkap, imaturitas.

Kriteria mayor : subjektif : desakan berkemih, urin menetes (*dribbling*), sering buang air kecil, nokturia, mengompol, *enuresis*.

Kriteria minor : Subjektif :- . Objektif : -

Kondisi klinis terkait: infeksi ginjal dan saluran kemih, hiperglikemi, trauma, kanker, cedera/tumor/infeksi medula spinalis, neuropati diabetikum, neuropati alkoholik, stroke, parkison, skeloris multtipel, obat alpha adrenetik.

e) Berat badan lebih

Definisi : akumulasi lemak berlebihan atau abnormal yang tidak sesuai dengan usia dan jenis kelamin.

Penyebab : kurang aktifitas fisik harian, kelebihan konsumsi gula, gangguan kebiasaan makan, gangguan persepsi makan, kelebihan konsumsi alkohol, penggunaan energi kurang dari asupan, sering mengemil, sering makan makan berminyak/berlemak, faktor keturunan, berat badan bertambah cepat.

Kriteria mayor : subjektif : - . Objektif : $IMT >25 \text{ kg/m}^2$ (pada dewasa) atau berat badan dan tinggi badan lebih dari presentil 95 (pada anak <2 tahun) atau IMT pada presentil ke 85-95 (pada anak 2-18 tahun).

Kriteria minor : subjektif : - . Objektif : tebal lipatan kulit trisep > 25 mm.

Kondisi klinis terkait : gangguan genetik, faktor keturunan, hipotiroid, diabetes melitus maternal.

f) Obesitas

Definisi : akumulasi lemak berlebihan atau abnormal yang tidak sesuai dengan usia dan jenis kelamin serta melampaui kondisi berat badan lebih (overweight).

Penyebab : kurang aktifitas fisik harian, kelebihan konsumsi gula, gangguan kebiasaan makan, gangguan persepsi makan, kelebihan konsumsi alkohol, penggunaan energi kurang dari asupan, sering mengemil, sering makan makan berminyak/ berlemak, faktor keturunan, berat badan bertambah cepat.

Kriteria mayor : subjektif : -. Objektif : IMT >27 kg/m² (pada dewasa) atau lebih dari presentil ke 95 untuk usia dan jenis kelamin (pada anak), tebal lipatan kulit trisep >25 mm.

Kriteria minor : subjektif : - . Objektif : tebal lipatan kulit trisep > 25 mm.

Kondisi klinis terkait: gangguan genetik, faktor keturunan, hipotiroid, diabetes melitus maternal.

g) Intoleransi aktivitas

Definisi : ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Penyebab : ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, gaya hidup monoton.

Kriteria mayor : subjektif : mengeluh lelah. Objektif : frekuensi jantung meningkat > 20% dari kondisi istirahat.

Kriteria minor : subjektif : dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lelah. Objektif : tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.

Kondisi klinis terkait : anemia, gagal jantung kongestif, penyakit jantung koroner, penyakit katup jantung, aritmia, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), gangguan metabolik, gangguan muskuloskeletal.

3. Rencana Keperawatan

Intervensi pada penderita DM berdasarkan (SDKI, SLKI & SIKI) sebagai berikut

a. DX I : Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Data subjektif : mengantuk, pusing, lelah atau lesu.

Data objektif : gangguan koordinasi, kadar glukosa dalam darah/urin rendah, kadar glukosa dalam darah/urin tinggi.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah ketidakstabilan glukosa dalam darah dapat teratasi dengan kriteria hasil : mengantuk menurun, pusing menurun, lelah/lesu menurun, keluhan lapar menurun, berkeringat menurun, rasa haus menurun, kadar glukosa dalam darah membaik (5).

Intervensi Utama :

1.) Manajemen hiperglikemia

Observasi

- (a) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
- (b) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kambuhan)
- (c) Monitor kadar gula darah
- (d) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)

- (e) Monitor intake dan output cairan
- (f) Monitor keton urin, kadar analisa darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi.

Terapeutik

- (a) Berikan asupan cairan oral
- (b) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk
- (c) Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik

Edukasi

- (a) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL
- (b) Anjurkan monitor kadar glukosa dalam darah secara mandiri
- (c) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
- (d) Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu
- (e) Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan)

Kolaborasi

- (a) Kolaborasi pemberian insulin
- (b) Kolaborasi pemberian cairan IV
- (c) Kolaborasi pemberian kalium

2.) Manajemen hipoglikemia

Observasi

- (a) Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia
- (b) Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia

Terapeutik

- (a) Berikan karbohidrat sederhana, jika perlu
- (b) Berikan glukagon jika perlu
- (c) Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet
- (d) Pertahankan kepatenan jalan napas
- (e) Pertahankan akses IV, jika perlu
- (f) Hubungi layanan medis darurat, jika perlu

Edukasi

- (a) Anjurkan membawa karbohidrat sederhana setiap saat
- (b) Anjurkan memakai identitas darurat yang tepat
- (c) Anjurkan monitor kadar glukosa darah
- (d) Anjurkan berdiskusi dengan tim perawat diabetes tentang penyesuaian program pengobatan
- (e) Jelaskan interaksi antara diet, insulin/agen, dan olahraga
- (f) Ajarkan pengelolaan hipoglikemia (mis. Tanda dan gejala, faktor resiko dan pengobatan)
- (g) Ajarkan perawat mandiri untuk mencegah hipoglikemia (mis. Mengurangi insulin/agen, oral dan/atau meningkatkan asupan makanan untuk berolahraga).

Kolaborasi

- (a) Kolaborasi pemberian dekstrose, jika perlu
- (b) Kolaborasi pemberian glukagon, jika perlu

Intervensi pendukung:

- 1) Edukasi diet

Observasi

- (a) Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi
- (b) Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini
- (c) Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu
- (d) Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan
- (e) Identifikasi keterbatasan finansial untuk menyediakan makanan

Terapeutik

- (a) Persiapan materi dan alat peraga
- (b) Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan
- (c) Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya
- (d) Sediakan rencana makanan tertulis, jika perlu

Edukasi

- (1) Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan
- (2) Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang

- (3) Informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, jika perlu
 - (4) Anjurkan pertahankan posisi semi fowler (30-45⁰) 20 sampai 30 menit setelah makan. Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan.
 - (5) Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi
 - (6) Ajarkan cara membaca label dan memilih makanan yang sesuai
 - (7) Ajarkan cara merencanakan makanan yang sesuai program
 - (8) Rekomendasikan resep makanan yang sesuai diet, jika perlu
- Kolaborasi
- (a) Rujukan ke ahli gizi dan sertakan keluarga, jika perlu

2) Edukasi kesehatan

Observasi

- (1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- (2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Terapeutik

- (1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- (2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- (3) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- (1) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

- (2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- (3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

3) Edukasi latihan fisik

Observasi

- (1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Terapeutik

- (1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- (2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- (3) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- (1) Jelaskan manfaat kesehatan dan efek fisiologis olahraga
- (2) Jelaskan jenis olahraga yang sesuai dengan kondisi kesehatan
- (3) Jelaskan frekuensi, durasi dan intensitas program latihan yang diinginkan
- (4) Ajarkan latihan pemanasan dan pendinginan yang tepat
- (5) Ajarkan teknik menghindari cedera saat berolahraga
- (6) Ajarkan teknik pemanasan yang tepat untuk memaksimalkan penyerapan oksigen selama latihan fisik

b. Diagnosa II : Hipovolemia

Data subjektif : desakan berkemih (urgensi), urin menetes (dribbling), sering buang air kecil, nokturia, mengompol, enuresis.

Data Objektif : frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan darah menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, berat badan tiba-tiba menurun.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah hipovolemia teratasi dengan

Kriteria hasil : turgor kulit meningkat, output urine meningkat, edema anasarka meurun, edema perifer menurun , keluhan haus menurun, kadar Hb & Ht membaik, intake cairan membaik

Intervensi Utama :

1) Manajemen hipovolemia

Observasi

(a) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgorkulit menurun, membran mukosa kering, volume urine maningkat, haus, lemah)

- (b) Monitor intake dan output cairan

Terapeutik

- (a) Hitung kebutuhan cairan
- (b) Berikan posisi modified trendelenburg
- (c) Berikan asupan cairan oral

Edukasi

- (a) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- (b) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

Kolaborasi

- (c) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. RL)
- (d) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. NaCl)
- (e) Kolaborasi cairan koloid (mis. Albumin, plasmanate)
- (f) Kolaborasi pemberian produk darah

2) Manajemen shock hipovolemia

Observasi

- (a) Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah, *mean arterial pressure* (MAP))
- (b) Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, analisa gas darah (AGD))
- (c) Monitor status cairan (haularan, turgor kulit, *cardiac resynchronizaton therapy* (CRT))
- (d) Periksa tingkat kesadaran dan respon pupil

- (e) Periksa seluruh permukaan tubuh terhadap adanya DOTS (*Deformitty/Deformitas, Open Wound/luka terbuka, Tenderness/Nyeri Tekan, Swelling/bengkak.*

Terapeutik

- (a) Pertahankan jalan napas paten
- (b) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%
- (c) Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu
- (d) Lakukan penekanan langsung (*Drect Pressure*) pada pendarahan ekstra
- (e) Pasang jalur IV berukuran besar (mis. No 14 atau 16)
- (f) Pasang kateter urin untuk menilai kondisi urin
- (g) Pasang selang nasogastrik untuk dekompresi lambung
- (h) Ambil sampel darah untuk pemeriksaan lengkap dan elektrolit

Kolaborasi

- (a) Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 1 sampai 2 liter pada dewasa
- (b) Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 20 ml/kgBB pada anak
- (c) Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu

Intervensi pendukung :

- 1) Manajemen Shok

Observasi

- (a) Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP)
- (b) Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD)
- (c) Monitor status cairan (haularan, turgor kulit, CRT)
- (d) Periksa tingkat kesadaran dan respon pupil
- (e) Periksa seluruh permukaan tubuh terhadap adanya DOTS (*Deformitty/Deformitas*, *Open Wound/luka* terbuka, *Tenderness/Nyeri Tekan*, *Swelling/bengkak*).

Terapeutik

- (a) Pertahankan jalan napas paten
- (b) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%
- (c) Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu
- (d) Lakukan penekanan langsung (*Drect Pressure*) pada pendarahan ekstra
- (e) Pasang jalur IV berukuran besar (mis. No 14 atau 16)
- (f) Pasang kateter urin untuk menilai kondisi urin
- (g) Pasang selang nasogastrik untuk dekompresi lambung
- (h) Ambil sampel darah untuk pemeriksaan lengkap dan elektrolit

Kolaborasi

- (a) Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 1 sampai 2 liter pada dewasa
- (b) Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 20 ml/kgBB pada anak
- (c) Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu

2) Pemantauan Cairan

Observasi

- (a) Monitor frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah dan berat badan
- (b) Monitor waktu pengisian kapiler
- (c) Monitor elastisitas atau turgor kulit
- (d) Monitor jumlah, warna dan berat jenis urin
- (e) Monitor kadar albumin dan protein total
- (f) Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. Osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, dan BUN)
- (g) Monitor intake dan output cairan
- (h) Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat)

- (i) Identifikasi faktor resiko ketidakseimbangan cairan (mis. Prosedur pembedahan mayor, trauma/pendarahan, luka bakar, aferesis, obstruksi intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal)

Terapeutik

- (a) Atur interval waktu pemantauan sesuai kondisi pasien
- (b) Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

- (a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- (b) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

3) Pemantauan elektrolit

Observasi

- (a) Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit
- (b) Monitor kadar elektrolit serum
- (c) Monitor mual muntah dan diare
- (d) Monitor kehilangan cairan jika perlu
- (e) Monitor tanda dan gejala hipokalemia (mis. Kelemahan otot, interval QT memanjang, gelombang T datar atau terbalik, depresi segmen ST, gelombang U, kelelahan, parastesia, penurunan refleks, anoreksia, konstipasi, motilitas usus menurun, pusing, depresi pernapasan)

- (f) Monitor tanda dan gejala hiperkalemia (mis. Peka rangsang, gelisah, mual muntah, takikardia mengarah ke brakikardia, fibrilasi/takikardia ventrikel, gelombang T tinggi, gelombang P datar, kompleks QRS tumpul, blok jantung mengarah sistol)

Terapeutik

- (a) Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
- (b) Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

- (a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- (b) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

c. Diagnosa III : Resiko ketidakseimbangan cairan

Data subjektif : -

Data objektif : -

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah intoleransi aktifitas teratasi dengan

Kriteria hasil: asupan cairan meningkat, kelembaban membran mukosa meningkat, edema menurun, dehidrasi menurun, tekanan darah membaik, membran mukosa membaik, mata cekung membaik, turgor kulit membaik.

Intervensi utama :

- 1) Manajemen cairan

Observasi

- (a) Monitor status hidrasi (mis. Frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah)
- (b) Monitor berat badan harian
- (c) Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis
- (d) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. Hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urin, BUN)
- (e) Monitor status hemodinamik (mis. MAP, CVP, PAP, PCWP *jika perlu*)

Terapeutik

- (a) Catat *intake-output* dan hitung balans cairan 24 jam
- (b) Berikan asupan cairan, *sesuai kebutuhan*
- (c) Berikan cairan intravena, *jika perlu*

Kolaborasi

- (a) Kolaborasi pemberian diuretik, *jika perlu*

2) Pemantauan Cairan

Observasi

- (a) Monitor frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah dan berat badan
- (b) Monitor waktu pengisian kapiler
- (c) Monitor elastisitas atau turgor kulit
- (d) Monitor jumlah, warna dan berat jenis urin

- (e) Monitor kadar albumin dan protein total
- (f) Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. Osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, dan BUN)
- (g) Monitor intake dan output cairan
- (h) Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat)
- (i) Identifikasi faktor resiko ketidakseimbangan cairan (mis. Prosedur pembedahan mayor, trauma/pendarahan, luka bakar, aferesis, obstruksi intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal)

Terapeutik

- (a) Atur interval waktu pemantauan sesuai kondisi pasien
- (b) Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

- (a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- (b) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

Intervensi pendukung:

1) Pemantauan tanda vital

Observasi

- (a) Monitor tekanan darah

- (b) Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama)
- (c) Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman)
- (d) Monitor suhu tubuh
- (e) Monitor oksimetri nadi,
- (f) Monitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)
- (g) Identifikasi penyebab perubahan tanda vital

Terapeutik

- (a) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien
- (b) Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

- (a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- (b) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

2) Inseri intravena

Observasi

- (a) Identifikasi vena yang diinsersi
- (b) Identifikasi masalah pembekuan darah atau konsumsi obat yang mempengaruhi pembekuan darah

Terapeutik

- (a) Atur posisi senyaman mungkin
- (b) Pertimbangkan faktor pemilihan pembuluh darah vena (mis. Usia, tujuan inseri vena, pembuluh darah lurus, jauh dari persendian, kondisi ekstermitas)

- (c) Hindari pemilihan lokasi yang terdapat vaskula dan shunt arteriovenosa atau kontraindikasi (mis. Limfedema, mastektomi, limfektomi)
- (d) Pilih jenis jarum yang sesuai berdasarkan tujuan
- (e) Berikan analgesia topikal, jika perlu
- (f) Pasang torniket 3- 4 inci diatas tempat tusukan
- (g) Bersihkan area dengan desinfektan
- (h) Masukkan jarum sesuai prosedur, gunakan jarum dengan fitur pencegahan cedera
- (i) Tentukan penempatan yang benar dengan mengamati darah diruangan flash atau dalam tabung,
- (j) Buka torniket sesegera mungkin
- (k) Pastikan plester jarum terpasang dengan aman
- (l) Sambungkan kateter intravena ke tabung infus
- (m) Berikan plester transparan di tempat kanulasi IV, jika perlu
- (n) Berikan label IV dengan tanggal dan waktu
- (o) Pertahankan kewaspadaan universal

Edukasi

- (a) Jelaskan prosedur dan tujuan pada pasien
- (b) Anjurkan tidak menggerakkan tubuh saat dilakukan insersi
- (c) Anjurkan membuka dan menutup tangan beberapa kali, jika perlu

- (d) Anjurkan orang tua untuk memegang dan menghibur pada anak, jika perlu

3) Pemantauan elektrolit

Observasi

- (a) Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit
- (b) Monitor kadar elektrolit serum
- (c) Monitor mual muntah dan diare
- (d) Monitor kehilangan cairan jika perlu
- (e) Monitor tanda dan gejala hipokalemia (mis. Kelemahan otot, interval QT memanjang, gelombang T datar atau terbalik, depresi segmen ST, gelombang U, kelelahan, parastesia, penurunan refleks, anoreksia, konstipasi, motilitas usus menurun, pusing, depresi pernapasan)
- (f) Monitor tanda dan gejala hiperkalemia (mis. Peka rangsang, gelisah, mual muntah, takikardia mengarah ke brakikardia, fibrilasi/takikardia ventrikel, gelombang T tinggi, gelombang P datar, kompleks QRS tumpul, blok jantung mengarah sistol)

Terapeutik

- (a) Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
- (b) Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

- (a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- (b) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

d. Diagnosa IV : Gangguan Eliminasi Urin

Data subjektif : desakan berkemih (urgensi), urin menetes (dribbling), sering buang air kecil, nokturia, mengompol, enuresis.

