

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny L. J DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE



OLEH:

MARIA SKOLASTIKA MARICHI MEO
PO.5303202210060

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE
TAHUN 2023/2024

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. L. J DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE

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



OLEH:

MARIA SKOLASTIKA MARICHI MEO
NIM. PO.5303202210060

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE
2023/2024

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Maria Skolastika Marichi Meo
NIM : PO5303202210060
Program Studi : D-III Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis : Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada
Ny. L. J Dengan Diagnosa Medis Diabetes
Melitus Di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD
Ende.

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

Ende, 13 September 2024

Yang membuat pernyataan

Maria Skolastika Marichi Meo

NIM. PO.5303202210060

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. L. J DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE

OLEH :

Maria Skolastika Marichi Meo
NIM. PO5303202210060

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

Ende, 13 September 2024

Pembimbing



Marthina Bedho, S. ST., M. Kes
NIP. 196006271985032001

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende

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



LEMBAR PENGESAHAN

**KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. L. J DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE**

OLEH:


MARIA SKOLASTIKA MARICHI MEO
PO5303202210060

Penguji Ketua



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., MSc
NIP. 197401132002122001

Penguji Anggota



Marthua Bedho, S. ST., M. Kes
NIP. 196006271985032001

Disahkan oleh:



Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. L. J Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende” dapat terselesaikan dengan baik. Laporan Karya Tulis Ilmah ini di susun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Ende. Oleh karena itu sudah sepatasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan banyak terima kasih kepada:

1. Bapak Irfan, SKM., M.Kes, selaku Direktur Poltekes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan Diploma III Keperawatan di Poltekes Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Kom, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk menambah ilmu di lembaga ini.
3. Dr. Ester Puspita Jelita, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melaksanakan studi di RSUD Ende.
4. Ibu Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns.,MSc, selaku penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk menguji penulis.

5. Ibu Marthina Bedho, S.ST.,M.Kes, selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
 6. Kedua orang tua, terimakasih Bapak Paulus dan Mama Marieta, atas doa yang tidak pernah putus serta dukungan materi yang tidak dapat di hitung sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
 7. Untuk adik Jeri, Yonis, Gio, terimakasih atas motivasi dan dukungan kalian.
 8. Untuk teman-teman satu angkatan terimakasih untuk semua dorongan dan semangat yang kalian berikan.
 9. Semua pihak yang penulis tidak dapat sebutkan namanya satu persatu, terimakasih atas dukungan semangat yang telah di berikan kepada penulis.
- Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga penulis sangat membutuhkan masukan dan koreksi yang bersifat membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis mwngucapkan limpah terimakasih dan berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membacanya.

Ende, 13 September 2024

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. L. J DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE

Maria Skolastika Marichi Meo
Marthina Bedho, S. ST., M. Kes

Latar Belakang Diabetes Melitus adalah penyakit gangguan metabolisme tubuh yang menahun akibat hormone insulin dalam tubuh yang tidak dapat di gunakan secara efektif dalam mengatur keseimbangan gula darah sehingga meningkatkan konsentrasi kadar gula di dalam darah (Febrinasari et al., 2020).

Tujuan dari penulisan ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan pada Ny. L. J dengan diagnosa medis Diabetes Melitus di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

Metode yang di lakukan dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

Hasil pengkajian yang di temukan pada Ny. L. J yaitu badan lemah, mual, nyeri pinggang, pernah kejang, nafsu makan berkurang, makan tampak sedikit, sering merasa haus dan BAK pada malam hari, klien terbaring lemah di tempat tidur semua aktivitas di bantu. Keadaan umum lemah, Tanda-tanda vital TD : 145/75 mmHg, S : 36,4°C, N : 89x/menit, SPO2 : 99%. RR : 23x/menit. Wajah tampak pucat, tampak lemah, tampak meringis, kekuatan otot lemah. Diagnosa keperawatan pada Ny. L. J yaitu risiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan sirkulasi kurang memadai, ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kurangnya insulin, gangguan nyaman nyeri berhubungan dengan gejala penyakit, intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan produksi energy metabolik, defisit nutrisi berhubungan dengan katabolisme meningkat. Intervensi keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah di tunjukan untuk mengatasi masalah yang di alami pasien. Implementasi yang telah di lakukan penulis untuk mengatasi masalah yang di hadapi pasien sudah sesuai dengan intervensi yang di rencanakan. Tindakan di lakukan dari tanggal 31, 1, 2 September 2024 yaitu lima diagnosa keperawatan yang muncul masalah. Masalah masalah yang tertasi sebagian yaitu risiko perfusi perifer tidak efektif, ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan nyaman nyeri, intoleransi aktivitas, defisit nutrisi.

Kesimpulan dari studi kasus ini adalah masalah pada Ny. L. J belum teratasi. Saran untuk keluarga dan pasien harus mengetahui cara perawatan Diabetes Melitus pada pasien dan berperan aktif dalam proses penyembuhan pasien.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Diabetes Melitus.

ABSTRACT

NURSING CARE FOR Mrs. L. J WITH A MEDICAL DIAGNOSIS OF DIABETES MELLITUS IN THE INTERNAL DISEASE ROOM III OF ENDE REGIONAL HOSPITAL

Maria Skolastika Marichi Meo
Marthina Bedho, S. ST., M. Kes

Background Diabetes Mellitus is a chronic metabolic disorder caused by the insulin hormone in the body which cannot be used effectively to regulate blood sugar balance, thereby increasing the concentration of sugar levels in the blood. (Febrinasari et al., 2020).

The purpose of this writing is to provide nursing care to Mrs. L. J with a medical diagnosis of Diabetes Mellitus in the Internal Medicine Ward III of Ende Regional General Hospital.

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

The results of the assessment found in Mrs. L. J were weak body, nausea, back pain, had seizures, decreased appetite, eating seemed a little, often feeling thirsty and urinating at night, the client was lying weak in bed, all activities were assisted. General condition was weak, Vital signs were BP: 145/75 mmHg, S: 36.4 ° C, N: 89x / minute, SPO2: 99%. RR: 23x / minute. The face looked pale, looked weak, looked grimacing, weak muscle strength. Nursing diagnoses in Mrs. L. J were the risk of ineffective peripheral perfusion related to inadequate circulation, unstable blood glucose levels related to lack of insulin, discomfort, pain related to symptoms of the disease, activity intolerance related to decreased metabolic energy production, nutritional deficits related to increased catabolism. Nursing interventions were in accordance with the nursing plan that had been shown to overcome the problems experienced by the patient. The implementation that the author had carried out to overcome the problems faced by the patient was in accordance with the planned interventions. Actions were taken from 31, 1, 2 September 2024, namely five nursing diagnoses that emerged as problems. The problems that were partially resolved were the risk of ineffective peripheral perfusion, instability of blood glucose levels, discomfort and pain, activity intolerance, and nutritional deficits.

The conclusion of this case study is that the problem of Mrs. L. J has not been resolved. Suggestions for families and patients should know how to treat Diabetes Mellitus in patients and play an active role in the patient's healing process.

Keywords : Nursing Care, Diabetes Mellitus.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
BAB 1	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan	4
D. Manfaat Studi kasus	5
E. Metode Studi kasus	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Dasar Diabetes Melitus	6
1. Definisi.....	6
2. Patologi anatomi.....	6
3. Anatomi fisiologi.....	7
4. Klasifikasi diabetes.....	9
5. Etiologi.....	10
6. Patofisiologi.....	11
7. Pathway	12
8. Manifestasi klinis.....	13
9. Pemeriksaan fisik	14
10. Pemeriksaan diagnostik.....	14
11. Penatalaksanaan	15
12. Komplikasi	17
13. Pencegahan	19
B. Konsep Masalah Keperawatan	21
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	32
1. Pengkajian.....	32
2. Diagnosa keperawatan	34
3. Rencana keperawatan	36
4. Implementasi keperawatan	48

5. Evaluasi keperawatan	48
BAB III METODE STUDI KASUS.....	49
A. Desain Studi Kasus.....	49
B. Subyek Studi Kasus	49
C. Batasan Istilah (Defenisi Operasional).....	50
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus.....	50
E. Prosedur Studi Kasus.....	50
F. Teknik Pengumpulan Data.....	51
G. Instrument Pengumpulan Data.....	51
H. Keabsahan Data.....	42
I. Analisa Data.....	52
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	53
A. Hasil studi kasus	53
B. Pembahasan.....	97
BAB V PENUTUP	104
A. Kesimpulan	104
B. Saran	106
DAFTAR PUSTAKA.....	107

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Diabetes melitus sampai saat ini menjadi permasalahan kesehatan penting di dunia termasuk di Indonesia, karena kasusnya yang terus terjadi dan mengalami peningkatan. Penyakit ini merupakan penyakit metabolik yang di tandai dengan hiperglikemia kronis yang di akibatkan karena kerusakan/defisiensi sekresi insulin, kerusakan respon terhadap hormon insulin ataupun keduanya (IDF, 2021).

Diabetes melitus (DM) adalah penyakit gangguan metabolisme tubuh yang menahun akibat hormon insulin dalam tubuh yang tidak dapat di gunakan secara efektif dalam mengatur keseimbangan gula darah sehingga meningkatkan konsentrasi kadar gula di dalam darah (hiperglikemia) (Febrinasari et al., 2020).

Internasional Diabetes Federation (IDF) pada tahun 2022 melaporkan bahwa 537 juta orang dewasa (20-79 tahun) hidup dengan diabetes di seluruh dunia. Jumlah ini di perkirakan akan meningkat menjadi 643 juta (1 dari 8 orang dewasa) pada tahun 2045. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melaporkan jumlah penderita diabetes melitus pada tahun 2021 sebanyak 19,47 juta jiwa. (Kemenkes RI, 2022). Tahun 2018 jumlah kasus diabetes melitus di Nusa Tenggara Timur sebanyak 74.867 kasus dan mengalami penurunan kasus di tahun 2019 menjadi 30.557 kasus dengan penderita terbanyak DM yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar

sebanyak 21.874 orang (71,6%). Melihat dari data Profil Kesehatan Nusa Tenggara Timur, pada tahun 2018 Kabupaten Ende menempati urutan ke 11 untuk data diabetes melitus menurut kabupaten/kota di Provinsi Nusa Tenggara Timur dengan jumlah 700 kasus dan yang mendapat pelayanan kesehatan sebanyak 700 orang (100%) (Dinkes NTT, 2018). Kasus diabetes mellitus di Puskesmas Kota Ende tahun 2019 sebanyak 119 kasus dan mengalami peningkatan di tahun 2020 menjadi 212 kasus. Data penderita Diabetes Melitus di RSUD Ende pada tahun 2020 sebanyak 26 orang, pada tahun 2021 mengalami penurunan yaitu jumlah kasus 16 orang, pada tahun 2022 sebanyak 13 orang dan pada tahun 2023 kasus Diabetes Melitus kembali mengalami peningkatan dengan jumlah kasus sebanyak 19 orang.

Dampak yang terjadi pada pasien diabetes melitus perlu di atasi untuk mencegah komplikasi yang akan membahayakan keselamatan pasien diabetes melitus, komplikasi yang dapat di timbulkan yaitu hiperglikemia dan hipoglikemia karena tubuh akan kekurangan insulin yang berfungsi dalam proses perubahan glukosa menjadi energi, kerusakan pada kardiovaskuler dapat menyebabkan lemak menumpuk di dinding pembuluh darah, kerusakan ginjal dapat menyebabkan ginjal bekerja terlalu keras sehingga memicu terjadinya kerusakan pembuluh darah kecil (glomeruli), kaki diabetik dapat menghambat sirkulasi darah kebagian kaki serta kerusakan saraf kaki dan ketoasidosis diabetik jika di hasilkan berlebihan akan menumpuk di dalam darah dan menimbulkan gejala dehidrasi berat (seperti haus berlebihan, sering

buang air kecil, dan tubuh lemas) serta berujung pada kematian (Webster et al,2019).