Data objektif : distensi kandung kemih, berkemih tidak tuntas (hesitancy), volume residu urin meningkat.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah gangguan eliminasi urin teratasi dengan

kriteria hasil : sensasi berkemih meningkat, distensi kandung kemih menurun, disuria menurun, anuria menurun, frekuensi BAK membaik, karakteristik urine membaik

Intervensi utama :

1) Dukungan perawatan diri: BAB/BAK

Observasi

- (a) Identifikasi kebutuhan BAB/BAK sesuai usia
- (b) Monitor integritas kulit pasien

Terapeutik

- (a) Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi

- (b) Dukungan penggunaan toilet/commode/pispot/urinal secara konsisten
- (c) Jaga privasi selama eliminasi
- (d) Ganti pakaian klien setelah eliminasi, *jika perlu*
- (e) Bersihkan alat bantu BAB/BAK setelah digunakan
- (f) Latih BAB/BAK sesuai jadwal, *jika perlu*
- (g) Sediakan alat bantu (mis. Kateter eksternal, urinal), *jika perlu*

Edukasi

- (a) Anjurkan BAK/BAB secara rutin
- (b) Anjurkan kamar mandi/toilet, *jika perlu*

2) Manajemen eliminasi urine

Observasi

- (a) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontenensia urin
- (b) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontenensia urin
- (c) Monitor eliminasi urin (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)

Terapeutik

- (a) Catat waktu-waktu dan haluan berkemih
- (b) Batasi asupan cairan
- (c) Ambil sampel urin tengah (midstream) atau kultur

Edukasi

- (a) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih
- (b) Ajarkan mengukur asupan cairan dan halusinasi urin
- (c) Ajarkan mengambil spesimen urine midstream
- (d) Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih
- (e) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemih
- (f) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi
- (g) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur

Kolaborasi

- (a) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu

Intervensi dukungan :

1) Manajemen cairan

Observasi

- (a) Monitor status hidrasi (mis. Frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah)
- (b) Monitor berat badan harian
- (c) Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis
- (d) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. Hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urin, BUN)

- (e) Monitor status hemodinamik (mis. MAP, CVP, PAP, PCWP *jika perlu*)

Terapeutik

- (a) Catat *intake-output* dan hitung balans cairan 24 jam
- (b) Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan
- (c) Berikan cairan intravena, jika perlu

Kolaborasi

- (a) Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu

2) Kateterisasi urin

Observasi

- (a) Periksa kondisi pasien (mis. kesadaran, tanda-tanda vital, area perineum, distensi kandung kemih, inkontinensia urin, refleks berkemih)

Terapeutik

- (a) Siapkan peralatan bahan-bahan dan ruangan tindakan
- (b) Siapkan pasien: bebaskan pakaian bawah dan posisikan dorsal rekumben (untuk wanita) dan supine (untuk laki-laki)
- (c) Pasang sarung tangan selanjutnya bersihkan daerah perineum dan prepusium dengan cairan NaCl atau aquades
- (d) Lakukan insersi kateter urine dengan menerapkan prinsip aseptik
- (e) Sambung kateter urin dengan urin bag

- (f) Isi balon dengan NaCl 0,9% sesuai anjuran publik
- (g) Fiksasi selang kateter diatas limpisis atau di paha
- (h) Pastikan kantong urin ditempatkan lebih rendah dari kantong kemih
- (i) Berikan label pada waktu pemasangan

Edukasi

- (a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemasangan kateter urin
- (b) Anjurkan menahan napas saat insersi selang kateter

e. Diagnosa V : Berat Badan Lebih

Data subjektif : -

Data objektif : IMT > 25 kg/m (pada dewasa) atau berat dan tinggi badan lebih dari persentil 95 (pada anak <2 tahun) atau IMT pada pesentil ke 85-95 (pada anak 2-18 tahun), tebal lipatan kulit trisep >25 mm.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah berat badan lebih dapat teratasi dengan

kriteria hasil : berat badan membaik, tebal lipatan kulit mambaik, indeks massa tubuh membaik

Intervensi utama :

1) Konseling nutrisi

Observasi

- (a) Identifikasi kebiasaan makan dan perilaku makan yang akan diubah

- (b) Identifikasi kemajuan modifikasi diet secara reguler
- (c) Monitor intake dan output cairan, nilai hemoglobin, tekanan darah, kenaikan berat badan, dan kebiasaan membeli makanan

Terapeutik

- (a) Bina hubungan terapeutik
- (b) Sepakati lama waktu pemberian kondeling
- (c) Tetapkan tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang realistis
- (d) Gunakan standar nutrisi sesuai program diet dalam mengevaluasi kecukupan asupan makanan
- (e) Pertimbangkan faktor-faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan gizi (mis. Usia, tahap pertumbuhan dan perkembangan, penyakit)

Edukasi

- (a) Informasikan perlunya modifikasi diet (mis. Penurunan atau penambahan berat badan pembatasan natrium atau cairan, pengurangan kolesterol)
- (b) Jelaskan program gizi dan persepsi pasien terhadap diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- (a) Rujuk pada ahli gizi, *jika perlu*

2) Manajemen berat badan

Observasi

- (a) Hitung berat badan ideal pasien
- (b) Hitung persentase lemak dan otot pasien
- (c) Fasilitasi menentukan target berat badan yang realistis

Edukasi

- (a) Jelaskan hubungan antara asupan makanan, aktivitas fisik, penambahan berat badan dan penurunan berat badan
- (b) Jelaskan faktor resiko berat badan lebih dan berat badan kurang
- (c) Anjurkan mencatat berat badan setiap minggu, jika perlu
- (d) Anjurkan melakukan pencatatan asupan makan, aktifitas fisik dan perubahan berat badan

Intervensi pendukung :

1) Edukasi diet

Observasi

- (a) Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi
- (b) Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini
- (c) Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu
- (d) Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan

- (e) Identifikasi keterbatasan finansial untuk menyediakan makanan

Terapeutik

- (a) Persiapan materi dan alat peraga
- (b) Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan
- (c) Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya
- (d) Sediakan rencana makanan tertulis, jika perlu

Edukasi

- (a) Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan
- (b) Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang
- (c) Informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, jika perlu
- (d) Anjurkan pertahankan posisi semi fowler ($30-45^0$) 20 sampai 30 menit setelah makan. Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan.
- (e) Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi
- (f) Ajarkan cara membaca label dan memilih makanan yang sesuai
- (g) Ajarkan cara merencanakan makanan yang sesuai program
- (h) Rekomendasikan resep makanan yang sesuai diet, jika perlu

Kolaborasi

- (a) Rujukan ke ahli gizi dan sertakan keluarga, jika perlu

2) Manajemen nutrisi

Observasi

- (a) Identifikasi status nutrisi
- (b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- (c) Identifikasi makanan yang disukai
- (d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
- (e) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastro
- (f) Monitor asupan makanan
- (g) Monitor berat badan
- (h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

- (a) Lakukan oral hygiene sebelum makan
- (b) Fasilitasi melakukan pedoman diet (mis. piramida makanan)
- (c) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- (d) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- (e) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- (f) Berikan suplemen makanan, jika perlu
- (g) Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastri jika asupan oral ditoleransi

Edukasi

- (a) Anjurkan posisi duduk jika mampu
- (b) Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- (a) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antimetik)
- (b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan

f. Diagnosa VI : Obesitas

Data subjektif : -

Data objektif : IMT > 27 kg/m (pada dewasa) atau lebih dari persentil ke 95 untuk usia dan jenis kelamin (pada anak), tebal lipatan kulit trisep >25 mm.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah obesitas teratasi dengan

kriteria hasil : berat badan membaik, tebal lipatan kulit membaik, indeks massa tubuh membaik

Intervensi utama :

- 1) Edukasi berat badan efektif

Observasi

- (a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan klien menerima informasi
- (b)

Terapeutik

- (a) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- (b) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- (c) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- (a) Jelaskan hubungan asupan makanan, latihan, peningkatan dan penurunan berat badan
- (b) Jelaskan kondisi medis yang dapat mempengaruhi berat badan
- (c) Jelaskan resiko kondisi kegemukan (overweight) dan kurus (underweight)
- (d) Jelaskan kebiasaan, tradisi dan budaya, serta faktor genetik yang mempengaruhi berat badan
- (e) Ajarkan cara mengelola berat badan secara efektif

2) Manajemen berat badan

Observasi

- (a) Identifikasi kondisi kesehatan pasien yang dapat mempengaruhi berat badan

Terapeutik

- (a) Hitung berat badan ideal pasien
- (b) Hitung persentase lemak dan otot pasien
- (c) Fasilitasi menentukan target berat badan yang realistis

Edukasi

- (a) Jelaskan hubungan antara asupan makanan, latihan, peningkatan dan penurunan berat badan
- (b) Jelaskan kondisi medis yang dapat mempengaruhi berat badan
- (c) Jelaskan resiko kondisi kegemukan (overweight) atau kurus (underweighg)
- (d) Jelaskan kebiasaan, tradisi dan budaya, serta faktor genetik yang mempengaruhi berat badan
- (e) Ajarkan cara mengelola berat badan secara efektif

Intervensi pendukung :

1) Edukasi diet

Observasi

- (a) Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi
- (b) Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini
- (c) Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu
- (d) Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan
- (e) Identifikasi keterbatasan finansial untuk menyediakan makanan

Terapeutik

- (a) Persiapan materi dan alat peraga

- (b) Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan
- (c) Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya
- (d) Sediakan rencana makanan tertulis, jika perlu

Edukasi

- (a) Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan
- (b) Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang
- (c) Informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, jika perlu
- (d) Anjurkan pertahankan posisi semi fowler ($30-45^0$) 20 sampai 30 menit setelah makan. Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan.
- (e) Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi
- (f) Ajarkan cara membaca label dan memilih makanan yang sesuai
- (g) Ajarkan cara merencanakan makanan yang sesuai program
- (h) Rekomendasikan resep makanan yang sesuai diet, jika perlu

Kolaborasi

- (a) Rujukan ke ahli gizi dan sertakan keluarga, jika perlu

2) Manajemen nutrisi

Observasi

- (a) Identifikasi status nutrisi

- (b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- (c) Identifikasi makanan yang disukai
- (d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
- (e) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastro
- (f) Monitor asupan makanan
- (g) Monitor berat badan
- (h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

- (a) Lakukan oral hygiene sebelum makan
- (b) Fasilitasi melakukan pedoman diet (mis. piramida makanan)
- (c) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- (d) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- (e) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- (f) Berikan suplemen makanan, jika perlu
- (g) Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastri jika asupan oral ditoleransi

Edukasi

- (a) Anjurkan posisi duduk jika mampu
- (b) Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- (a) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antimetik)

(b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan

g. Diagnosa VII : Intoleransi Aktivitas

Data subjektif : mengeluh lelah, dispnea saat/setelah aktifitas, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, merasa lemah.

Data objektif : frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambar EKG menunjukkan aritmia saat/setelah beraktifitas, sianosis.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah intoleransi aktifitas teratasi dengan

kriteria hasil : frekuensi nadi menikat, saturasi oksigen meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas dan setelah aktivitas menurun, frekuensi napas membaik,

Intervensi Utama:

1) Manajemen energi

Obserfasi

(a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

(b) Monitor kelelahan fisik dan emosional

(c) Monitir pola dan jam tidur

- (d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas

Terapeutik

- (a) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)
- (b) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
- (c) Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan
- (d) Fasilitasi duduk ditempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi

- (a) Anjurkan tirah baring
- (b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- (c) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- (d) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Kolaborasi

- (a) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

2) Terapi aktifitas

Observasi

- (a) Identifikasi defisit tingkat aktifitas
- (b) Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktifitas tertentu

- (c) Identifikasi sumberdaya untuk aktifitas yang diinginkan
- (d) Identifikasi makna aktifitas rutin (mis. bekerja) dan waktu luang
- (e) Monitor respon emosional, fisi, sosial, dan spriritual tentang aktifitas

Terapeutik

- (a) Fasilitasi fokus pada kemampuan bukan defisit yang dialami
- (b) Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas
- (c) Koordinasikan pemilihan aktifitas sesuai usia
- (d) Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih
- (e) Fasilitasi aktivitas rutin (mis. ambulasi, mobilisasi dan perawatan diri)
- (f) Libatkan dalam permainan kelompok tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif
- (g) Libatkan keluarga dalam aktivitas
- (h) Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari
- (i) Berikan penguatan positif atau partisipasi dalam aktivitas

Edukasi

- (a) Jelaskan metode aktifitas fisik sehari-hari
- (b) Ajarkan cara melakukan aktivitas fisik yang dipilih
- (c) Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan

- (d) Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi
- (e) Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas

Kolaborasi

- (a) Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas
- (b) Rujuk pada pusata atau program aktivitas komunitas

Intervensi pendukung :

1) Edukasi latihan fisik

Observasi

- (a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Terapeutik

- (a) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- (b) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- (c) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- (a) Jelaskan manfaat kesehatan dan efek fisiologis olahraga
- (b) Jelaskan jenis olahraga yang sesuai dengan kondisi kesehatan
- (c) Jelaskan frekuensi, durasi dan intensitas program latihan yang diinginkan
- (d) Ajarkan latihan pemanasan dan pendinginan yang tepat
- (e) Ajarkan teknik menghindari cedera saat berolahraga

- (f) Ajarkan teknik pemanasan yang tepat untuk memaksimalkan penyerapan oksigen selama latihan fisik

2) Dukungan Tidur

Observasi

- (a) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- (b) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)
- (c) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makanan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
- (d) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

Terapeutik

- (a) Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)
- (b) Batasi waktu tidur siang, jika perlu
- (c) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi dan terapi akupresure)
- (d) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang sirkulasi tidur

Edukasi

- (a) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
- (b) Anjurkan menempati kebiasaan waktu tidur

- (c) Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur
- (d) Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
- (e) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berupa shift bekerja)
- (f) Ajarkan merileksasi autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi, status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017)

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian

proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain.
(Dinarti & Mulyanti, 2017)

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan/Desain Studi Kasus

Jenis penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Metode penelitian deskriptif merupakan suatu metode yang memiliki tujuan dengan memberikan gambaran situasi atau fenomena secara jelas dan rinci tentang apa yang terjadi (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pada klien dengan masalah diabetes melitus (DM).

B. Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini adalah individu dengan masalah komprehensif dan holistik dengan masalah diabetes melitus (DM) di RSUD Ende

C. Batasan Istilah

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No.	Pernyataan	Definisi Operasional
1.	Asuhan keperawatan	Suatu bentuk pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan meliputi kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual yang diberikan langsung kepada klien.
2.	Diabetes Melitus (DM)	Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit yang ditandai dengan meningkatnya kadar glukosa dalam darah (hiperglikemia) dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang dihubungkan dengan kekurangan secara absolut atau relatif dari kerja atau sekresi insulin.

D. Lokasi Dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Ende di Ruang Penyakit Dalam kelas III mulai dari tanggal 15-17 juli2023

E. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan studi kasus dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing studi kasus maka studi kasus dilanjutkan dengan *Informed consent* (persetujuan menjadi partisipan) setelah disetujui oleh partisipan dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data studi kasus berupa hasil pengukuran, observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, pelaksanaan tindakan dan studi dokumentasi terhadap kasus yang dijadikan subjek studi kasus.

F. Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu :

1. Wawancara

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

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi pada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh peneliti dalam mendukung penulisan tugas akhir, observasi dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik kepada pasien dengan prinsip head to toe dan hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi, dengan menggunakan instrument seperti stetoskop, tensi meter, thermometer.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan mendapatkan data-data laporan dan informasi dari tenaga kesehatan rumah sakit umum Daerah Ende.

G. Instrumen Pengumpul Data

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

H. Keabsahan Data

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

1. Data Primer

Sumber data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya meliputi, biodata klien, biodata penanggung jawab, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan terdahulu, riwayat kesehatan keluarga,

riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien (keluarga), yaitu istri dan keluarga yang mengerti dan dekat dengan klien meliputi riwayat penyakit keluarga, peran keluarga dalam perawatan pasien di rumah dan di laporkan ke petugas kesehatan.

I. Analisis Data

Analisa data yang dikumpulkan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data-data berupa data kesehatan dan data keperawatan yang kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah diklasifikasikan, data-data tersebut kemudian dianalisis untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien. Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang akan diatasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan diimplementasikan kepada pasien. Setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi ditampilkan dalam bentuk naratif, kemudian dianalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada pasien dengan Diabetes Melitus (DM).