Salah satu upaya yang merupakan program pemerintah untuk menekan kejadian diabetes melitus yaitu: melalui pemberdayaan masyarakat. Sebagai bagian dari upaya pencegahan DM pemerintah Indonesia telah membentuk Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) PTM (penyakit tidak menular), sebagai upaya terdepan pencegahan dan pengendalian PTM yang salah satunya adalah penyakit DM. Tiga hal utama yang perlu di lakukan menekan kejadian DM yaitu: pertama perubahan perilaku yang terkait makanan sehat dan berimbang, aktifitas fisik, menghindari diri dari rokok dan alkohol. Kedua yaitu: melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala, dan ketiga adalah perbaikan tatalaksana penanganan penderita dengan memperkuat pelayanan kesehatan primer (KEMENKES 2018).

Pencegahan DM yang di dasari oleh pengetahuan DM akan lebih langgeng di bandingkan perilaku yang tidak di dasarkan oleh pengetahuan. Pengetahuan merupakan titik tolak terjadinya perubahan perilaku seseorang yang akan mempengaruhi tingkat kepatuhan seseorang. Tingkat pengetahuan yang kurang merupakan salah satu faktor yang menjadi penghambat dalam perilaku kepatuhan dalam kesehatan karena mereka yang mempunyai pengetahuan yang rendah cenderung sulit untuk mengikuti anjuran dari petugas kesehatan. Pendidikan kesehatan tentang DM adalah pendidikan dan pelatihan mengenai pengetahuan dan keterampilan pencegahan DM bagi masyarakat yang bertujuan menunjang perubahan perilaku sehingga tercapai

kualitas hidup yang lebih baik. Pendidikan kesehatan yang di berikan secara terus menerus dapat berkontribusi terhadap keberhasilan pencegahan DM. semakin sering seseorang mendapatkan pendidikan kesehatan tentang DM, maka akan semakin baik pula pencegahan DM.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam karya tulis ilmiah adalah”Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. L. J dengan diagnosa medis Diabetes Melitus di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah Ende”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk meningkatkan kemampuan penulis dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus melalui pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan asuhan keperawatan penulis mampu :

- a. Mengetahui teori diabetes mellitus
- b. Melakukan pengkajian pada pasien Ny. L. J dengan diagnosa medis diabetes melitus.
- c. Merumuskan diagnosa pada pasien Ny. L. J dengan diagnosa medis diabetes melitus.
- d. Menyusun perencanaan pada pasien Ny. L. J dengan diagnosa medis diabetes melitus.

- e. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien Ny. L. J dengan diagnosa medis diabetes melitus.
- f. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Ny. L. J dengan diagnosa medis diabetes melitus.
- g. Menganalisa kesenjangan yang terjadi antara teori dan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ny. L. J dengan diagnosa medis diabetes melitus di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi institusi pendidikan

Sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan penulis dalam memahami asuhan keperawatan kepada pasien dengan diagnosa medis diabetes melitus.

2. Bagi rumah sakit

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

3. Bagi masyarakat/pasien

Menambah pengetahuan tentang perawatan dan pencegahan penyakit diabetes melitus.

E. Metode Studi Kasus

Metode penulisan dengan mencari referensi atau literatur yang berhubungan dengan materi terkait penyakit diabetes mellitus baik dari perpustakaan maupun dari internet yang memberikaan informasi prevelensi penyakit diabetes melitus.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Diabetes Melitus

1. Definisi

Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit gangguan metabolisme tubuh yang menahun akibat hormon insulin dalam tubuh yang tidak dapat di gunakan secara efektif dalam mengatur keseimbangan gula darah sehingga meningkatkan konsentrasi kadar gula di dalam darah (hiperglikemia) (Febrinasari et al., 2020).

Diabetes Melitus merupakan gangguan proses metabolisme gula darah yang berlangsung kronik di tandai dengan tingginya kadar gula darah (hiperglikemia) yang di akibatkan oleh gangguan pengeluaran insulin, resistensi insulin atau keduanya (Lufthiani, 2020).

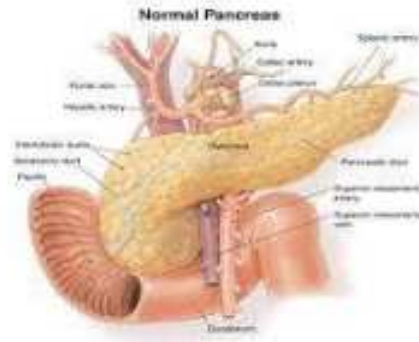
2. Patologi Anatomi

Pankreas

Salah satu penyakit pada pankreas yaitu diabetes melitus mengakibatkan gangguan pada pankreas sehingga metabolisme rendah dan produksi insulin menurun karena dari insulin yang tidak dapat mengubah glukosa menjadi glikogen sehingga glukosa tidak dapat masuk ke sel dan kadar gula darahnya meningkat dan mengalami hiperglikemia.

3. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi Pankreas



Gambar 2.1 Anatomi pankreas (Maria, 2021)

Menurut (Maria, 2021), Pankreas adalah suatu organ yang terdiri dari jaringan eksokrin dan endokrin. Pankreas terletak di kuadran kiri dan rongga abdomen dan menghubungkan lengkung duodenum dan limpa. Bagian eksokrin mengeluarkan larutan encer alkalis serta enzim pencernaan melalui duktus pankreatikus ke dalam lumen saluran cerna. Di antara sel-sel eksokrin di seluruh pankreas tersebar kelompok-kelompok (pulau) sel endokrin yang dikenal sebagai pulau Langerhans atau sel endokrin yang memproduksi hormon ini disebut sel pulau Langerhans sel endokrin pankreas yang terbanyak adalah sel beta, tempat sintesis dan sekresi insulin, dan sel alfa yang menghasilkan glukagon. Sel yang memproduksi hormon berkumpul dalam kelompok sel yang disebut islet Langerhans (Pulau Langerhans).

b. Fisiologi Pankreas

Fungsi pankreas terbagi menjadi dua, yaitu fungsi esokrin dan endokrin. Berikut ini adalah penjelasan mengenai kedua fungsi pankreas yang perlu di pahami antara lain:

1) Fungsi esokrin

Sebagai kelenjar esokrin pankreas berfungsi menghasilkan enzim pencernaan yang di alirkan ke saluran cerna. Enzim tersebut memiliki fungsinya masing-masing yaitu:

- a. Enzim lipase untuk meguraikan lemak
- b. Enzim protase untuk mencerna protein menjadi asam amino
- c. Enzim amilase untuk menguraikan karbohidrat menjadi gula darah atau glukosa.

2) Fungsi endokrin

Kelenjar endokrin adalah kelenjar yang menyalurkan zat tertentu ke dalam peredaran darah. Fungsi kelenjar endokrin pada pankreas adalah untuk menghasilkan hormon insulin dan glukagon. Produk enzim akan di salurkan dari pankreas ke duodenum melalui saluran pankreas utama. Mengatur kadar gula dalam darah melalui pengeluaran glukagon, yang menambah kadar gula dalam darah dengan mempercepat tingkat pelepasan dari hati.

Fungsi pankreas sangatlah penting dalam sistem pencernaan dan metabolisme. Selain dapat memproduksi hormon, pankreas juga memiliki fungsi utama sebagai organ yang memproduksi enzim untuk menghancurkan dan mencerna makanan di dalam perut.

4. Klasifikasi Diabetes Melitus

Klasifikasi diabetes mellitus menurut (Hardianto,2021) yaitu:

a. Diabetes mellitus tipe 1

Diabetes tipe ini biasa di kenal juga dengan diabetes autoimun. Pemicu diabetes tipe ini belum di ketahui dengan pasti, namun dugaan yang paling kuat ialah diabetes tipe ini di akibatkan oleh faktor genetik penderita yang juga di pengaruhi oleh faktor dari lingkungannya. Diabetes ini dapat terjadi karena sistem kekebalan di dalam tubuh menyerang dan juga menghancurkan sel pankreas yang bekerja untuk memproduksi insulin.

b. Diabetes mellitus tipe 2

Diabetes tipe ini ialah yang paling sering di temukan khususnya pada orang dewasa. Diabetes tipe 2 ini terjadi saat tubuh mengalami resisten pada insulin atau tubuh tidak dapat lagi menghasilkan insulin yang cukup.

c. Diabetes mellitus gestasional

Diabetes gestasional ialah diabetes yang terjadi saat kehamilan. Sering terjadi pada trimester ke-2 dan dan ke-3 saat hamil, di karenakan hormon yang di sekresi oleh plasenta dapat menghambat kinerja pada insulin.

d. Diabetes mellitus tipe lain

Diabetes tipe lain ialah diabetes yang berhubungan dengan gangguan pada hormon, genetik, penyakit pada pankreas, penyakit lain ataupun pengaruh dari penggunaan obat-obatan.

5. Etiologi

Penyebab diabetes mellitus menurut (Wiwik Retti Andriani, 2023)

yaitu:

a. DM tipe 1

Diabetes akibat tidak adanya produksi insulin, di derita anak-anak atau remaja. Berkurangnya produksi insulin yang mengatur kadar gula darah dalam tubuh. Penyebabnya di sebabkan faktor autoimun, bukan faktor keturunan, DM tipe ini membutuhkan insulin dari luar seumur hidup.

b. DM tipe 2

Diabetes yang di sebabkan ketidakcukupan atau ketidakefektifan kerja insulin (penderita dewasa). Di sebabkan karena faktor obesitas dan keturunan. Menimbulkan komplikasi saat tidak di kontrol/kendalikan.

c. DM gestasional

Diabetes akibat gangguan hormonal, terjadi pada wanita hamil trimester ke-2 dan ke-3. Gejala seperti DM pada umumnya (tipe lain).

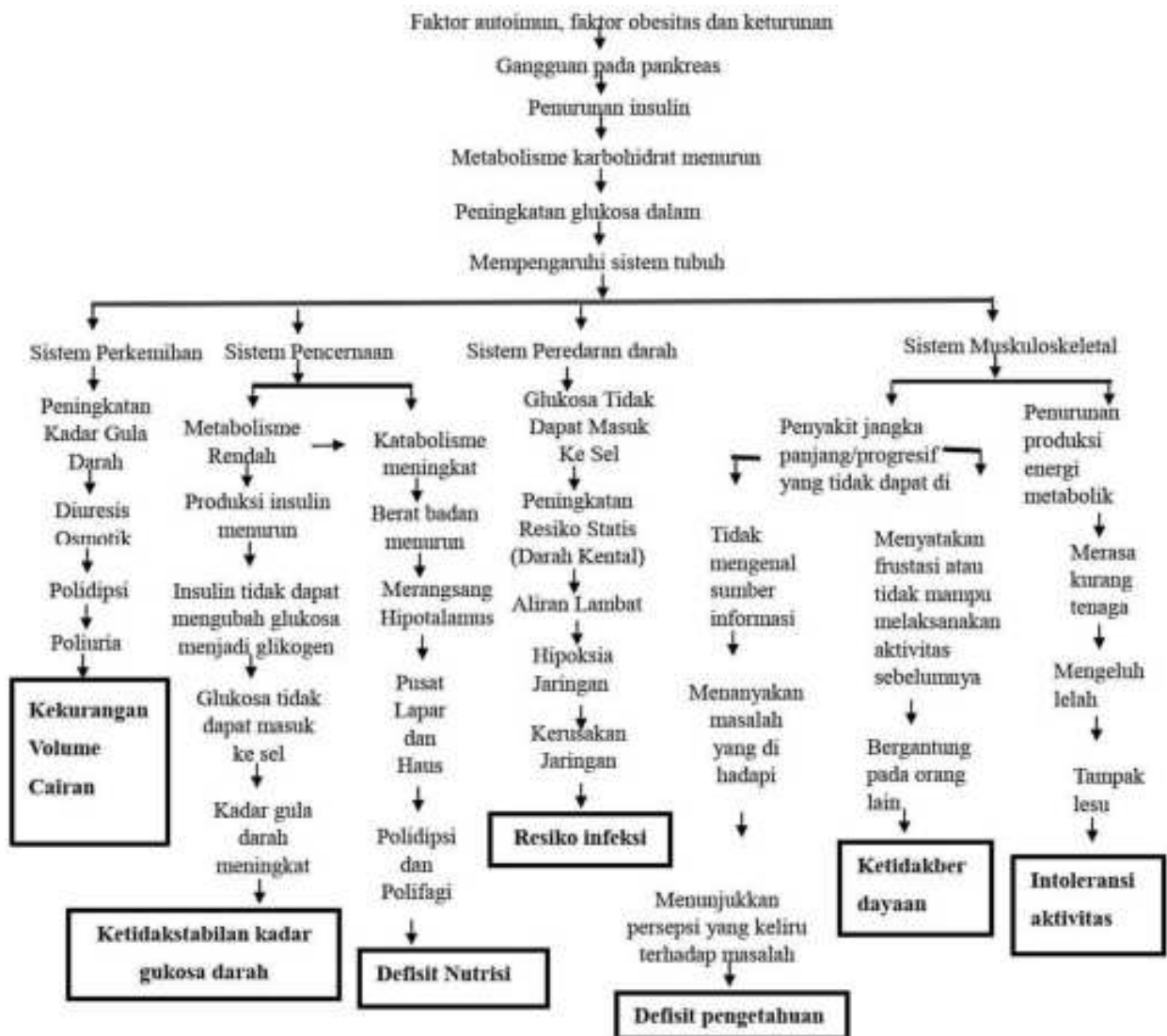
d. DM tipe lain

Diabetes yang di sebabkan karena pemakaian obat, bahan kimia. Biasa juga di sebabkan faktor di luar pancreas (fibrosis, kistik, pankreatitis). Penyebab lainnya adalah syndrome genetik lain yang berkaitan dengan DM.

6. Patofisiologi

Faktor yang memicu terjadinya Diabetes Melitus yaitu faktor autoimun, obesitas dan keturunan, mengakibatkan gangguan pada pankreas dan terjadi penurunan insulin dan metabolisme karbohidrat menurun sehingga terjadi peningkatan glukosa dalam darah dan mempengaruhi berbagai sistem tubuh. Pada sistem pencernaan ini metabolisme akan rendah dan katabolisme meningkat. Metabolisme rendah mengakibatkan produksi insulin menurun karena dari insulin yang tidak dapat mengubah glukosa menjadi glikogen sehingga glukosa tidak dapat masuk ke sel dan kadar gula darahnya meningkat dan mengalami Hiperglikemia. Katabolisme meningkat akan menyebabkan berat badan menurun dan akan merangsang hipotalamus dan akan mengalami lapar dan haus sehingga mengalami defisit nutrisi. Pada sistem perkemihan ini dari peningkatan kadar gula darah yang mengakibatkan glukosa dalam darah masuk ke urin sehingga terjadi osmolaritas diuresis (peningkatan buang air kecil) yang ditandai dengan banyak minum (polidipsi) dan pengeluaran urin yang berlebihan (poliuria) sehingga menimbulkan risiko kekurangan volume cairan. Pada sistem peredaran darah karena dari glukosa yang tidak dapat masuk ke sel yang mengakibatkan peningkatan risiko statis (darah kental), sehingga aliran darah lambat mengakibatkan hipoksia jaringan (kurangnya oksigen). Dan mengalami kerusakan jaringan sehingga muncul masalah risiko infeksi. (Lestari et al., 2021)

7. Pathway



Gambar 2.2 Pathway Diabetes Melitus
 Sumber: Ramadanti, (2022) dengan standar diagnosa
 keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017).

8. Manifestasi Klinis

Menurut (Suryati, 2021) tanda dan gejala diabetes melitus di bedakan menjadi akut dan kronik yaitu:

a. Tanda dan gejala akut

- 1) Banyak makan (Polifagi)
- 2) Banyak minum (Polidipsi)
- 3) Banyak buang air kecil (Poliuria)
- 4) Mudah lelah
- 5) Nafsu makan bertambah
- 6) Berat badan menurun (5-10 kg dalam waktu 2 sampai 4 minggu)

b. Tanda dan gejala kronik

- 1) Kesemutan
- 2) Kram
- 3) Kulit terasa panas atau seperti tertusuk-tusuk oleh jarum
- 4) Kelelahan
- 5) Mudah mengantuk
- 6) Pandangan mulai kabur
- 7) Gigi mudah goyang atau lepas
- 8) Pada ibu hamil mengalami keguguran atau bayi yang memiliki berat lahir lebih dari 4 kg.