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran lokasi studi kasus

Rumah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende merupakan RS tipe C milik pemerintah kabupaten Ende dengan kapasitas 111 tempat tidur yang terdiri dari, Ruang Penyakit Dalam (RPD) 32 tempat tidur, Ruang Penyakit Bedah (RPB) 16 tempat tidur, Ruang Penyakit Anak (RPA) 20 tempat tidur, Ruang Kebidanan dan Kandungan (RKK) 11 tempat tidur, Ruang Intensive Care Unit (ICU) 5 tempat tidur, Ruang Perawatan Khusus (RPK) 7 tempat tidur, Ruang Perinatal 10 tempat tidur dan Ruang Pavilium 4 tempat tidur. RSUD Ende mempunyai satu ruangan rawat inap yang dikhususkan merawat pasien dengan penyakit menular (Ruang Perawatan Khusus), dengan alokasi 7 tempat tidur. Kapasitas tempat tidur menurut kelas perawatannya sebagai berikut : kelas I 27 tempat tidur, kelas II 22 tempat tidur, kelas III 48 tempat tidur, VIP 14 tempat tidur dan Pavilium 4 tempat tidur.

Sebagai salah satu pelayanan kesehatan, RSUD Ende telah melengkapi diri dengan berbagai fasilitas pelayanan seperti : Instalasi rawat jalan, Instalasi rawat inap, Instalasi rawat darurat, Unit penunjang medis dan Unit penunjang non medis. Instalasi rawat jalan terdiri dari Poli penyakit dalam, Poli bedah, Poli kandungan, Poli anak, Poli gigi, dan

Poli fisioterapi. Instalasi rawat inap terdiri dari Ruang penyakit dalam, Ruang rawat penyakit bedah, Ruang rawat penyakit kandungan, dan Kebidanan, Ruang rawat penyakit anak, Ruang rawat perinatal, Ruang Rawat Intensif (ICU), Ruang rawat paviliun, Ruang perawatan khusus.

Unit penunjang medis terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, kamar bedah, kamar bersalin, elektromedis dan fisiotherapi. Sedangkan unit penunjang non medis terdiri dari bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian keperawatan, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPRS) unit kamar jenazah, dapur, bilik basuh, sentral oxygen, dan sistem informasi manajemen rumah sakit.

2. Pengkajian

a. Pengumpulan data

1. Identitas

a. Identitas pasien

Nama	: Tn. Y.R.M
Umur	: 62 tahun
Agama	: Katolik
jenis Kelamin	: Laki-laki
Status	: Sudah menikah
Pendidikan	: STM
Pekerjaan	: Swasta
Suku Bangsa	: Indonesia
Alamat	: Jln. Prof. Yohanes

Tanggal Masuk : 15 juni 2023

Tanggal Pengkajian : 15 juni 2023

No. Register : 08 51 23

Diagnosa Medis : Diabetes tipe II komplikasi CKD

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. M.D

Umur : 59 tahun

Hub. Dengan Pasien : Istri

Pekerjaan : Swasta

Alamat : Jln. Prof. Yohanes

2. Status Kesehatan

a) Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan Utama

Klien mengatakan sesak napas

2) Riwayat Keluhan Utama

Klien mengatakan batuk berdahak, sakit kepala, dan mual muntah sejak 12 juni 2023. Pada tanggal 15 juni 2023 klien masuk RS dengan keluhan sesak napas, batuk, mual, muntah dan lemah

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Klien mengatakan sudah merasakan sesak napas sehingga keluarga memutuskan untuk membawa klien ke RSUD Ende

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga mengatakan sebelum kerumah sakit upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah pasien yaitu dengan memberi minum obat yang didapat saat kontrol di RS dan menggosok perut klien dengan minyak kayu putih

b) Status Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit DM dan Hipertensi sejak umur >30

2) Pernah dirawat

Klien mengatakan sudah 4 kali dirawat di RS. Terakhir dirawat 24 april 2023 dengan masalah Hipertensi dan Diabetes

3) Alergi

Klien mengatakan saat periksa di RS klien alergi obat antibiotik namun klien tidak mengetahui jenis obatnya

4) Kebiasaan (merokok/kopi/alkohol dll)

Klien mengatakan tidak merokok, minum alkohol dan kopi

c) Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita Diabetes maupun Hipertensi

d) Diagnosa Medis dan therapy yang didapat sebelumnya

Klien mengatakan pernah dirawat dengan diagnosa medis

Diabetes melitus dan Hipertensi dan melakukan perawatan di RS

3. Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-psiko-sosio-kultural-spiritual)

a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Kebiasaan sehari-hari: klien mengatakan kesehatan merupakan hal yang sangat penting dan paling utama, jika ada keluarga yang sakit langsung dibawa ke rumah sakit atau pusat pelayanan kesehatan terdekat. Keadaan saat ini: Klien mengatakan merasa terganggu dengan sakit yang dialami dan ingin cepat-cepat sembuh agar bisa beraktifitas lagi

b. Pola Nutrisi-Metabolik

1) Sebelum sakit

Klien mengatakan kebiasaan makan sebelum sakit : makan 3x sehari, porsi banyak dengan menu nasi, ikan, telur, tempe, tahu, sayur-sayuran dan daging, klien tidak mempunyai alergi terhadap makanan, klien minum air putih sekitar 8-10 gelas sedang (± 2.250 cc) per hari.

2) Saat sakit :

Klien mengatakan hanya mengonsumsi bubur, porsi yang dihabiskan sedikit sekitar 10 sendok makan karena tidak ada nafsu makan, minum air terbatas karena kondisi penyakit yg dialami klien sekitar 3-4 gelas sedang (± 750 cc).

c. Pola Eliminasi

(1) BAB

(a) Sebelum sakit :

Klien mengatakan sebelum sakit BAB 1-2x sehari, konsistensi padat, warna kuning, bau khas feses

(b) Saat sakit :

Klien mengatakan mulai dari 3 hari sejak klien masih dirumah sampai masuk hari pertama di RS klien sulit BAB namun pada hari kedua klien di RS klien sudah bisa BAB.

(2) BAK

(a) Sebelum sakit:

Klien mengatakan BAK lancar 3-4x sehari, warna kuning jernih, bau pesing, memiliki kebiasaan sering BAK dimalam hari

(b) Saat sakit :

Klien mengatakan BAK 1-2x sehari, sering BAK dimalam hari.

d. Pola aktivitas dan latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan dan minum			✓		
Mandi			✓		
Toileting			✓		
Berpakaian			✓		
Berpindah			✓		

(1) Aktifitas

Ket : pasien melakukan semua aktifitasnya dengan dibantu orang lain (0: mandiri, 1: Alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total)

(2) Latihan

(a) Sebelum sakit

Klien mengatakan kerja dan melakukan aktifitasnya sehari-hari secara mandiri

(b) Saat sakit klien mengatakan merasa lemah sehingga tidak dapat melakukan aktifitasnya secara mandiri

e. Pola kognitif dan Persepsi

Klien mengatakan kebiasaan sehari-hari klien dapat melihat dengan jelas dan mencium bau-bauan, mendengar dengan baik, dan indra perabanya berfungsi dengan baik. saat ini klien mengatakann tidak ada masalah pada indra penglihatan, perabaan, penciuman, dan pendengaran.

f. Pola Persepsi-Konsep diri

Klien mampu mengenali dirinya sebagai seorang kepala keluarga dengan 4 orang anak dan 1 orang istri, saat ini klien juga merasa kalau dirinya sedang sakit dan memerlukan perawatan di RSUD Ende.

g. Pola Tidur dan Istirahat

1) Sebelum sakit :

Klien mengatakan sebelum sakit biasanya tidur 6-8 jam per hari, klien tidur dari jam 21.00 atau jam 22.00 dan bangun pagi jam 04.00 atau jam 05.00, kebiasaan klien sebelum tidur nonton TV atau main HP, sering bangun di tengah malam untuk BAK, tidur siang kurang lebih 2 jam.

2) Saat sakit :

Klien mengatakan tidak dapat tidur dengan nyenyak karena merasa sesak napas dan batuk, klien tidur dari jam 23.00 atau 24.00 dan terbangun sesekali karna batuk. Klien tidak bisa tidur siang karna merasa sesak napas dan betuk, klien hanya bisa tidur kurang lebih 30-60 menit, tidur terlentang menggunakan 1 bantal.

h. Pola Peran-Hubungan

klien mengatakan ia memiliki hubungan yang baik dengan keluarga, lingkungannya, baik tetangga, ataupun teman. klien juga mengatakan saat ini ia memiliki hubungan yang baik dengan sesama.

i. Pola Toleransi Stress-Koping

klien mengatakan bila ada masalah dengan keluarga klien selalu mencari jalur keluar bersama untuk menyelesaikan masalah. klien

juga mengatakan selama sakit klien merasa stress, klien hanya bisa berdoa agar tetap kuat menjalani masa penyembuhan.

j. Pola Nilai-Kepercayaan

Klien mengatakan ia menganut agama katolik dan rajin ke gereja setiap hari minggu dan hari-hari perayaan lainnya klien memiliki kebiasaan bangun pagi untuk beribadah. saat sakit klien mengatakan bahwa ia jarang ke gereja tetapi ia tetap berdoa untuk kesembuhannya.

4. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum : baik

Tingkat kesadaran : **komposmetis** / apatis / somnolen / delirium / sopor/koma. GCS: 15 verbal: 6 motorik : 5 eye : 4

2) Tanda-tanda Vital :

TD : 140/ 90 mmHg, Nadi : 85x/menit, Suhu : 36,2^oc, SPO₂ : 96% tanpa oksigen, RR : 24x/menit

3) Berat Badan : 60 kg

Tinggi Badan : 165 cm = 1,65 m.

Indeks Massa Tubuh = $\frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan x tinggi badan (cm)}}$

$$IMT = \frac{60 \text{ kg}}{1,65 \times 1,65} = \frac{60}{2,72} = 22$$

IMT= 22 berat badan ideal

4) Keadaan fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

a) Kepala dan leher :

Kulit kepala bersih, simetris, terdapat rambut uban, bergelombang, tidak ada nyeri tekan. Pada leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe, tidak ada nyeri tekan. menggunakan O₂ nasal kanul 5 lpm.

b) Dada :

(1) Paru

Simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, terdapat bunyi napas tambahan (ronkhi) RR :24x/menit, menggunakan O₂ nasal kanul 5 lpm.

(2) Jantung

Tidak ada pembengkakan, terdengar bunyi suara jantung S1 dan S2, nadi 85x/menit, tidak terdengar bunyi suara jantung tambahan.

c) Payudara dan ketiak :

Simetris, bersih, tidak ada pembengkakan dan nyeri tekan

d) Abdomen :

Bentuk datar, bersih, tidak ada pembengkakan dan tidak ada nyeri tekan, bising usus 5-8x/menit

e) Genetalia :

Bersih dan tidak ada kelainan

f) Ekstremitas :

(a) Atas

Terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm ditangan kiri, tidak ada luka, jari-jari lengkap, kuku bersih, CRT <3 detik. Bisa mengangkat tangan tapi tidak bisa menahan tekanan (3-3).

(b) Bawah

Terdapat luka di kaki kiri, jari-jari lengkap, nyeri saat ditekan, tidak ada edema, Bisa mengangkat tangan tapi tidak bisa menahan tekanan (3-3)

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Darah

Tabel 3.1 pemeriksaan hasil LAB (tanggal 14 juni 2023)

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
WBC	6,5	10 ³ /HL	4,6 – 10,2
LYM	1,3	10 ³ /HL	0,6 – 3,4
MID	0,7	10 ³ /HL	0,0 – 1,2
GRA	4,5	10 ³ /HL	1,5 – 7,0
LYM%	19,5	%	10,0 – 50,0
MID%	11,5	%	4,0 – 18,0
GRA%	69,0	%	40,0 – 74,0
RBC	3,73	10 ⁶ /HL	4,04 – 6,13
HGB	9,5	g/dL	12,2 – 18,1
HCT	30,3	%	37,7 – 53,7
MCV	81,2	fL	80,0 – 97,0
MCH	25,5	Pg	27,0 – 27,0
MCHC	31,4	g/dL	31,8 – 35,4
RDW	14,3	%	11,6 – 14,6
PLT	143	10 ³ /HL	142 – 424
MPV	9,5	fL	0,0 – 0,0

b. Pemeriksaan laboratorium

Tabel 3.2 pemeriksaan hasil LAB (tanggal 14 juni 2023)

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
FAAL HATI		
• SGOT/AST	414,8	0 – 35 U/L
• SGPT/ALT	249,9	4 – 36 U/L
FAAL GINJAL		
• UREUM	149,2	10 – 50 mg/dl
• CREATININ	4,16	0,6 – 1,2 mg/dl

c. Pemeriksaan urine

Tabel 3.3 pemeriksaan LAB urine (tanggal 16 juni 2023)

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
COLOUR	Yellow	
GLUKOSA	+3	< 30 mg/dl
BILIRUBIN	-	0,02 mg/dl
KETON	-	Negatif
SG	1.030	1.001 – 1,035
BLOOD	+2	< 0,010 mg/dl
pH	6,5	4,6 – 8,0
PROTEIN	+3	< 15 mg/dl
UROBILIN	Normal	< 1,0 mg/dl
ERITROSIT	0 – 2	0 – 5/lpb
SELINDER HALIN	10 – 25	0 – 2/lpb
SELINDER ERITROSIT	-	0 – 2/LPK
SELINDER LEKOSIT	-	Negatif
SELINDER GINJAL	-	Negatif
SEL EPITEL TRADISIONAL	-	Negatif
BAKTERI	-	Negatif
PROTOZOA	-	Negatif
PARASIT	-	Negatif

d. Penatalaksanaan/pengobatan

Tabel 3.4 terapi pengobatan

No	Nama obat	Dosis	Jam	Indikasi
1.	Omeprazole	1x40 mg/IV	08.00	untuk mengatasi gejala asam lambung dan mag
2.	Paracetamol	1g/IV	08.00	untuk meredakan nyeri dan menurunkan demam
3.	Ondansentro	3x4mg/IV	08.00 17.00 22.00	pencegahan mual dan muntah
4.	Ceftriaxone	2x1 g/IV	08.00 22.00	untuk mengatasi infeksi bakteri
5.	Novorapid	3x6 iv unit/sl (international unit)	07.00 13.00 22.00	untuk menurunkan gula darah 10-20 menit setelah disuntikkan kedalam tubuh
6.	Spirolactone	1x25/oral	19.00	untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi.
7.	Sanfuliq	3x1/oral	07.00 13.00 19.00	Suplemen untuk memelihara kesehatan fungsi hati
8.	Captopril	3x25/oral	07.00 13.00 19.00	untuk menangani hipertensi esensial maupun hipertensi sekunder
9.	Aminefron	3x1/oral	07.00 13.00 19.00	untuk pengobatan terhadap kelainan yang terjadi pada fungsi ginjal kronik

b. Tabulasi data

klien mengatakan sesak napas pusing, lelah dan lesu, batuk berdahak, lemah, cepat lelah, mual, muntah, nafsu makan berkurang, klien mengatakan memiliki riwayat DM dan hipertensi, klien tampak lemah, kadar glukosa dalam darah tinggi, GDS : 315 mg/dL, mendapat terapi

Novorapid 4 unit/sl, klien tampak sesak, batuk berdahak, terpasang O₂ nasal kanul 5 lpm, pernapasan ronkhi, klien tampak lemah, sulit beraktifitas, semua aktivitas dibantu, klien tampak mual, muntah kurang lebih 3-4x sehari, makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, HGB : 9,5 g/dL, SGOT : 414,8 U/L, SGPT : 249,9 U/L, Ureum : 149,2, Creatinin: 4,16, HB : +3 TD : 140/90 mmHg, S:36,2^oc, N: 85x/m, RR: 24 x/m, SPO₂: 96% tanpa oksigen.

c. Klasifikasi data

DS: klien mengatakan sesak napas pusing, lelah dan lesu, batuk berdahak, lemah, cepat lelah, mual, muntah, nafsu makan berkurang, klien mengatakan memiliki riwayat DM dan hipertensi

DO: klien tampak lemah, kadar glukosa dalam darah tinggi, GDS : 315 mg/dL, mendapat terapi Novorapid 4 unit/sl, klien tampak sesak, batuk berdahak, terpasang O₂ nasal kanul 5 lpm, pernapasan ronkhi, klien tampak lemah, sulit beraktifitas, semua aktivitas dibantu, klien tampak mual, muntah kurang lebih 3-4x sehari, makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, HGB : 9,5 g/dL, SGOT : 414,8 U/L, SGPT : 249,9 U/L, Ureum : 149,2, Creatinin: 4,16, HB : +3, Td : 140/90 mmHg, S:36,2^oc, N: 85x/m, RR: 24 x/m, SPO₂: 96% tanpa oksigen.

d. Analisa data

Sign & simtom	Etiologi	Masalah
<p>Ds : klien mengatakan pusing, lelah dan lesu</p> <p>Do : klien tampak lemah, kadar glukosa dalam darah tinggi, Gds : 315 mg/dL, mendapat terapi Novorapid 4 unit/sl. TD : 140/90 mmHg, S:36^oc, N: 88x/m, RR: 24 x/m, SPO₂: 96% tanpa oksigen, terpasang infus NaCl 20 0,9% tpm.</p>	<p>Resistensi insulin</p>	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah</p>
<p>Ds : klien mengatakan sesak napa, batuk berdahak</p> <p>Do :klien tampak sesak, betuk berdedahak, terpasang O₂ nasal kanul 5 lpm, pernapasan ronkhi, RR: 24 x/m TD : 140/90 mmHg, S:36,2^oc, N: 88x/m, SPO₂: 96% tanpa oksigen, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm.</p>	<p>Sekresi yang tertahan</p>	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif</p>
<p>Do : klien mengatakan lemah, cepat lelah,</p> <p>Do : klien tampak lemah, sulit beraktifitas, semua aktivitas dibantu, HGB: 9,5 g/dL, SGOT : 414,8 U/L, SGPT : 249,9 U/L, Ureum : 149,2, Creatinin: 4,16, HB : +3, TD : 140/90 mmHg, S:36^oc, N: 88x/m, RR: 24 x/m,</p>	<p>Kelemahan</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>

SPO ₂ : 96% tanpa oksigen, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm		
Ds : klien mengatakan mual, muntah, nafsu makan berkurang	ketidak mampuan mencerna makanan	Resiko defisit nutrisi
Do : klien tampak mual, muntah kurang lebih 3-4x sehari, makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas, IMT: 22 (ideal), terpasang infus NaCl 20 tpm, TD : 140/100 mmHg, S:36 ^o c, N: 88x/m, RR: 24 x/m, SPO ₂ : 99%.		