9. Pemeriksaan fisik

Menurut (Asep Agung Yusup M, 2019) pemeriksaan fisik diabetes melitus yaitu:

a. Sistem pernafasan

Pada klien dengan gangguan diabetes melitus biasanya terjadi takipnea dan batuk pada keadaan istirahat maupun aktivitas.

b. Sistem kardiovaskuler

Biasanya terjadi takikardi, distrimia, hipertensi

c. Sistem endokrin tidak ada kelainan pada kelenjar tiroid dan kelenjar paratiroid. Adanya peningkatan kadar glukosa dalam darah akibat terganggunya produksi insulin.

d. Sistem pencernaan

Terdapat polifagi, polidipsi, mual, muntah, perubahan berat badan, peningkatan lingkak abdomen, dan obesitas.

e. Sistem muskuloskeletal

Pada klien dengan gangguan diabetes melitus terjadi lemas otot, cepat lemah, cepat letih, kram otot, tonus otot menurun, sering kesemutan pada ekstremitas.

10. Pemeriksaan diagnostik

Menurut Priscilla, dkk, (2016) pemeriksaan diagnostik untuk memantau pelaksanaa DM adalah sebagai berikut:

a. Pemeriksaan laboratorium

1) Tes gula darah sewaktu >200 mg/dl

2) Tes gula darah puasa >120 mg/dl

3) Tes gula darah dua jam setelah makan >200 mg/dl

b. Pemeriksaan keton dan glukosa dalam urin

Untuk memantau ketoasidosis dan melihat kadar glukosa pada urine

c. Pemantauan mandiri kadar glukosa darah

Pemantauan mandiri glukosa darah memungkinkan penyandangan DM untuk memantau dan mencapai kontrol metabolik dan mengurangi bahaya hipoglikemia.

11. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan diabetes melitus menurut (PERKENI, 2019) yaitu:

a. Medis

1) Obat hipoglikemik oral

Terbagi dalam 2 kelompok yaitu:

a) Obat yang memperbaiki kerja insulin, seperti metformin, glitazone, dan akarbose, obat-obatan ini bekerja di tempat di mana terdapat insulin yang mengatur glukosa darah.

b) Obat yang meningkatkan produksi insulin, seperti sulfonil, repagkinid, nateglinid, obat-obatan ini bekerja dengan cara meningkatkan pelepasan insulin yang menambah kadar insulin di pembuluh darah.

2) Insulin

Insulin dapat di kelompokkan menjadi dua yaitu insulin kerja pendek atau cepat dan insulin kerja panjang.

a) Insulin kerja pendek atau cepat

Lama kerja dari insulin ini adalah 4-8 jam, insulin jenis ini diberikan 30 menit sebelum makan untuk mengendalikan kadar gula darah sesudah makan, contoh insulin manusia kerja pendek

b) Insulin kerja panjang

Lama kerja dari insulin ini adalah 12-24 jam, insulin jenis ini paling lambat diserap oleh tubuh dan bertujuan untuk mengendalikan kadar gula darah puasa. Umumnya hanya digunakan satu kali (sebelum tidur), contoh insulin analog kerja panjang.

b. Keperawatan

1) Edukasi (penyuluhan)

Tujuan dari adanya kegiatan ini adalah untuk meningkatkan pengetahuan diabetes (penderita diabetes) tentang penyakit dan pengolahannya sehingga dapat merawat DM itu sendiri agar mampu mempertahankan hidup dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

2) Perencanaan makanan (diet/terapi nutrisi)

Prinsip pengaturan makan pada penderita DM hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum, yaitu makanan yang seimbang sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Kesehatan penderita diabetes akan meningkat dengan mengontrol berat badan, kadar glukosa darah, kadar lemak darah, dan penggunaan insulin sebagai hormone pengatur kadar glukosa darah.

3) Kebutuhan kalori

Salah satu cara untuk menentukan jumlah kalori yang dibutuhkan oleh penderita DM adalah dengan memperhitungkan kebutuhan kalori basal yang besarnya 25-30 kal/kg BB ideal. Jumlah kebutuhan tersebut di tambah atau di kurangi tergantung pada beberapa faktor yaitu: jenis kelamin, umur, aktivitas, berat badan, dan lain-lain.

4) Latihan fisik

Merupakan salah satu pilar dalam pengolahan DM tipe 2. Latihan fisik dilakukan secara teratur 3-5 hari seminggu selama sekitar 30-45 menit, dengan total 150 menit per minggu dengan jeda antar latihan tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. Latihan fisik yang dianjurkan berupa latihan fisik yang bersifat aerobik dengan intensitas sedang seperti jalan cepat, bersepeda santai, jogging, dan berenang. Latihan fisik ini selain untuk menjaga kebugaran juga dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin, sehingga akan memperbaiki kendali glukosa darah.

12. Komplikasi

Komplikasi diabetes melitus menurut (Wiwiek Retti Andriani, 2023) yaitu:

a. Komplikasi akut

Komplikasi ini terjadi dalam waktu cepat dan biasa menyebabkan kematian pada penderita. Contoh komplikasi akut penyakit DM, di antaranya:

1) Hipoglikemia (kadar gula darah terlalu rendah)

Hipoglikemia adalah gangguan kesehatan yang terjadi saat kadar gula darah berada di bawah kadar normal. Kadar glukosa darah <70 mg/dL.

2) Hiperglikemia (kadar gula darah terlalu tinggi)

Suatu kondisi kadar gula darah sangat tinggi (>300 mg/dL). Saat kadar gula tinggi, akan menyebabkan penurunan kesadaran, risiko infeksi, serta penurunan berat badan.

b. Komplikasi kronis

Komplikasi yang terjadi dalam waktu lama. Keluhan atau gangguan yang dapat muncul diantaranya:

1) Gangguan pada ginjal

Kadar glukosa dalam darah yang terlalu tinggi akan berpengaruh pada distribusi darah ke organ ginjal, sehingga bisa menyebabkan gagal ginjal.

2) Gangguan mata/ penglihatan

Kadar glukosa darah yang tinggi menyebabkan rusaknya pembuluh darah di retina mata sehingga menyebabkan katarak, glaukoma, dan kebutaan.