3. Diagnosa keperawatan (menurut SDKI)

a. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan

Ds : klien mengatakan pusing, lelah dan lesu

Do : klien tampak lemah, kadar glukosa dalam darah tinggi, Gds : 315 mg/dL, mendapat terapi Novorapid 4 unit/sl. TD : 140/90 mmHg, S:36,2^oc, N: 85x/m, RR: 24 x/m, SPO₂: 99% tanpa oksigen, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm.

b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan

Ds : klien mengatakan sesak napa, batuk berdahak

Do : klien tampak sesak, betuk berdedahak, terpasang O₂ nasal kanul 5 lpm, pernapasan ronkhi, RR: 24 x/m, TD : 140/90 mmHg, S:36,2^oc,

N: 88x/m, SPO₂: 96% tanpa oksigen, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm.

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan

Do : klien mengatakan lemah, cepat lelah,

Do : klien tampak lemah, sulit beraktifitas, semua aktivitas dibantu,

HGB : 9,5 g/dL, SGOT : 414,8 U/L, SGPT : 249,9 U/L, Ureum :

149,2, Creatinin: 4,16, HB : +3, TD : 140/90 mmHg, S:36,2^oc, N:

85x/m, RR: 24 x/m, SPO₂: 96% tanpa oksigen, terpasang infus

NaCl 0,9% 20 tpm.

d. Resiko defisit nutrisi ditandai dengan ketidak mampuan mencerna makanan dibuktikan dengan

Ds : klien mengatakan mual, muntah, nafsu makan berkurang

Do : klien tampak mual, muntah kurang lebih 3-4x sehari, makan

sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas, terpasang infus

NaCl 0,9% 20 tpm, IMT : 22 (ideal), TD : 140/100 mmHg, S:36^oc,

N: 88x/m, RR: 24 x/m, SPO₂: 99%.

4. Perencanaan (Intervensi) (menurut SLKI ban SIKI)

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Perencanaan
1.	Ketidakstabilan Kadar Glukos Darah berhubungan dengan Resistensi insulin dirandai dengan Ds : klien mengatakan pusing, lelah dan lesu, klien mengatakan ada riwayat diabetes	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah ketidakstabilan glukosa darah teratasi dengan kriteria hasil	Manajemen hiperglikemia Observasi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor kadar gula darah 3. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia

<p>Do : klien tampak lemah, kadar glukosa dalam darah tinggi, Gds : 315 mg/dL, mendapat terapi Novorapid 4 unit/sl. TD : 140/90 mmHg, S:36^oc, N: 88x/m, RR: 24 x/m, SPO₂: 96% tanpa oksigen, terpasang infus NaCl 0,9% tpm.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pusing menurun 2. Lelah menurun 3. Kadar glukosa dalam darah membaik 	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Kolaborasi pemberian insulin
<p>2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan</p> <p>Ds : klien mengatakan sesak napa, batuk berdahak</p> <p>Do : klien tampak sesak, betuk berdedahak, terpasang O₂ nasal kanul 5 lpm, pernapasan ronkhi, RR: 24 x/m TD : 140/90 mmHg, S:36,2^oc, N: 88x/m, SPO₂: 96% tanpa oksigen, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah ketidakstabilan glukosa darah teratasi dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif meningkat 2. Roduksi sputum menurun 3. Ronkhi menurun 4. Ferkuensi napas membaik 5. Pola napas membaik 	<p>Manajemen jalan napas</p> <p>obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi tanda vital 2. Monitor suara napas 3. Monitor sputum <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Posisikan semi fowler atau semi fowler 5. Berikan pasien banyak minum air hangat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ajarkan pasien untuk batuk efektif dan napas dalam <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian oksigen 8. Kolaborasi pemberian bronkodilator
<p>3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan</p>	<p>Manajemen energi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obserfasi tanda-tanda vital

<p>Do : klien mengatakan lemah, cepat lelah</p> <p>Do : klien tampak lemah, sulit beraktifitas, semua aktivitas dibantu, HGB : 9,5 g/dL, SGOT : 414,8 U/L, SGPT : 249,9 U/L, Ureum : 149,2, Creatinin: 4,16, HB : +3, TD : 140/90 mmHg, S:36°c, N: 88x/m, RR: 24 x/m, SPO₂: 96% tanpa oksigen, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm</p>	<p>masalah intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lemah menurun 2. Cepat lelah menurun 3. Sulit beraktifitas menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola tidur dan jam tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Lakukan latihan gerak sederhana 5. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 7. Anjurkan tirah baring
<p>4. Resiko defisit nutrisi ditandai dengan ketidakmampuan mencerna makanan dibuktikan dengan</p> <p>Ds : klien mengatakan mual, muntah, nafsu makan berkurang</p> <p>Do : klien tampak mual, muntah kurang lebih 3-4x sehari, makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas, IMT: 22 (ideal), terpasang infus NaCl 20 tpm, TD : 140/100 mmHg, S:36°c, N: 88x/m, RR: 24 x/m, SPO₂: 99%.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktifitas teratasi dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan membaik 2. Berat badan membaik 3. Mual dan muntah membaik 	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makan yang disukai 4. Monitor berat badan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Lakukan oral hygiene sebelum makan 6. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 7. Anjurkan posisi duduk <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasi dengan ahli gizi

5. Tindakan Keperawatan (Implementasi)

No	Hari/Tgl	Diagnosa	Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
1.	Kamis 15/06/ 2023	Ketidak- stabilan kadar glukosa darah	09.15	1. Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 140/100 mmHg, S:36 ^o c, N: 88x/m, RR: 24 x/m, SPO ₂ : 99%.	Jam : 13.30 S : klien mengatakan masih pusing, lelah dan lesu O : klien masih
			09.30	2. Memonitor kadar gula darah Hasil : GDS : 315 mg/dl	tampak lemah, gula darah masih tinggi, GDS : 315, TD : 150/100 mmHg,
			09.20	3. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia Hasil : Klien mengatakan lelah, pusing dan klien tampak lemah	S:36,5 ^o c, N: 86x/m, RR: 24 x/m, SPO ₂ : 98%. A : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi
			10.40	4. Menganjurkan klien agar tetap menjaga pola makan dan imbangi dengan olahraga Hasil : klien mengerti dengan apa yang dijelaskan dan lien mendapat makanan yg diberikan dari rumah sakit	P : intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan
			13.00	5. Kolaborasi pemberian insulin Hasil : Melayani Novorapid 4 unit/sl.	

2.	Bersihan jalan napas tidak efektif	09.15	1. mengobservasi tanda vital hasil : TD: 140/100 mmHg, S:36 ^o c, N: 88x/m, RR: 24 x/m, SPO ₂ : 99%. O ₂ nasal kanul 5 lpm.	Jam : 13.35 S : klien mengatakan masih sesak napas dan batuk berdahak O :klien tampak masih sesak, betuk berdedahak, terpasang O ₂ nasal kanul 5 lpm, pernapasan ronkhi, RR: 24 x/m, TD : 150/100 mmHg, S:36,5 ^o c, N:86x/m, SPO ₂ :98%.
		09.20	2. Monitor sputum Hasil : sedikit kental, warna hijau kekuning	A : masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P : intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan
		10.00	3. Posisikan pasien semi fowler / fowler Hasil : memposisikan pasien dengan posisi semi fowler	
		11.10	4. menganjurkan pasien banyak minum air hangat Hasil : pasien mengerti dan minum air hangat	
		11.15	5. mengajarkan pasien untuk batuk efektif dan napas dalam Hasil : pasien mengerti dan dapat melakukannya secara mandiri	
		09.15	6. kolaborasi pemberian oksigen Hasil :	

			memberikan O ₂ nasal kanul 5 lpm.	
3.	Intole- ransi aktifitas	09.15	1. memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 140/100 mmHg, S:36°c, N: 88x/m, RR: 24 x/m, SPO ₂ : 99%. O ₂ nasal kanul 5 lpm.	Jam : 13.40 S : klien mengatakan masih lemah dan cepat lelah O : klien tampak masih lemah, sulit beraktifitas, semua aktivitas masih dibantu, TD : 150/100 mmHg, S:36,5°c, N: 86x/m, RR: 24 x/m, SPO ₂ : 98%. O ₂ nasal kanul 5 lpm.
		10.10	2. Memonitor kelelahan fisik Hasil : klien tampak lemah dan sulit bergerak	
		10,15	3. Memonitor pola tidur dan jam tidur Hasil : klien mengatakan sulir tidur, klien tidur malam jam 23.00/24.00 tapi sering bangun karna merasa sesak dan batuk. Klien tidur siang hanya 30/60 menit.	A : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi P : intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8 dilanjutkan
		10.30	4. melakukan latih gerak sederhana : Hasil : melatih pasien untuk duduk di tempat tidur dan berpindah ke kursi	

		10.30	5. memfasilitasi duduk disisi tempat tidur Hasil : membantu pasien duduk ditempat tidur dan berpindak ke kursi	
		10.35	6. menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Hasil : pasien melakukan aktifitas seperti duduk di sisi tempat tidur dan berpindah kekursi	
		10.50	7. menganjurkan tirah baring Hasil : klien beristirahat jika merasa cape	
4.	Risiko defisit nutrisi	09.40	1. mengidentifikasi status nutrisi Hasil : sebelum sakit klien nafsu makan klien baik. Saat sakit nafsu makan klien menurun, makan sedikit sekitar 10 sendok makan, minum air sekitat 3-4 gelas sedang (\pm 750 cc).	Jam :13.45 S : klien mengatakan masih mual, muntah, nafsu makan berkurang O : klien tampak masih mual, muntah, makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas,
		09.25	2. mengidentifikasi alergi pada obat	terpasang infus NaCl 0,9% 20

	dan makan	tpm, TD :
	Hasil : klien	150/100 mmHg,
	alergi terhadap	S:36,5°C, N:
	obat antibiotik	86x/m, RR: 24
	dan tidak ada	x/m, SPO ₂ :
	alergi pada	98%. O ₂ nasal
	makanan	kanul 5 lpm.
09.30	3. mengidentifikasi makan yang disukai	A : masalah resiko defisit nutrisi belum teratasi
	Hasil : klien tidak pilih-pilih makan	P : intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8 dilanjutkan
11.50	4. monitor berat badan	
	Hasil : berat badan klien 60 kg	
12.55	5. memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein	
	Hasil : keluarga klien memberikan klien bubur dari beras merah dan telur ayam kampung	
12.50	6. menganjurkan posisi semi fowler atau fowler	
	Hasil : posisi klien semi fowler	
12.55	7. mengkolaborasi dengan ahli gizi	
	Hasil : klien mendapatkan diet bubur dari	

		Ahli gizi rumah sakit.			
1	Jumat 16/06/ 2023	Ketidak- stabilan glukosa darah	07.15	1. Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 120/100 mmHg, S:36°c, N: 92 x/m, RR: 22 x/m, SPO ₂ : 99%.	Jam : 13.25 S : klien mengatakan masih pusing, lelah dan lesu O : klien masih tampak lemah, gula darah masih tinggi, GDS : 368mg/dl TD : 130/90 mmHg, S:36,9°c, N: 86x/m, RR: 20x/m, SPO ₂ : 99%. A : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi P : intervensi 1,2,4,5 dilanjutkan
			08.00	2. Memonitor kadar gula darah Hasil : GDS : 368 mg/dl	
			08.05	3. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia Hasil : klien mengatakan lelah, pusing dan klien tampak lemah	
			08.10	4. Menganjurkan klien agar tetap menjaga pola makan dan imbangi dengan olahraga Hasil : klien mengerti dengan apa yang dijelaskan dan klien mendapat makanan yg diberikan dari rumah sakit	
			13.00	5. Kolaborasi pemberian insulin Hasil : melayani Novorapid 6 unit/sl.	

2	Bersihan jalan napas tidak efektif	07.15	1. mengobservasi tanda vital Hasil : TD : 120/100 mmHg, S:36°C, N: 92 x/m, RR: 20 x/m, SPO ₂ : 96%. O ₂ nasal kanul 3 lpm.	Jam :13.30 S : klien mengatakan sesak napas berkurang dan batuk berdahak O :klien tampak sesak berkurang, betuk berdedahak, terpasang O ₂ nasal kanul 3 lpm, pernapasan ronkhi, RR: 22 x/m, TD : 130/90 mmHg, S:36,9°C, N:86x/m, SPO ₂ :99%.
		07.30	2. Monitor sputum Hasil : sedikit kental, warna hijau kekuning	
		08.20	3. Posisikan pasien semi fowler / fowler Hasil : memposisikan pasien dengan posisi semi fowler	A : masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi
		08.40	4. menganjurkan pasien banyak minum air hangat Hasil : pasien mengerti dan minum air hangat	P : intervensi 1,3,4,5 dilanjutkan
		08.30	5. mengajarkan pasien untuk batuk efektif dan napas dalam Hasil : pasien mengerti dan dapat melakukannya secara mandiri	

3.	Intoleransi aktivitas	07.15	1. memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 120/100 mmHg, S:36°C, N: 92 x/m, RR: 22 x/m, SPO ₂ : 96%.	Jam : 13.35 S : klien mengatakan masih lemah dan cepat lelah berkurang
		09.00	2. Memonitor kelelahan fisik Hasil : klien tampak lemah dan sulit bergerak	O : klien tampak masih lemah, sulit beraktifitas berkurang, semua aktivitas masih dibantu, TD : 120/90 mmHg,
		09.10	3. Memonitor pola tidur dan jam tidur Hasil : klien mengatakan sulir tidur, klien tidur malam jam 23.00/24.00 tapi sering bangun karna merasa sesak dan batuk. Klien tidur siang hanya 30/60 menit.	S:36,9°C, N: 92 x/m, RR: 20 x/m, SPO ₂ : 99%. O ₂ nasal kanul 3 lpm. A : masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi P : intervensi 1,2,3,4,6,7 dilanjutkan
		09.30	4. melakukan latihan gerak sederhana : Hasil : melatih pasien untuk duduk di tempat tidur dan berpindah ke kursi	
		09.35	5. memfasilitasi duduk disisi tempat tidur Hasil : membantu pasien duduk	

			ditempat tidur dan berpindah ke kursi	
		09.50	6. menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Hasil : pasien melakukan aktifitas seperti duduk di sisi tempat tidur dan berpindah ke kursi	
		09.55	7. menganjurkan tirah baring Hasil : klien beristirahat jika merasa cape	
4.	Risiko defisit nutrisi	07.30	1. mengidentifikasi status nutrisi Hasil : sebelum sakit klien nafsu makan klien baik. Saat sakit nafsu makan klien menurun, makan sedikit sekitar 10 sendok makan, minim air sekitat 3-4 gelas sedang (\pm 750 cc).	Jam :13.40 S : klien mengatakan mual berkurang, muntah berkurang, nafsu makan berkurang O : klien tampak masih mual berkurang, muntah berkurang, makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, TD : 120/90 mmHg,
		07.30	2. mengidentifikasi makan yang disukai Hasil : klien tidak pilih-pilih makan	
		06.30	3. melakukan oral hygiene sebelum	

				makan Hasil : membantu pasien sikat gigi sebelum makan	S:36,9 ^o c, N: 92 x/m, RR: 20 x/m, SPO ₂ : 99%. O ₂ nasal kanul 3 lpm.
			12.50	4. memerikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil : keluarga klien memberikan klien bubur dari beras merah dan telur ayam kampung	A : masalah resiko defisit nutrisi sebagia teratasi P : intervensi 1,5,6,7,8 dilanjutkan
			12.52	5. menganjurkan posisi semi fowler atau fowler Hasil : posisi klien semi fowler	
			12.55	6. Kolaborasi dengan ahli gizi Hasil : klien mendapatkan diet bubur dari Ahli gizi rumah sakit.	
1	Sabtu 17/06/ 2023	Ketidak- stabilan kadar glukosa darah	07.15	1. Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 140/80 mmHg, S:36,9 ^o c, N: 98 x/m, RR: 22 x/m, SPO ₂ : 100%.	Jam :13.45 S : klien mengatakan pusing berkurang, lelah dan lesu berkurang
			08.00	2. Memonitor kadar gula darah Hasil : GDS : 319 mg/dl	O : klien tampak lemah berkurang, gula darah

		08.05	3. Menganjurkan klien agar tetap menjaga pola makan dan imbangi dengan olahraga Hasil : klien mengerti dengan apa yang dijelaskan dan klien mendapat makanan yg diberikan dari rumah sakit	masih tinggi, GDS : 319 mg/dl, TD : 140/90 mmHg, S:36,4 ^o c, N: 88x/m, RR: 20x/m, SPO ₂ : 100%. A : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan
		13.00	4. Kolaborasi pemberian insulin Hasil : melayani Novorapid 6 unit/sl.	
2	Bersihan jalan napas tidak efektif	07.15	1. mengobservasi tanda vital Hasil : TD : 140/80 mmHg, S:36,9 ^o c, N: 98 x/m, RR: 22 x/m, SPO ₂ : 100%. O ₂ nasal kanul 3 lpm.	Jam : 13.50 S : klien mengatakan sesak napas berkurang dan batuk berdahak O : klien tampak sesak berkurang, batuk berdedahak, terpasang O ₂ nasal kanul 3 lpm, pernapasan ronkhi, TD : 140/80 mmHg, S:36,4 ^o c, N: 88x/m, RR: 20x/m, SPO ₂ : 100%.
		07.25	2. Posisikan pasien semi fowler / fowler Hasil : memposisi pasien dengan posisi semi fowler	
		08.30	3. menganjurkan pasien banyak minum air hangat	

			<p>Hasil : pasien mengerti dan minum air hangat</p> <p>08.20 4. mengajarkaan pasien untuk batuk efektif dan napas dalam</p> <p>Hasil : pasien mengerti dan dapat melakukannya secara mandiri</p>	<p>A : masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagaia teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
3	Intole-ransi aktivitas	07.15	<p>1. memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil : TD : 140/80 mmHg, S:36,9^oc, N: 98 x/m, RR: 22 x/m, SPO₂: 100%.</p>	<p>Jam : 13.55</p> <p>S : klien mengatakan masih lemah dan cepat lelah berkurang</p>
		08.10	<p>2. Memonitor kelelahan fisik</p> <p>Hasil : klien tampak lemah dan sulit bergerak</p>	<p>O : klien tampak masih lemah, sulit beraktifitas berkurang, semua aktivitas masih dibantu,</p>
		08.15	<p>3. Memonitor pola tidur dan jam tidur</p> <p>Hasil : klien mengatakan sulir tidur, sering bangun karna merasa sesak dan batuk. Klien tidak bisa tidur siang.</p>	<p>TD : 140/80 mmHg, S:36,4^oc, N: 88x/m, RR: 20x/m, SPO₂: 100%. terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, O₂ nasal kanul 3 lpm.</p>
		08.35	<p>4. melakukan latih gerak sederhana:</p> <p>Hasil : melatih</p>	<p>A : masalah intoleransi aktivitas sebagian</p>

			pasien untuk duduk di tempat tidur dan berpindah ke kursi	teratasi P : intervensi dilanjutkan
		08.45	5. menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Hasil : pasien melakukan aktifitas seperti duduk di sisi tempat tidur dan berpindah ke kursi	
		09.00	6. menganjurkan tirah baring Hasil : klien beristirahat jika merasa cape	
4	Risiko defisit nutrisi	07.50	1. mengidentifikasi status nutrisi Hasil : nafsu makan klien menurun, makan sedikit sekitar 15 sendok makan, minim air sekitar 3-4 gelas sedang (\pm 750 cc).	Jam : 14.00 S : klien mengatakan mual berkurang, muntah berkurang, nafsu makan berkurang
		06.30	2. melakukan oral hygiene sebelum makan Hasil : membantu pasien sikat gigi sebelum makan	O : klien tampak masih mual berkurang, muntah berkurang, makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas, , Td :
		12.40	3. memerikan makanan tinggi	

	kalori dan tinggi protein	140/80 mmHg, S:36,4 ^o c, N:
	Hasil : keluarga klien	88x/m, RR: 20x/m, SPO ₂ : 100%.
	memberikan klien bubur dari beras merah dan telur ayam kampung	terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, O ₂ nasal kanul 3 lpm,
12.45	4. menganjurkan posisi semi fowler atau fowler Hasil : posisi klien semi fowler	A : masalah resiko defisit nutrisi tidak terjadi P : intervensi dilanjutkan
12.55	5. Kolaborasi dengan ahli gizi Hasil : klien mendapatkan diet bubur dari Ahli gizi rumah sakit.	

B. Pembahasan

1. Interpretasi dan diskusi hasil

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Diabetes Melitus menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Dalam pembahasan akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan hasil studi kasus. Interpretasi dan diskusi pada proses keperawatan dalam laporan ini

a. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan proses sistematis dari pengumpulan, verifikasi dan komunikasi data tentang klien. Fase proses keperawatan ini mencakup empat langkah yakni pengumpulan dari sumber primer (klien), sumber sekunder (keluarga, buku status pasien dan tenaga kesehatan), tabulasi data, klasifikasin data, serta analisa data sebagai dasar untuk diagnosa menetapkan masalah. Tujuan dari pengkajian adalah menetapkan dasar data tentang kebutuhan, masalah kesehatan, pengalaman berkaitan, praktik kesehatan, tujuan dan nilai gaya hidup yang dilakukan klien.

Pada pengkajian terdapat kesenjangan data antara teori dan kasus yaitu pada pengkajian teori ditemukan data dehidrasi, mudah haus dan banyak kencing (poliuria) dengan masalah ketidakseimbangan cairan dan hipovolemia. Peningkatan intake makan, peningkatan akumulasi lemak dengan masalah berat badan lebih dan obesitas sedangkan pada hasil pengkajian Tn. Y.W.M dengan diagnosa medis yang sama ditemukan data yaitu pasien mengalami sesak napas, terdapat sekret pada jalan napas, RR: 24X/m, O₂ 5 lpm, terdapat suara napas tambahan (ronchi), sehingga muncul masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif. Hal tersebut terjadi dikarenakan klien juga mengalami komplikasi CKD. Menurut Saputra (2022), menjelaskan diabetes melitus dapat menyebabkan gagal ginjal kronik akibat hiperglikemi yang menimbulkan kelainan glomerulus. Hasil

pemeriksaan laboratorium pada Tn. Y.W.M ditemukan data Ureum : 149,2, Creatinin: 4,16. Pada penderita diabetes mellitus terjadi berbagai macam perubahan biologis dan vaskular, perubahan-perubahan tersebut meningkatkan kemungkinan terjadinya komplikasi kronik salah satunya yaitu *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang disertai dengan tanda dan gejala akibat penyakit CKD. Hasil data pengkajian lainnya yang ditemukan yaitu pasien mengeluh mual muntah, nafsu makan menurun, makan hanya 10 sendok makan, IMT : 22. Sedangkan menurut Fatimah (2015) menyatakan bahwa penderita DM akan membutuhkan energi lebih bannya segingga mendorong imput tambahan energi lewat banyak makan (polifagia).

b. Diagnosa

Diagnosa keperawatan, rumusan diagnosa keperawatan memiliki tiga komponen yaitu: sign/symptom, etiologi dan problem. Ketiga komponen tersebut sudah dijelaskan pada teori dan juga sudah digambarkan pada kasus.

Pada diagnosa terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yaitu pada diagnosa teori terdapat diagnosa berat badan lebih, ketidakseimbangan cairan, obesitas dan hipovolemia. Diagnosa tersebut tidak ditemukan pada kasus nyata dikarenakan tidak ada tanda dan gejala yang muncul maupun data yang mendukung diagnosa tersebut. Sedangkan pada kasus nyata ditemuka dua diagnosa tambahan yaitu diagnose yang pertama bersihan jalan napas tidak afektif, Ds: pasien

mengeluh sesak napas, batuk berdahak, Do: klien tampak sesak, batuk berdahak, terdapat sekret pada jalan napas, terpasang O₂ nasal kanul 5 lpm, Td: 140/100 mmHg, S: 36⁰c, N: 88x/m, SPO₂: 99% dan diagnosa yang kedua pola napas tidak efektif Ds: klien mengeluh sesak napas, Do : klien tampak sesak, RR: 24x/m, O₂ 5 lpm, terdapat bunyi suara napas tambahan (ronchi), Td: 140/100 mmHg, S: 36⁰c, N: 88x/m, SPO₂: 99%. Hal ini dikarenakan klien sudah komplikasi dengan *Cronic Kidney Disease* (CKD).

c. Intervensi

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi klien, merumuskan tujuan/hasil yang diharapkan, memilih intervensi yang paling tepat, dan menulis serta mendokumentasikan rencana keperawatan intervensi dilakukan berdasarkan panduan pada buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.

Intervensi yang dilakukan pada diagnosa ketidakstabilan glukosa darah yaitu manajemen hiperglikemia. salah satu intervensi yang ada yaitu memonitor kadar glukosa darah. Rencana keperawatan untuk dilakukan pada diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif yaitu manajemen jalan napas, ada beberapa intervensi yang dilakukan yaitu ajarkan pasien teknik napas dalam dan batuk efektif, memonitor sputum berikan minum air hangat dan berikan oksigen. Rencana keperawatan untuk dilakukan pada diagnosa intoleransi aktifitas yaitu manajemen

energi, ada beberapa intervensi yang dilakukan yaitu lakukan gerak sederhana, fasilitasi gerak sederhana, anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap dan anjurkan tirah baring. Rencana keperawatan untuk dilakukan pada diagnosa Risiko defisit nutrisi yaitu manajemen nutrisi, ada beberapa intervensi yang dilakukan yaitu identifikasi status nutrisi, monitor berat badan, berikan makanan tinggi protein dan kalori, serta kolaborasi dengan ahli gizi.

d. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi, status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi.

Implementasi yang dilakukan pada Tn. Y.W.M dengan diagnosa medis Diabetes Melitus berdasarkan keempat diagnosa yang telah ditemukan selama 3 hari, Implementasi dilakukan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang berisi tindakan realisasi mulai dari mengkaji TTV, mengkaji keadaan umum hingga tindakan mandiri klien dengan tujuan mengatasi masalah-masalah keperawatan mulai dari ketidakstabilan glukosa darah, bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, intoleransi aktivitas

dan risiko defisit nutrisi. Sehingga diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, ke empat masalah diatas dapat diatasi. Implementasi pertama dilaksanakan pada tanggal 15 juni 2023, hari kedua dilaksanakan pada tanggal 16 juni 2023, dan hari ketiga pada tanggal 17 juni 2023

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati), dengan kriteria yang dibuat pada tahap perencanaan mengenai masalah keperawatan ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan retensi insulin, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, dan risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. Ke lima diagnosa keperawatan tersebut sebagian teratasi pada hari ketiga.

2. Keterbatasan studi kasus

Keterbatasan studi kasus, dalam studi kasus ini, terdapat hal-hal yang menghambat jalannya studi kasus ini antar lain: waktu yang terbatas dalam membuat studi kasus, kesulitan untuk mencari referensi sebagai acuan teori dan sulit untuk berkonsultasi dikarenakan masalah yang sedang dihadapi sekarang.

3. Implikasi untuk keperawatan

Implikasi untuk keperawatan yaitu beberapa peran perawat yang di temukan dalam studi kasus ini, antara lain:

- a. Sebagai pendidik: peran perawat sebagai pendidik ya itu memberikan informasi berupa pengajaran mengenai pengetahuan dan ketrampilan dasar, pada studi nyata ini di temukan perawat menjelaskan apa yang kurang dimengerti klien.
- b. Sebagai advokad: peran perawat sebagai advokad yaitu tindakan perawat dalam mencapai suatu untuk kepentingan klien atau bertindak untuk mencegah kesalahan yang tidak diinginkan ketika klien sedang menjalani pengobatan, pada studi kasus nyata ini di temukan peran perawat sebagai advokad adalah perawat selalu mendampingi klien apabila klien mengalami kesulitan dan membutuhkan bantuan.
- c. Sebagai pemberi perawatan: peran perawat sebagai pemberi perawatan secara langsung pada individu, keluarga atau kelompok stusi kasus nyata ini ditemukan perawat melakukan asuhan keperawatan langsung pada klien Tn. Y.W.M

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan pada Tn. Y.W.M dengan diagnosa diabetes mellitus komplikasi CKD di RSUD Ende ruangan ruang penyakit dalam (RPD) III, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut.

- 1) Pengkajian pada Tn. Y.W.M dilakukan secara komprehensif dan ditemukan data pasien pusing klien mengatakan pusing, lelah dan lesu, sesak napas, batuk berdahak, lemah, cepat lelah, mual, muntah, nafsu makan berkurang, klien mengatakan memiliki riwayat DM dan hipertensi, klien tampak lemah, kadar glukosa dalam darah tinggi, Gds : 315 mg/dL, mendapat terapi Novorapid 4 unit/sl, klien tampak sesak, batuk berdedahak, terpasang O₂ nasal kanul 5 lpm, pernapasan ronkhi, klien tampak lemah, sulit beraktifitas, semua aktivitas dibantu, klien tampak mual, muntah kurang lebih 3-4x sehari, makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas, terpasang infus NaCl 20 tpm, Td : 140/100 mmHg, S:36^oc, N: 88x/m, RR: 24 x/m, SPO₂: 99%. Terpasang infus NaCl 20 tpm.O₂ : 5 lpm.
- 2) Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Tn. Y.W.M adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah , bersihan jalan napas tidak efektif, intoleransi aktivitas, dan risiko defisit nutrisi

- 3) Intervensi yang dilakukan pada Tn. Y.W.M yaitu manajemen hiperglikemia, intervensi manajemen jalan napas, manajemen energi, manajemen nutrisi.
- 4) Implementasi yang dilakukan pada Tn. Y.W.M yaitu memonitor kadar glukosa darah, mengajarkan pasien teknik napas dalam dan batuk efektif, memonitor sputum, memberikan minum air hangat, memberikan oksigen, membantu melakukan gerak sederhana, memfasilitasi gerak sederhana, menganjurkan melakukan aktifitas secara bertahap, menganjurkan tirah baring, mengidentifikasikan status nutrisi, monitor berat badan, memberikan makanan tinggi protein dan kalori, serta kolaborasi dengan ahli gizi.
- 5) Evaluasi yang dilakukan pada Tn. Y.W.M menunjukkan hasil bahwa masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah, bersihan jalan napas tidak efektif, intoleransi aktivitas, dan risiko defisit nutrisi sebagian teratasi.
- 6) Kesenjangan
Kesenjangan yang ditemukan adalah terdapat keluhan sesak napas dan batuk berdahak yang mana keluhan tersebut tidak tersedia secara teori. Kesenjangan dalam diagnosa keperawatan yaitu bersihan jalan napas tidak efektif. Kesenjangan secara intervensi keperawatan adalah intervensi manajemen jalan napas. Kesenjangan dari sisi implementasi keperawatan adalah tidak diberikan obat pengencer dahak. Kesenjangan dalam evaluasi adalah sekret masih ada karena tidak diberikan obat pengencer dahak

B. Saran

1. Bagi Peneliti

Harus lebih banyak mempelajari teori pada kasus yang diambil sehingga mempermudah melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Diabetes Melitus.

2. Bagi Klien dan keluarga

Setelah mendapatkan tindakan keperawatan di rumah diharapkan klien secara rutin memeriksa kesehatan dan menerapkan kembali tindakan yang sudah diinformasikan perawat.