3) Gangguan syaraf

Tingginya gula darah, menyebabkan penurunan aliran menuju syaraf sehingga menyebabkan keluhan kesemutan, mati rasa, dan nyeri. Kondisi tersebut dapat memicu risiko luka dan amputasi pada kaki.

4) Penyakit jantung dan pembuluh darah

Kerusakan pembuluh darah karena kadar gula darah tinggi di sebabkan karena gangguan sirkulasi ke seluruh tubuh, termasuk pada jantung. Penyakit yang biasa terjadi karena gangguan sirkulasi meliputi: penyakit jantung, stroke, dan penyempitan pembuluh darah arteri.

13. Pencegahan

Ada tiga jenis pencegahan diabetes mellitus menurut (Heming Wijayakusuma, 2017) yaitu:

a. Pencegahan primer

Tujuannya untuk mencegah terjadinya diabetes mellitus. Hal-hal yang harus di lakukan untuk pencegahan primer yaitu:

- 1) Pola makan sehari-hari harus seimbang dan tidak berlebihan
- 2) Olahraga secara teratur dan tidak banyak berdiam diri
- 3) Usahakan berat badan dalam batas normal
- 4) Hindari obat-obatan yang dapat menimbulkan diabetes mellitus

b. Pencegahan sekunder

Tujuannya untuk mencegah agar penyakit diabetes melitus yang sudah timbul tidak menimbulkan komplikasi penyakit lain, menghilangkan gejala, dan keluhan penyakit diabetes melitus. Hal-hal yang harus di lakukan dalam pencegahan sekunder yaitu:

- 1) Diet sehari-hari harus seimbang dan sehat
- 2) Menjaga berat badan dalam batas normal

3) Usahakan pengendalian gula darah agar tidak terjadi komplikasi diabetes melitus

4) Olahraga teratur sesuai dengan kemampuan fisik dan umur

c. Pencegahan tersier

Tujuannya untuk mencegah kecacatan lebih lanjut dari komplikasi penyakit yang sudah terjadi. Berikut pencegahan yang dimaksud yaitu:

1) Mencegah terjadinya kebutaan jika menyerang pembuluh darah mata

2) Mencegah gagal ginjal kronik jika menyerang pembuluh darah ginjal

3) Mencegah stroke jika menyerang pembuluh darah otak

4) Mencegah terjadinya gangren jika terjadi luka

B. Konsep Masalah Keperawatan

Adapun masalah keperawatan yang di temukan pada pasien diabetes melitus menurut PPNI (2016) antara lain:

1. kekurangan volume cairan (Hipovolemia)

a. Definisi

Penurunan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraselular.

b. Gejala dan tanda mayor

1) Subjektif

a) –

2) Objektif

a) Frekuensi nadi meningkat

b) Nadi teraba lemah

c) Tekanan darah menurun

d) Tekanan nadi menyempit

e) Turgor kulit menurun

f) Membrane mukosa kering

g) Volume urin menurun

h) Hematokrit meningkat

c. Gejala dan tanda minor

1) Subjektif

a) Merasa lemah

b) Mengeluh haus

- 2) Objektif
 - a) Pengisian vena menurun
 - b) Status mental berubah
 - c) Suhu tubuh meningkat
 - d) Konsentrasi urin meningkat
 - e) Berat badan turun tiba-tiba

d. Kondisi klinis terkait

- 1) Penyakit Addison
- 2) Trauma/perdarahan
- 3) Luka bakar
- 4) AIDS
- 5) Penyakit crohn
- 6) Muntah
- 7) Diare
- 8) kolitis ulseratif
- 9) hipoalbuminemia

2. ketidakstabilan kadar glukosa darah

a. Definisi

adalah variasi kadar glukosa darah naik dari rentang normal

b. Penyebab

- 1) Disfungsi pankreas
- 2) Resistensi insulin
- 3) Gangguan toleransi glukosa darah

4) Gangguan glukosa darah puasa

c. Gejala dan tanda mayor

1) Subjektif

a) Lelah atau lesu

2) Objektif

a) Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi

d. Gejala dan tanda minor

1) Subjektif

a) Mulut kering

b) Haus meningkat

2) Objektif

a) Jumlah urin meningkat

3. Defisit nutrisi

a. Definisi

Defisit nutrisi adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

b. Penyebab

1) Ketidakmampuan menelan makanan

2) Ketidakmampuan mencerna makanan

3) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient

4) Peningkatan kebutuhan metabolisme

5) Faktor ekonomi (mis, finansial tidak mencukup)

6) Faktor psikologis (mis, stress, keengganan untuk makan)

c. Gejala dan tanda mayor

1) Subjektif

a. –

2) Objektif

a. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal

d. Gejala dan tanda minor

1) Subjektif

a) Cepat kenyang setelah makan

b) Kram/nyeri abdomen

c) Nafsu makan menurun

2) Objektif

a) Bising usus hiperaktif

b) Otot pengunyah lemah

c) Otot menelan lemah

d) Membrane mukosa pucat

e) Sariawan

f) Serum albumin turun

g) Rambut rontok berlebihan

h) Diare

e. Kondisi klinis terkait

1) Stroke

2) Parkinson

3) Mobius syndrome

- 4) Cerebral palsy
- 5) Cleft lip
- 6) Clef palate
- 7) Amyotropic lateral sclerosis
- 8) Kerusakan neuromuscular
- 9) Luka bakar
- 10) Kanker
- 11) Infeksi
- 12) AIDS
- 13) Penyakit cfohn's

4. Risiko infeksi

a. Definisi

Resiko infeksi yaitu berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

b. Faktor risiko

- 1) penyakit kronis (mis, diabetes melitus)
- 2) efek prosedur invatif
- 3) malnutrisi
- 4) peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan
- 5) ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
 - a) Gangguan peristaltik
 - b) Kerusakan integritas kulit
 - c) Perubahan sekresi ph