3. Bagi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan perlu meningkatkan pelayanan pada penderita DM

4. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan agar institusi lebih banyak menyediakan literatur di perpustakaan berkaitan dengan buku keperawatan medical bedah sehingga memperkaya literatur.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y., & Rachmawati, N. (2014) *Metodologi Penelitian kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: PT Raja Grafindo
- Arania, R., Triwahyuni, T., Esfandiari, F., & Nugraha, F. R. 2021. Hubungan antara usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan dengan kejadian diabetes melitus di klinik mardi waluyo lampung tengah. *Jurnal Medika Malahayati*, 5(September), 146–153.
<http://download.garuda.kemdikbud.go.id/article.php?article=2307236&val=14374&title=HUBUNAN%20ANTARA%20USIA%20JENIS%20KELAMIN%20DAN%20TINGKAT%20PENDIDIKAN%20DENGAN%20KEJADIAN%20DIABETES%20MELLITUS%20DI%20KLINIK%20MARDI%20WALUYO%20LAMPUNG%20TENGAH>
- Dinkes Kabupaten Ende. (2023). Profil Kesehatan Penyakit Diabetes Melitus Kabupaten Ende. Ende : Dinas Kesehatan Kabupaten Ende
- Dinarti, & Mulyanti, Y. (2017). Dokumentasi Keperawatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 167.
<http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wpcontent/uploads/2017/11/PR-AKTIKA-DOKUMEN-KEPERAWATAN- xvii DAFIS.pdf>
- Fatimah. (2015). Faktor Risiko Kejadian Diabetes Mellitus. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 9(2), 94-102.
<http://www.ejurnaladhkdr.com/index.php/jik/article/view/304/212>
- Fatimah, Restyana N. (2015). Diabetes melitus tipe 2. *Jurnal Majority*, 4(5).
<https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/viewFile/615/619>
- Haskas. (2018). Hubungan health locus of control dengan kepatuhan terapi insulin pada pasien dm tipe ii di rsu gmim pancaran kasih manado. *Jurnal Keperawatan*, 7(1).
<https://ejournal.unsrat.ac.id/v3/index.php/jkp/article/view/25225/24922>
- Kemenkes Republik Indonesia. 2019, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian RI tahun 2018.
- Mamahit, Gabriella. Mario K & Rivelino H. 2018. Dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi insulin pasien diabetes melitus tipe 2. e-journal Keperawatan (e-Kep) Volume 6 Nomor 1, Ferbuari 2018.
<https://ejournal.unsrat.ac.id/v3/index.php/jkp/article/view/18782/18323>

- Mangkuliguna,G., Glenardi & Kuatama, R. 2021. 1-hydroxymethyl Harmine-TGFβSF Inhibitor: Inovasi Terapi Diabetes Melitus Terbaru Melalui Inisiasi Proses Regenerasi Sel β Pankreas pada Penderita DM Tipe 1 dan 2. *SCRIPTA SCORE Scientific Medical Journal*, 2(2), 104-115. Diambil pada 4 maret 2023
<https://talenta.usu.ac.id/scripta/article/view/3926/3613>
- Nabu, C. A., & Gobel, I. 2017. Studi Asuhan Keperawatan Pada Pasien Penyakit Diabetes Melitus di RSUD Liunkendage Tahuna. *Jurnal Ilmiah Sesebanua*, 1(1), 10–15. <http://e-journal.polnustar.ac.id/jis/article/view/22>
- PPNI. 2016. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. 2018. Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Purwanto, H. 2016. *Keperawatan Medikal Bedah II*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta : Pusdik SDM Kesehatan
- Prabowo & Hastuti. 2015. Hubungan pendidikan dan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet pada penderita diabetes mellitus di wilayah puskesmas Plosorejo Giribangun Matesih kabupaten Karanganyar. *Jurnal Keperawatan GSH*, Vol 4, No 2 (2015): Juli 2015
<https://garuda.kemdikbud.go.id/documents/detail/1918600>
- RSUD Ende. 2023. Data Rekam Medik Penyakit Diabetes Melitus. Ende: Rumah Sakit Umum Daerah Ende.
- Nasution F. Andilala. Ambali A.S. 2018. Faktor Risiko Kejadian Diabetes Mellitus. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 9(2), 94-102. Diambil pada 4 maret 2023
<http://www.ejurnaladhkdr.com/index.php/jik/article/view/304/212>
- Silverthorn D.U. 2014. *Fisiologi Manusia : Sebuah Pendekatan Terintegrasi*. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Syafitri, Y., & Nurhayati, I.K.A. 2019. Pengaruh pemberian sari pati bengkang (Pachyrhizus Erosus) terhadap kadar glukosa darah pada penderita diabetes mellitus tipe II usia 40-50 tahun di Kelurahan Bangkinang wilayah kerja puskesmas Bangkinang Kota Tahun 2018. Jurnal Ners Volume 3 Nomor 1 Tahun 2019 Halaman 69 – 81.
<https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/ners/article/view/401/336>

Saputra S.I, Berawi K.N, Susanti, Hadibrata E. (2023). Hubungan Diabetes Melitus dengan Kejadian Gagal Ginjal Kronik. Jurnal volume 13 nomor 5, 2023.
<http://www.journalofmedula.com/index.php/medula/article/view/792/615>

INFORMED CONSENT

(persetujuan menjadi partisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa: saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh : Yudi Meliaki Anabanu, dengan judul: ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MILITUS (DM)

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

Ende, 15 Mei 2023

Saksi



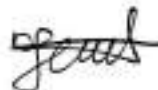
Margareta Dago

Yang memberikan persetujuan



Yohanes Woda Moa

Peneliti



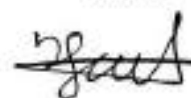
Yudi Meliaki Anabanu
Nim. PO5303202200532

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak / Ibu / Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Militus (DM)"
Tujuan dari studi kasus ini adalah Untuk mengetahui dan melaksanakan proses asuhan keperawatan pada Tn. Y.W.M dengan diabetes melitus (DM) tipe II di ruangan RPD I & II RSUD Ende, yang dapat memberi manfaat berupa pasien dan keluarga dapat mengetahui tentang DM yang diderita pasien dan mengetahui ara penanganan pasien dengan Diabetes Melitus (DM)
2. Studi kasus ini akan berlangsung selama mulai dari 15-17 juni 2023.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian / pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20 – 30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan / memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP : 085333020216

Ende, 15 Mei 2023

Peneliti



Yudi Meliaki Anabanu
Nip. PO5303202200532

FORMAT LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN
ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. Y.W.M
DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS TIPE II COMPLIKASI
CRONIK KIDNEY DISEASE (CKD)
DI RSUD ENDE
TANGGAL 15-17 JUNI 2023

I. PENGKAJIAN

A. PENGUMPULAN DATA

1. Identitas

a. Identitas pasien

Nama	: Tn. Y.R.M
Umur	: 62 tahun
Agama	: Katolik
jenis Kelamin	: Laki-laki
Status	: Sudah menikah
Pendidikan	: STM
Pekerjaan	: Swasta
Suku Bangsa	: Indonesia
Alamat	: Jln. Prof. Yohanes
Tanggal Masuk	: 15 juni 2023
Tanggal Pengkajian	: 15 juni 2023
No. Register	: 08 51 23
Diagnosa Medis	: Diabetes tipe II komplikasi CKD

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. M.D
Umur : 59 tahun
Hub. Dengan Pasien : Istri
Pekerjaan : Swasta
Alamat : Jln. Prof. Yohanes

2. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan Utama

Klien mengatakan sesak napas

2) Riwayat Keluhan Utama

Klien mengatakan batuk berdahak, sakit kepala, dan mual muntah sejak 12 juni 2023. Pada tanggal 15 juni 2023 klien masuk RS dengan keluhan sesak napas, batuk, mual, muntah dan lemah

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Klien mengatakan sudah merasakan sesak napas sehingga keluarga memutuskan untuk membawa klien ke RSUD Ende

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga mengatakan sebelum kerumah sakit upaya yang dilakukan unruk mengatasi masalah pasien yaitu dengan memberi minum obat yang didapat saat kontrol di RS dan menggosok perut klien dengan minyak kayu putih

b. Status Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit DM dan Hipertensi

2) Pernah dirawat

Klien mengatakan sudah 4 kali dirawat di RS. Terakhir dirawat 24 april 2023 dengan masalah Hipertensi dan Diabetes sejak umur >30 tahun

3) Alergi

Klien mengatakan saat periksa di RS klien alergi obat antibiotik namun klien tidak mengetahui jenis obatnya

4) Kebiasaan (merokok/kopi/alkohol dll)

Klien mengatakan tidak merokok, minum alkohol dan kopi

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita Diabetes maupun Hipertensi

d. Diagnosa Medis dan therapy yang didapat sebelumnya

Klien mengatakan pernah dirawat dengan diagnosa medis Diabetes melitus dan Hipertensi dan melakukan perawatan di RS

3. Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-psiko-sosio-kultural-spiritual)

a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Kebiasaan sehari-hari: klien mengatakan kesehatan merupakan hal yang sangat penting dan paling utama, jika ada keluarga yang sakit langsung dibawa ke rumah sakit atau pusat pelayanan kesehatan terdekat.

Keadaan saat ini: Klien mengatakan merasa terganggu dengan sakit yang dialami dan ingin cepat-cepat sembuh agar bisa beraktifitas lagi

b. Pola Nutrisi-Metabolik

1) Sebelum sakit

Klien mengatakan kebiasaan makan sebelum sakit : makan 3x sehari, porsi banyak dengan menu nasi, ikan, telur, tempe, tahu, sayur-sayuran dan daging, klien tidak mempunyai alergi terhadap makanan, klien minum air putih sekitar 8-10 gelas sedang (± 2.250 cc) per hari.

2) Saat sakit :

Klien mengatakan hanya mengonsumsi bubur, porsi yang dihabiskan sedikit sekitar 10 sendok makan karena tidak ada nafsu makan, minum air terbatas karena kondisi penyakit yg dialami klien sekitar 3-4 gelas sedang (± 750 cc).

c. Pola Eliminasi

1) BAB

(a) Sebelum sakit :

Klien mengatakan sebelum sakit BAB 1-2x sehari, konsistensi padat, warna kuning, bau khas feses

(b) Saat sakit :

Klien mengatakan mulai dari 3 hari sejak klien masih dirumah sampai masuk hari pertama di RS klien sulit BAB namun pada hari kedua klien di RS klien sudah bisa BAB.

2) BAK

(a) Sebelum sakit:

Klien mengatakan BAK lancar 3-4x sehari, warna kuning jernih, bau pesing, memiliki kebiasaan sering BAK dimalam hari

(b) Saat sakit :

Klien mengatakan BAK 1-2x sehari, sering BAK dimalam hari.

d. Pola aktivitas dan latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan dan minum			✓		
Mandi			✓		
Toileting			✓		
Berpakaian			✓		
Berpindah			✓		

1) Aktivitas

Ket : pasien melakukan semua aktifitasnya dengan dibantu orang lain (0: mandiri, 1: Alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total)

2) Latihan

(a) Sebelum sakit

Klien mengatakan kerja dan melakukan aktifitasnya sehari-hari secara mandiri

(b) Saat sakit klien mengatakan merasa lemah sehingga tidak dapat melakukan aktifitasnya secara mandiri

e. Pola kognitif dan Persepsi

Klien mengatakan kebiasaan sehari-hari klien dapat melihat dengan jelas dan mencium bau-bauan, mendengar dengan baik, dan indra perabanya berfungsi dengan baik. saat ini klien mengatakann tidak ada masalah pada indra penglihatan, perabaan, penciuman, dan pendengaran.

f. Pola Persepsi-Konsep diri

Klien mampu mengenali dirinya sebagai seorang kepala keluarga dengan 4 orang anak dan 1 orang istri, saat ini klien juga merasa kalau dirinya sedang sakit dan memerlukan perawatan di RSUD Ende

g. Pola Tidur dan Istirahat

1) Sebelum sakit :

Klien mengatakan sebelum sakit biasanya tidur 6-8 jam per hari, klien tidur dari jam 21.00 atau jam 22.00 dan bangun pagi jam 04.00 atau jam 05.00, kebiasaan klien sebelum tidur nonton TV atau main HP, sering bangun di tengah malam untuk BAK, tidur siang kurang lebih 2 jam.

2) Saat sakit :

Klien mengatakan tidak dapat tidur dengan nyenyak karna merasa sesak napas dan batuk, klien tidur dari jam 23.00 atau 24.00 dan terbangun sesekali karna batuk. Klien tidak bisa

tidur siang karna merasa sesak napas dan batuk, klien hanya bisa tidur kurang lebih 30-60 menit.

h. Pola Peran-Hubungan

klien mengatakan ia memiliki hubungan yang baik dengan keluarga, lingkungannya, baik tetangga, ataupun teman. klien juga mengatakan saat ini ia memiliki hubungan yang baik dengan sesama.

i. Pola Toleransi Stress-Koping

klien mengatakan bila ada masalah dengan keluarga klien selalu mencari jalur keluar bersama untuk menyelesaikan masalah. klien juga mengatakan selama sakit klien merasa stress, klien hanya bisa berdoa agar tetap kuat menjalani masa penyembuhan.

j. Pola Nilai-Kepercayaan

Klien mengatakan ia menganut agama katolik dan rajin ke gereja setiap hari minggu dan hari-hari perayaan lainnya klien memiliki kebiasaan bangun pagi untuk beribadah. saat sakit klien mengatakan bahwa ia jarang ke gereja tetapi ia tetap berdoa untuk kesembuhannya.

4. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum : baik

Tingkat kesadaran : **komposmetis** / apatis / somnolen / delirium / sopor/koma. GCS: verbal: 6 motorik : 5 eye : 4

2) Tanda-tanda Vital :

TD : 110/ 90 mmHg, Nadi : 85x/menit, Suhu : 36,2°c, Spo² : 96%

RR : 24x/menit

3) Berat Badan : 60 kg

Tinggi Badan : 165 cm = 1,65 m.

Indeks Massa Tubuh = $\frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan x tinggi badan (cm)}}$

$$IMT = \frac{60 \text{ kg}}{1,65 \times 1,65} = \frac{60}{2,72} = 22$$

IMT= 22 berat badan ideal

4) Keadaan fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

a) Kepala dan leher :

Kulit kepala bersih, simetris, terdapat rambut uban, bergelombang, tidak ada nyeri tekan. Pada leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe, tidak ada nyeri tekan. menggunakan O₂ nasal kanul 5 lpm.

b) Dada :

(1) Paru

Simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, terdapat bunyi napas tambahan (ronkhi) RR :24x/menit, menggunakan O₂ nasal kanul 5 lpm.

(2) Jantung

Tidak ada pembengkakan, terdengar bunyi suara jantung S1 dan S2, nadi 85x/menit, tidak terdengar bunyi suara jantung tambahan.

c) Payudara dan ketiak :

Simetris, bersih, tidak ada pembengkakan dan nyeri tekan

d) Abdomen :

Bentuk datar, bersih, tidak ada pembengkakan dan tidak ada nyeri tekan, bising usus 5-8x/menit

e) Genetalia :

Bersih dan tidak ada kelainan

f) Ekstremitas :

(c) Atas

Terpasang infus NaCl 20 tpm ditangan kiri, tidak ada luka, jari-jari lengkap, kuku bersih, CRT <3 detik. Bisa mengangkat tangan tapi tidak bisa menahan tekanan (3).

(d) Bawah

Terdapat luka di kaki kiri, jari-jari lengkap, nyeri saat ditekan, tidak ada edema, Bisa mengangkat tangan tapi tidak bisa menahan tekanan (3)

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Darah

Tabel 3.1 pemeriksaan hasil LAB (tanggal 14 juni 2023)

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
WBC	6,5	10 ³ /HL	4,6 – 10,2
LYM	1,3	10 ³ /HL	0,6 – 3,4
MID	0,7	10 ³ /HL	0,0 – 1,2
GRA	4,5	10 ³ /HL	1,5 – 7,0
LYM%	19,5	%	10,0 – 50,0
MID%	11,5	%	4,0 – 18,0
GRA%	69,0	%	40,0 – 74,0
RBC	3,73	10 ⁶ /HL	4,04 – 6,13
HGB	9,5	g/dL	12,2 – 18,1
HCT	30,3	%	37,7 – 53,7
MCV	81,2	fL	80,0 – 97,0
MCH	25,5	Pg	27,0 – 27,0
MCHC	31,4	g/dL	31,8 – 35,4
RDW	14,3	%	11,6 – 14,6
PLT	143	10 ³ /HL	142 – 424
MPV	9,5	fL	0,0 – 0,0

b. Pemeriksaan laboratorium

Tabel 3.2 pemeriksaan hasil LAB (tanggal 14 juni 2023)

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
FAAL HATI		
• SGOT/AST	414,8	0 – 35 U/L
• SGPT/ALT	249,9	4 – 36 U/L
FAAL GINJAL		
• UREUM	149,2	10 – 50 mg/dl
• CREATININ	4,16	0,6 – 1,2 mg/dl

c. Pemeriksaan urine

Tabel 3.3 pemeriksaan LAB urine (tanggal 16 juni 2023)

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
COLOUR	Yellow	
GLUKOSA	+3	< 30 mg/dl
BILIRUBIN	-	0,02 mg/dl
KETON	-	Negatif
SG	1.030	1.001 – 1,035
BLOOD	+2	< 0,010 mg/dl
pH	6,5	4,6 – 8,0
PROTEIN	+3	< 15 mg/dl
UROBILIN	normal	< 1,0 mg/dl
ERITROSIT	0 – 2	0 – 5/lpb
SELINDER HALIN	10 – 25	0 – 2/lpb
SELINDER ERITROSIT	-	0 – 2/LPK
SELINDER LEKOSIT	-	Negatif
SELINDER GINJAL	-	Negatif
SEL EPITEL TRADISIONAL	-	Negatif
BAKTERI	-	Negatif
PROTOZOA	-	Negatif
PARASIT	-	Negatif

d. Penatalaksanaan/pengobatan

Tabel 3.4 terapi pengobatan

No	Nama obat	Dosis	Jam	Indikasi
1.	Omeprazole	1x40 mg/IV		untuk mengatasi gejala asam lambung dan mag
2.	Paracetamol	1g/IV		untuk meredakan nyeri dan menurunkan demam
3.	Ondansentro	3x4mg/IV	08.00 17.00 22.00	pengecahan mual dan muntah
4.	Ceftrixone	2x1 g/IV	08.00 22.00	untuk mengatasi infeksi bakteri
5.	Novorapid	3x6 unit/IV	05.00 13.00 22.00	untuk menurunkan gula darah 10-20 menit

				setelah disuntikkan ke dalam tubuh
6.	Spirolactone	1x25/oral	19.00	untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi.
7.	Sanfuliq	3x1/oral	07.00 13.00 19.00	Suplemen untuk memelihara kesehatan fungsi hati
8.	Captopril	3x25/oral	07.00 13.00 19.00	untuk menangani hipertensi esensial maupun hipertensi sekunder
9.	Aminefron	3x1/oral	07.00 13.00 19.00	untuk pengobatan terhadap kelainan yang terjadi pada fungsi ginjal kronik

B. Tabulasi data

klien mengatakan sesak napas pusing, lelah dan lesu, batuk berdahak, lemah, cepat lelah, mual, muntah, nafsu makan berkurang, klien mengatakan memiliki riwayat DM dan hipertensi, klien tampak lemah, kadar glukosa dalam darah tinggi, GDS : 315 mg/dL, mendapat terapi Novorapid 4 unit/sl, klien tampak sesak, batuk berdahak, terpasang O₂ nasal kanul 5 lpm, pernapasan ronkhi, klien tampak lemah, sulit beraktifitas, semua aktivitas dibantu, klien tampak mual, muntah kurang lebih 3-4x sehari, makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, HGB : 9,5 g/dL, SGOT : 414,8 U/L, SGPT : 249,9 U/L, Ureum : 149,2, Creatinin: 4,16, HB : +3 TD : 140/90 mmHg, S:36,2^oc, N: 85x/m, RR: 24 x/m, SPO₂: 96% tanpa oksigen.

C. Klasifikasi data

DS: klien mengatakan pusing, lelah dan lesu, sesak napas, batuk berdahak, lemah, cepat lelah, mual, muntah, nafsu makan berkurang, klien mengatakan memiliki riwayat DM dan hipertensi

DO: klien tampak lemah, kadar glukosa dalam darah tinggi, Gds : 315 mg/dL, mendapat terapi Novorapid 4 unit/sl, klien tampak sesak, batuk berdahak, terpasang O₂ nasal kanul 5 lpm, pernapasan ronkhi, klien tampak lemah, sulit beraktifitas, semua aktivitas dibantu, klien tampak mual, muntah kurang lebih 3-4x sehari, makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, HGB : 9,5 g/dL, SGOT : 414,8 U/L, SGPT : 249,9 U/L, Ureum : 149,2, Creatinin: 4,16, HB : +3 TD : 140/90 mmHg, S:36,2^oc, N: 85x/m, RR: 24 x/m, SPO₂: 96% tanpa oksigen

D. Analisa data

Sign & simtom	Etiologi	Masalah
Ds : klien mengatakan pusing, lelah dan lesu	Resistensi insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
Do : klien tampak lemah, kadar glukosa dalam darah tinggi, Gds : 315 mg/dL, mendapat terapi Novorapid 4 unit/sl. TD : 140/90 mmHg, S:36 ^o c, N: 88x/m, RR: 24 x/m, SPO ₂ : 96% tanpa oksigen, terpasang infus NaCl 20 0,9% tpm.		

<p>Ds : klien mengatakan sesak napa, batuk berdahak</p>	<p>Sekresi yang tertahan</p>	<p>Bersihan jalan napas tidak efektif</p>
<p>Do :klien tampak sesak, betuk berdedahak, terpasang O₂ nasal kanul 5 lpm, pernapasan ronkhi, RR: 24 x/m TD : 140/90 mmHg, S:36,2^oc, N: 88x/m, SPO₂: 96% tanpa oksigen, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm.</p>		
<p>Do : klien mengatakan lemah, cepat lelah,</p>	<p>Kelemahan</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>
<p>Do : klien tampak lemah, sulit beraktifitas, semua aktivitas dibantu, HGB : 9,5 g/dL, SGOT : 414,8 U/L, SGPT : 249,9 U/L, Ureum : 149,2, Creatinin: 4,16, HB : +3, TD : 140/90 mmHg, S:36^oc, N: 88x/m, RR: 24 x/m, SPO₂: 96% tanpa oksigen, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm</p>		
<p>Ds : klien mengatakan mual, muntah, nafsu makan berkurang</p>	<p>ketidak mampuan mencerna makanan</p>	<p>Resiko defisit nutrisi</p>
<p>Do : klien tampak mual, muntah kurang lebih 3-4x sehari, makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas, IMT: 22 (ideal), terpasang infus NaCl 20 tpm, TD : 140/100 mmHg, S:36^oc, N: 88x/m, RR: 24 x/m, SPO₂: 99%.</p>		

II. Diagnosa keperawatan (menurut SDKI)

- a. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan

Ds : klien mengatakan pusing, lelah dan lesu

Do : klien tampak lemah, kadar glukosa dalam darah tinggi, Gds : 315 mg/dL, mendapat terapi Novorapid 4 unit/sl. TD : 140/90 mmHg, S:36,2^oc, N: 85x/m, RR: 24 x/m, SPO₂: 99% tanpa oksigen, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm.

- b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan

Ds : klien mengatakan sesak napa, batuk berdahak

Do : klien tampak sesak, betuk berdedahak, terpasang O₂ nasal kanul 5 lpm, pernapasan ronkhi, RR: 24 x/m, TD : 140/90 mmHg, S:36,2^oc, N: 88x/m, SPO₂: 96% tanpa oksigen, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm.

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan

Do : klien mengatakan lemah, cepat lelah,

Do : klien tampak lemah, sulit beraktifitas, semua aktivitas dibantu, HGB : 9,5 g/dL, SGOT : 414,8 U/L, SGPT : 249,9 U/L, Ureum : 149,2, Creatinin: 4,16, HB : +3, TD : 140/90 mmHg, S:36,2^oc, N: 85x/m, RR: 24 x/m, SPO₂: 96% tanpa oksigen, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm.

d. Resiko defisit nutrisi ditandai dengan ketidak mampuan mencerna makanan dibuktikan dengan

Ds : klien mengatakan mual, muntah, nafsu makan berkurang

Do : klien tampak mual, muntah kurang lebih 3-4x sehari, makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, IMT : 22 (ideal), TD : 140/100 mmHg, S:36°C, N: 88x/m, RR: 24 x/m, SPO₂: 99%

III. Perencanaan (Intervensi) (menurut SLKI ban SIKI)

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Perencanaan
1.	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukos Darah berhubungan dengan Resistensi insulin dirandai dengan</p> <p>Ds : klien mengatakan pusing, lelah dan lesu, klien mengatakan ada riwayat diabetes</p> <p>Do : klien tampak lemah, kadar glukosa dalam darah tinggi, Gds : 315 mg/dL, mendapat terapi Novorapid 4 unit/sl. TD : 140/90 mmHg, S:36°C, N: 88x/m, RR: 24 x/m, SPO₂: 96% tanpa oksigen, terpasang infus NaCl 20 0,9% tpm.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah ketidakstabilan glukosa darah teratasi dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pusing menurun 2. Lelah menurun 3. Kadar glukosa dalam darah membaik 	<p>Manajemen hiperglikemia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor kadar gula darah 3. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Kolaborasi pemberian insulin

<p>2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan</p> <p>Ds : klien mengatakan sesak napa, batuk berdahak</p> <p>Do : klien tampak sesak, batuk berdedahak, terpasang O₂ nasal kanul 5 lpm, pernapasan ronkhi, RR: 24 x/m TD : 140/90 mmHg, S:36,2^oc, N: 88x/m, SPO₂: 96% tanpa oksigen, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah ketidakstabilan glukosa darah teratasi dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif meningkat 2. Roduksi sputum menurun 3. Ronkhi menurun 4. Ferkuensi napas membaik 5. Pola napas membaik 	<p>Manajemen jalan napas</p> <p>obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi tanda vital 2. Monitor suara napas 3. Monitor sputum <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Posisikan semi fowler atau semi fowler 5. Berikan pasien banyak minum air hangat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ajarkan pasien untuk batuk efektif dan napas dalam <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian oksigen 8. Kolaborasi pemberian bronkodilator
<p>3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan</p> <p>Do : klien mengatakan lemah, cepat lelah</p> <p>Do : klien tampak lemah, sulit beraktifitas, semua aktivitas dibantu, HGB : 9,5 g/dL, SGOT : 414,8 U/L, SGPT : 249,9 U/L, Ureum : 149,2, Creatinin: 4,16, HB : +3, TD : 140/90 mmHg, S:36^oc, N: 88x/m,</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lemah menurun 2. Cepat lelah menurun 3. Sulit beraktifitas menurun 	<p>Manajemen energi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obserfasi tanda-tanda vital 2. Monitor keleahan fisik dan emosional 3. Monitor pola tidur dan jam tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Lakukan latihan gerak sederhana 5. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 7. Anjurkan tirah baring

	RR: 24 x/m, SPO ₂ : 96% tanpa oksigen, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm		
4.	Resiko defisit nutrisi ditandai dengan ketidakmampuan mencerna makanan dibuktikan dengan Ds : klien mengatakan mual, muntah, nafsu makan berkurang Do : klien tampak mual, muntah kurang lebih 3-4x sehari, makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas, IMT: 22 (ideal), terpasang infus NaCl 20 tpm, TD : 140/100 mmHg, S:36°C, N: 88x/m, RR: 24 x/m, SPO ₂ : 99%.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktifitas teratasi dengan kriteria hasil 1. Nafsu makan membaik 2. Berat badan membaik 3. Mual dan muntah membaik	Manajemen nutrisi Obsevasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makan yang disukai 4. Monitor berat badan Terapeutik 5. Lakukan oral hygiene sebelum makan 6. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 7. Anjurkan posisi duduk Kolaborasi 8. Kolaborasi dengan ahli gizi

IV. Tindakan Keperawatan (Implementasi)

No	Hari/Tgl	Diagnosa	Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
1.	Kamis 15/06/ 2023	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	09.15	1. Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 140/100 mmHg, S:36°C, N: 88x/m, RR: 24 x/m, SPO ₂ : 99%.	Jam : 13.30 S : klien mengatakan masih pusing, lelah dan lesu O : klien masih tampak lemah,
			09.30	2. Memonitor kadar gula darah	gula darah masih tinggi, GDS : 315,

			Hasil : GDS : 315 mg/dl	TD : 150/100 mmHg, S:36,5°C, N: 86x/m, RR: 24 x/m, SPO ₂ : 98%.
		09.20	3. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia Hasil : Klien mengatakan lelah, pusing dan klien tampak lemah	A : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi P : intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan
		10.40	4. Menganjurkan klien agar tetap menjaga pola makan dan imbangi dengan olahraga Hasil : klien mengerti dengan apa yang dijelaskan dan klien mendapat makanan yg diberikan dari rumah sakit	
		13.00	5. Kolaborasi pemberian insulin Hasil : Melayani Novorapid 4 unit/sl.	
2.	Bersihan jalan napas tidak efektif	09.15	1. mengobservasi tanda vital hasil : TD: 140/100 mmHg, S:36°C, N: 88x/m, RR: 24 x/m, SPO ₂ : 99%. O ₂ nasal kanul 5 lpm.	Jam : 13.35 S : klien mengatakan masih sesak napas dan batuk berdahak O :klien tampak masih sesak, batuk berdedahak, terpasang O ₂ nasal kanul 5 lpm,
		09.20	2. Monitor sputum Hasil : sedikit	

			<p>kental, warna hijau kekuning</p> <p>3. Posisikan pasien semi fowler / fowler</p> <p>Hasil : memposisikan pasien dengan posisi semi fowler</p> <p>4. menganjurkan pasien banyak minum air hangat</p> <p>Hasil : pasien mengerti dan minum air hangat</p> <p>5. mengajarkan pasien untuk batuk efektif dan napas dalam</p> <p>Hasil : pasien mengerti dan dapat melakukannya secara mandiri</p> <p>6. kolaborasi pemberian oksigen Hasil : memberikan O₂ nasal kanul 5 lpm.</p>	<p>pernapasan ronkhi, RR: 24 x/m, TD : 150/100 mmHg, S:36,5°c, N:86x/m, SPO₂:98%.</p> <p>A : masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan</p>
10.00				
11.10				
11.15				
09.15				
3.	Intoleransi aktifitas	09.15	1. memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 140/100 mmHg, S:36°c, N: 88x/m, RR: 24 x/m, SPO ₂ : 99%. O ₂ nasal kanul 5 lpm.	<p>Jam : 13.40</p> <p>S : klien mengatakan masih lemah dan cepat lelah</p> <p>O : klien tampak masih lemah, sulit beraktifitas, semua</p>

	2.	Memonitor kelelahan fisik Hasil : klien tampak lemah dan sulit bergerak	aktivitas masih dibantu, TD : 150/100 mmHg, S:36,5°c, N: 86x/m, RR: 24 x/m, SPO ₂ : 98%. O ₂ nasal kanul 5 lpm.
10.10			
10,15	3.	Memonitor pola tidur dan jam tidur Hasil : klien mengatakan sulir tidur, klien tidur malam jam 23.00/24.00 tapi sering bangun karna merasa sesak dan batuk. Klien tidur siang hanya 30/60 menit.	A : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi P : intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8 dilanjutkan
10.30	4.	melakukan latihan gerak sederhana : Hasil : melatih pasien untuk duduk di tempat tidur dan berpindah ke kursi	
10.30			
	5.	memfasilitasi duduk disisi tempat tidur Hasil : membantu pasien duduk ditempat tidur dan berpindah ke kursi	
10.35			
	6.	menganjurkan melakukan aktivitas secara	

			bertahap Hasil : pasien melakukan aktifitas seperti duduk di sisi tempat tidur dan berpindah kekursi	
		10.50	7. menganjurkan tirah baring Hasil : klien beristirahat jika merasa cape	
4.	Risiko defisit nutrisi	09.40	1. mengidentifikasi status nutrisi Hasil : sebelum sakit klien nafsu makan klien baik. Saat sakit nafsu makan klien menurun, makan sedikit sekitar 10 sendok makan, minum air sekitar 3-4 gelas sedang (\pm 750 cc).	Jam :13.45 S : klien mengatakan masih mual, muntah, nafsu makan berkurang O : klien tampak masih mual, muntah, makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, TD : 150/100 mmHg, S:36,5 ^o c, N: 86x/m, RR: 24 x/m, SPO ₂ : 98%. O ₂ nasal kanul 5 lpm. A : masalah resiko defisit nutrisi belum teratasi
		09.25	2. mengidentifikasi alergi pada obat dan makan Hasil : klien alergi terhadap obat antibiotik dan tidak ada alergi pada makanan	
		09.30	3. mengidentifikasi makan yang disukai Hasil : klien tidak pilih-pilih	P : intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8 dilanjutkan

					makan
			11.50	4.	monitor berat badan Hasil : berat badan klien 60 kg
			12.55	5.	memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil : keluarga klien memberikan klien bubur dari beras merah dan telur ayam kampung
			12.50	6.	menganjurkan posisi semi fowler atau fowler Hasil : posisi klien semi fowler
			12.55	7.	mengkolaborasi dengan ahli gizi Hasil : klien mendapatkan diet bubur dari Ahli gizi rumah sakit.
1	Jumat 16/06/ 2023	Ketidak- stabilan glukosa darah	07.15	1.	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 120/100 mmHg, S:36°C, N: 92 x/m, RR: 22 x/m, SPO ₂ : 99%. Jam : 13.25 S : klien mengatakan masih pusing, lelah dan lesu O : klien masih tampak lemah, gula darah masih tinggi, GDS : 368mg/dl TD :
			08.00	2.	Memonitor kadar gula darah Hasil : GDS : 368mg/dl TD :

			368 mg/dl	130/90 mmHg, S:36,9°c, N: 86x/m, RR: 20x/m, SPO ₂ : 99%.
08.05		3.	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia Hasil : klien mengatakan lelah, pusing dan klien tampak lemah	A : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi
08.10		4.	Menganjurkan klien agar tetap menjaga pola makan dan imbangi dengan olahraga Hasil : klien mengerti dengan apa yang dijelaskan dan klien mendapat makanan yg diberikan dari rumah sakit	P : intervensi 1,2,4,5 dilanjutkan
13.00		5.	Kolaborasi pemberian insulin Hasil : melayani Novorapid 6 unit/sl.	
2	Bersihan jalan napas tidak efektif	07.15	1. mengobservasi tanda vital Hasil : TD : 120/100 mmHg, S:36°c, N: 92 x/m, RR: 20 x/m, SPO ₂ : 96%.O ₂ nasal kanul 3 lpm.	Jam :13.30 S : klien mengatakan sesak napas berkurang dan batuk berdahak O :klien tampak sesak berkurang, betuk berdedahak,
		07.30	2. Monitor sputum Hasil : sedikit kental, warna	terpasang O ₂ nasal kanul 3 lpm, pernapasan ronkhi,

			hijau kekuning	RR: 22 x/m, TD : 130/90 mmHg, S:36,9°c, N:86x/m, SPO ₂ :99%.
		08.20	3. Posisikan pasien semi fowler / fowler Hasil : memposisikan pasien dengan posisi semi fowler	A : masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi P : intervensi 1,3,4,5 dilanjutkan
		08.40	4. menganjurkan pasien banyak minum air hangat Hasil : pasien mengerti dan minum air hangat	
		08.30	5. mengajarkan pasien untuk batuk efektif dan napas dalam Hasil : pasien mengerti dan dapat melakukannya secara mandiri	
3.	Intoleransi aktivitas	07.15	1. memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 120/100 mmHg, S:36°c, N: 92 x/m, RR: 22 x/m, SPO ₂ : 96%.	Jam : 13.35 S : klien mengatakan masih lemah dan cepat lelah berkurang O : klien tampak masih lemah, sulit beraktifitas berkurang, semua aktivitas masih dibantu, TD : 120/90 mmHg, S:36,9°c, N: 92
		09.00	2. Memonitor kelelahan fisik Hasil : klien tampak lemah dan sulit bergerak	

09.10	3.	Memonitor pola tidur dan jam tidur Hasil : klien mengatakan sulir tidur, klien tidur malam jam 23.00/24.00 tapi sering bangun karna merasa sesak dan batuk. Klien tidur siang hanya 30/60 menit.	x/m, RR: 20 x/m, SPO ₂ : 99%. O ₂ nasal kanul 3 lpm. A : masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi P : intervensi 1,2,3,4,6,7 dilanjutkan
09.30	4.	melakukan latihan gerak sederhana : Hasil : melatih pasien untuk duduk di tempat tidur dan berpindah ke kursi	
09.35	5.	memfasilitasi duduk disisi tempat tidur Hasil : membantu pasien duduk ditempat tidur dan berpindah ke kursi	
09.50	6.	menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Hasil : pasien melakukan aktifitas seperti duduk di sisi tempat tidur dan berpindah kekursi	

		09.55	7. menganjurkan tirah baring Hasil : klien beristirahat jika merasa cape	
4.	Risiko defisit nutrisi	07.30	1. mengidentifikasi status nutrisi Hasil : sebelum sakit klien nafsu makan klien baik. Saat sakit nafsu makan klien menurun, makan sedikit sekitar 10 sendok makan, minim air sekitat 3-4 gelas sedang (\pm 750 cc).	Jam :13.40 S : klien mengatakan mual berkurang, muntah berkurang, nafsu makan berkurang O : klien tampak masih mual berkurang, muntah berkurang, makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air
		07.30	2. mengidentifikasi makan yang disukai Hasil : klien tidak pilih-pilih makan	terbatas, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, TD : 120/90 mmHg, S:36,9 ^o c, N: 92 x/m, RR: 20 x/m, SPO ₂ : 99%. O ₂ nasal kanul 3 lpm.
		06.30	3. melakukan oral hygiene sebelum makan Hasil : membantu pasien sikat gigi sebelum makan	A : masalah resiko defisit nutrisi sebagian teratasi P : intervensi 1,5,6,7,8 dilanjutkan
		12.50	4. memerikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil : keluarga klien memberikan klien bubbur dari beras merah dan telur ayam	

kampung

12.52 5. menganjurkan posisi semi fowler atau fowler
Hasil : posisi klien semi fowler

12.55 6. Kolaborasi dengan ahli gizi
Hasil : klien mendapatkan diet bubur dari Ahli gizi rumah sakit.

1	Sabtu 17/06/ 2023	Ketidak- stabilan kadar glukosa darah	07.15	1. Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 140/80 mmHg, S:36,9 ^o c, N: 98 x/m, RR: 22 x/m, SPO ₂ : 100%.	Jam :13.45 S : klien mengatakan pusing berkurang, lelah dan lesu berkurang
			08.00	2. Memonitor kadar gula darah Hasil : GDS : 319 mg/dl	O : klien tampak lemah berkurang, gula darah masih tinggi, GDS : 319 mg/dl, TD : 140/90 mmHg, S:36,4 ^o c, N: 88x/m, RR: 20x/m, SPO ₂ : 100%.
			08.05	3. Menganjurkan klien agar tetap menjaga pola makan dan imbangi dengan olahraga Hasil : klien mengerti dengan apa yang dijelaskan dan lien mendapat makanan yg diberikan dari rumah sakit	A : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan

		13.00	4. Kolaborasi pemberian insulin Hasil : melayani Novorapid 6 unit/sl.	
2	Bersihkan jalan napas tidak efektif	07.15	1. mengobservasi tanda vital Hasil : TD : 140/80 mmHg, S:36,9 ^o c, N: 98 x/m, RR: 22 x/m, SPO ₂ : 100%. O ₂ nasal kanul 3 lpm.	Jam : 13.50 S : klien mengatakan sesak napas berkurang dan batuk berdahak O : klien tampak sesak berkurang, betuk berdedahak, terpasang O ₂ nasal kanul 3 lpm, pernapasan ronkhi, TD : 140/80 mmHg, S:36,4 ^o c, N: 88x/m, RR: 20x/m, SPO ₂ : 100%.
		07.25	2. Posisikan pasien semi fowler / fowler Hasil : memposisikan pasien dengan posisi semi fowler	
		08.30	3. menganjurkan pasien banyak minum air hangat Hasil : pasien mengerti dan minum air hangat	A : masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan
		08.20	4. mengajarkan pasien untuk batuk efektif dan napas dalam Hasil : pasien mengerti dan dapat melakukannya secara mandiri	

3	Intoleransi aktivitas	07.15	1. memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 140/80 mmHg, S:36,9°C, N: 98 x/m, RR: 22 x/m, SPO ₂ : 100%.	Jam : 13.55 S : klien mengatakan masih lemah dan cepat lelah berkurang O : klien tampak masih lemah, sulit beraktifitas berkurang, semua aktivitas masih dibantu, TD : 140/80 mmHg, S:36,4°C, N: 88x/m, RR: 20x/m, SPO ₂ : 100%. terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, O ₂ nasal kanul 3 lpm.
		08.10	2. Memonitor kelelahan fisik Hasil : klien tampak lemah dan sulit bergerak	
		08.15	3. Memonitor pola tidur dan jam tidur Hasil : klien mengatakan sulit tidur, sering bangun karna merasa sesak dan batuk. Klien tidak bisa tidur siang.	A : masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan
		08.35	4. melakukan latihan gerak sederhana Hasil : melatih pasien untuk duduk di tempat tidur dan berpindah ke kursi	
		08.45	5. menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Hasil : pasien melakukan aktifitas seperti duduk di sisi tempat tidur dan berpindah	

			kekursi	
		09.00	6. menganjurkan tirah baring Hasil : klien beristirahat jika merasa cape	
4	Risiko defisit nutrisi	07.50	1. mengidentifikasi status nutrisi Hasil : nafsu makan klien menurun, makan sedikit sekitar 15 sendok makan, minum air sekitar 3-4 gelas sedang (\pm 750 cc).	Jam : 14.00 S : klien mengatakan mual berkurang, muntah berkurang, nafsu makan berkurang O : klien tampak masih mual berkurang, muntah berkurang, makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas, , Td : 140/80 mmHg, S:36,4 ^o c, N: 88x/m, RR: 20x/m, SPO ₂ : 100%. terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, O ₂ nasal kanul 3 lpm,
		06.30	2. melakukan oral hygiene sebelum makan Hasil : membantu pasien sikat gigi sebelum makan	
		12.40	3. memerikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil : keluarga klien memberikan klien bubur dari beras merah dan telur ayam kampung	A : masalah resiko defisit nutrisi tidak terjadi
		12.45	4. menganjurkan posisi semi fowler atau fowler Hasil : posisi klien semi fowler	P : intervensi dilanjutkan

12.55 5. Kolaborasi
dengan ahli gizi
Hasil : klien
mendapatkan diet
bubur dari Ahli
gizi rumah sakit.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



a. Data Diri

Nama : Yudi Meliaki Anabanu
Tempat/tanggal lahir : Nunkolo, 13 Mei 2002
Alamat : Jln. Marilonga
Jenis kelamin : Laki-Laki
Agama : Protestan

b. Riwayat Pendidikan

1. SD GMIT Nunkolo 2
2. SMP Negeri Hoineno
3. SMA Negeri 2 Ende
4. Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende

MOTTO

**“SELALU MENGUCAP SYUKUR DENGAN APA YANG DIMILIKI
KARENA BELUM TENTU ORANG LAIN MEMILIKI
APA YANG KITA MILIKI”**

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN
DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MILITUS (DM)
TIPE II DI RSUD ENDE

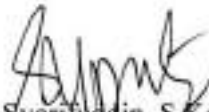
OLEH

YUDI MELIAKI ANABANU
NIM : PO.5303202200532

Proposal Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diperiksa Dan Disetujui
Oleh Pembimbing Untuk Diujikan

Ende, 17 Juli 2023

Pembimbing I



Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.198811102020121002

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN
DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MILITUS (DM)
TIPE II DI RSUD ENDE**

OLEH

YUDI MELIAKI ANABANU
NIM : PO.5303202200532

Karya Tulis Ilmiah ini telah diujikan dan dipertanggung jawabkan
Pada tanggal 17 Juli 2023

Penguji

Ketua



Rif'atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 198809222020122005

Anggota



Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.198811102020121002

Disahkan Oleh:

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



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

INFORMED CONSENT

(persetujuan menjadi partisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa: saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh : Yudi Meliaki Anabanu, dengan judul: ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MILITUS (DM)

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

Ende, 15 Mei 2023

Saksi



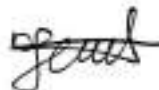
Margareta Dago

Yang memberikan persetujuan



Yohanes Woda Moa

Peneliti



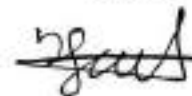
Yudi Meliaki Anabanu
Nim. PO5303202200532

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak / Ibu / Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Militus (DM)"
Tujuan dari studi kasus ini adalah Untuk mengetahui dan melaksanakan proses asuhan keperawatan pada Tn. Y.W.M dengan diabetes melitus (DM) tipe II di ruangan RPD I & II RSUD Ende, yang dapat memberi manfaat berupa pasien dan keluarga dapat mengetahui tentang DM yang diderita pasien dan mengetahui ara penanganan pasien dengan Diabetes Melitus (DM)
2. Studi kasus ini akan berlangsung selama mulai dari 15-17 juni 2023.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian / pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20 – 30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan / memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP : 085333020216

Ende, 15 Mei 2023

Peneliti



Yudi Meliaki Anabanu
Nip. PO5303202200532

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Yudi Meliaki Anabanu
NIM : PO. 5303202200532
Program Studi : D III Keperawatan Ende
judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. Y.W.M
DENGAN DIAGNOSA DIABETES MELITUS DI
RPD III RSUD ENDE

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

Ende, 11 juli 2023
Yang Membuat Pernyataan




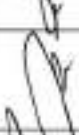
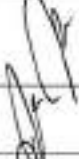
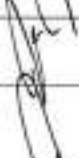







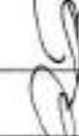

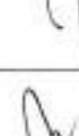

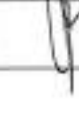
YUDI MELIAKI ANABANU
NIM. PO. 5303202200532

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

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : YUDI MELIAKI ANABANU
NIM : PO5303202200532
Pembimbing : Syaputra Artama Syarifiddin S.Kep.,Ns.,M.Kep


No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	24/02/2023	Mengusulkan judul	1. Judul tentang Diabetes Melitus 2. ACC	
2.	02/03/2023	Konsul BAB I Latar Belakang	1. Perbaiki cara pengetikan 2. Perbaiki cara penulisan daftar pustaka 3. Mencari sumber terbaru unruk memperbaiki latar belakang	
3.	06/03/2023	Konsul BAB I latar belakang	1. Perbaiki tujuan umum dan tujuan khusus 2. Tambahkan kalimat penghubung untuk dampak 3. Perbaiki cara pengetikan daftar pustaka	
4.	16/03/2023	Konsul BAB I	1. Lanjut BAB II	
5.	27/03/2023	Konsul BAB II bagian konsep dasar teori	Lengkapi sumber dan selesaikan BAB II	
6.	04/04/2023	Konsul BAB II	Lanjut selesaikan sampai BAB III	
7.	08/05/2023	Konsul BAB II dan BAB III	1. Perbaiki interfensi dan BAB III sesuai arahan 2. Tambahkan lembar persetujuan dan pengesahan 3. lengkapi sumber-sumber dan daftar pustaka spasi 1	

8.	16/05/2023	Konsul BAB II dan BAB III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki penulisan diagnose 2. Perbaiki penulisan manfaat 3. Tambahkan pemeriksaan diagnostic 4. Sesuaikan penulisan intervensi 	
9.	19/05/2023	Konsul BAB II dan BAB III	<ol style="list-style-type: none"> 1. perbaiki pengkajian 2. perbaiki pemeriksaan fisik cari sumber terbaru 3. tambahkan daftar isi 	
10.	22/05/2023	Konsul BAB II dan BAB III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki penulisan daftar pustaka sesuai abjad 2. ACC Proposal Karya Tulis Ilmiah 	
11.	25/05/2023	Konsul PPT	Tambahkan tujuan dan manfaat serta belajar untuk ujian	
12.	16/06/2023	Format pengkajian pada Tn, Y.W.M	Lengkapi semua data-data dalam pengkajian secara lengkap	
13.	3/07/2023	Format askep pada Tn. Y.W.M	Lanjutkan BAB IV dan V	
14.	6/07/2023	BAB V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki penulisan 2. Perbaiki panulisan implementasi 3. Tambahkan BAB IV bagian B dan BAB V 	
15.	11/07/2023	BAB IV dan BAB V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki penulisan 2. Perbaiki pembahasan 3. Perbaiki kesimpulan 4. Perbaiki pemeriksaan fisik sesuai yang dijelaskan 	
16	13/07/2023	KTI	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACC 2. Lanjut mambuat PPT 	

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

LEMBAR KONSULTASI REFISI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : YUDI MELIAKI ANABANU
NIM : PO5303202200532
Penguji : Rif atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
1.	30/05/2023	Konsul refisi proposal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menambahkan pemeriksaan Hba1c pada pemeriksaan dignostik 2. Perbaiki awal kalimat sebelum masuk nama penulis 3. Tambahkan Iformed Consnt pada prosedur studi kasus BAB IV 4. Perbaiki daftar pustaka 	
2.	02/06/2023	Konsul refisi proposal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki penulisan nama tempat pada latar belakang 2. Tambahkan sumber pada gambar Anatomi 3. Perbaiki penulisan pathway 4. Rapihkan penulisan pada intervensi 5. Perbaiki daftar pustaka 6. Tambahkan daftar pustaka (20 sumber) 	
3.	07/06/2023	Konsul refisi proposal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki satu daftar pustaka yang masi salah 2. Lanjut urus surat untuk Studi Kasus 	

4.	20/07/2023	Konsul refisi KTI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki penulisan 2. Perbaiki penulisan pada BAB 1 bagian tujuan 3. Rubah tabel menggunakan tabel terbuka 	<i>Amulya</i>
5.	7/08/2023	Konsul refisi KTI	ACC	<i>Amulya</i>