- d) Penurunan kerja siliaris
 - e) Ketuban pecah lama
 - f) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - g) Merokok
 - h) Statis cairan tubuh
- 6) ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
- a. Penurunan hemoglobin
 - b. Imunosupresi
 - c. Leukopenia
 - d. Supresi respon inflamasi
 - e. Vaksinasi tidak adekuat
- c. Kondisi klinis terkait
- 1) AIDS
 - 2) Luka bakar
 - 3) Penyakit paru obstruktif kronis
 - 4) Diabetes melitus
 - 5) Tindakan invasif
 - 6) Kondisi penggunaan terapi steroid
 - 7) Penyalahgunaan obat
 - 8) Ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW)
 - 9) Kanker
 - 10) Gagal ginjal
 - 11) Imunosupresi

12) Lymphedema

13) Leukositopenia

14) Gangguan fungsi hati

5. Intoleransi aktivitas

a. Definisi

Penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat.

b. Penyebab

1) Gangguan tidur

2) Gaya hidup monoton

3) Kondisi fisiologis (mis. penyakit kronis, penyakit terminal, anemia, malnutrisi, kehamilan)

4) Program perawatan/pengobatan jangka panjang

5) Peristiwa hidup negatif

6) Stres berlebihan

7) Depresi

c. Gejala dan tanda mayor

1) Subjektif

a) Merasa energy tidak pulih walaupun telah tidur

b) Merasa kurang tenaga

c) Mengeluh lelah

2) Objektif

a) Tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin

- b) Tampak lesu
- d. Gejala dan tanda minor
 - 1) Subjektif
 - a) Merasa bersalah akibat tidak mampu menjalankan tanggung jawab
 - b) Libido menurun
 - 2) Objektif
 - a. Kebutuhan istirahat meningkat
- e. Kondisi klinis terkait
 - 1) Anemia
 - 2) Kanker
 - 3) Hipotiroidisme/hipertiroidisme
 - 4) AIDS
 - 5) Depresi
 - 6) Menopause
- 6. Ketidakberdayaan
 - a. Definisi

Persepsi bahwa tindakan seseorang tidak akan mempengaruhi hasil secara signifikan: persepsi kurang kontrol pada situasi saat ini atau yang akan datang.
 - b. Penyebab
 - 1) Program perawatan/pengobatan yang kompleks atau jangka panjang

- 2) Lingkungan tidak mendukung perawatan/pengobatan
 - 3) Interaksi interpersonal tidak memuaskan
- c. Gejala dan tanda mayor
- 1) Subjektif
 - b) Menyatakan frustrasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya
 - 2) Objektif
 - a) Bergantung pada orang lain
- d. Gejala dan tanda minor
- 1) Subjektif
 - a) Merasa di asingkan
 - b) Menyatakan keraguan tentang kinerja peran
 - c) Menyatakan kurang kontrol
 - d) Menyatakan rasa malu
 - e) Merasa tertekan (depresi)
 - 2) Objektif
 - a) Tidak berpartisipasi dalam perawatan
 - b) Pengasingan
- e. Kondisi klinis terkait
- 1) Diagnosis yang tidak terduga atau baru
 - 2) Peristiwa traumatis
 - 3) Diagnosis penyakit kronis
 - 4) Diagnosis penyakit terminal

5) Rawat inap

7. Defisit Pengetahuan

a. Defenisi

Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topic.

b. Penyebab

- 1) Keterbatasan kognitif
- 2) Gangguan fungsi kognitif
- 3) Kekeliruan mengikuti anjuran
- 4) Kurang terpapar informasi
- 5) Kurang minat dan belajar
- 6) Kurang mampu mengingat
- 7) Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

c. Gejala dan tanda mayor

- 1) Subjektif
 - a) Menanyakan masalah yang di hadapi
- 2) Objektif
 - a) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
 - b) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

d. Gejala dan tanda minor

- 1) Subjektif
 - a).-

- 2) Objektif
 - a) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
 - b) Menunjukkan perilaku berlebihan (mis.apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)
- e. Kondisi klinis terkait
 - 1) Kondisi klinis yang baru di hadapi oleh pasien
 - 2) Penyakit akut
 - 3) Penyakit kronis

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data Perpola

1) Pola nutrisi

Tanda dan gejala : Polifagi (banyak makan), polidipsi (banyak minum), peningkatan kadar gula darah, berat badan menurun.

2) Pola eliminasi

Tanda dan gejala : Poliuria (banyak buang air kecil), polidipsi (banyak minum).

3) Pola sirkulasi

Tanda dan gejala : Aliran darah lambat, hipoksia jaringan (kurangnya oksigen), kerusakan jaringan.

4) Pola aktivitas

Tanda dan gejala : menyatakan frustrasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya, bergantung pada orang lain, merasa kurang tenaga, mengeluh lelah, tampak lesu.

b. Tabulasi Data

Polifagi (banyak makan), polidipsi (banyak minum), haus meningkat, polifagi (banyak makan), peningkatan kadar gula darah, berat badan menurun, poliuria (banyak buang air kecil), polidipsi (banyak minum), aliran darah lambat, hipoksia jaringan (kurangnya oksigen), kerusakan jaringan, menyatakan frustrasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya, bergantung pada orang lain,

merasa kurang tenaga, mengeluh lelah, tampak lesu, menanyakan masalah yang di hadapi, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah, kerusakan sensori.

c. Klasifikasi Data

Ds : Poliuria (banyak buang air kecil), polidipsi (banyak minum), haus meningkat, polifagi (banyak makan), menyatakan frustasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya, mengeluh lelah, merasa kurang tenaga, menanyakan masalah yang di hadapi.

Do : Peningkatan kadar glukosa darah, aliran darah lambat, hipoksia jaringan (kurangnya oksigen), kerusakan jaringan, poliuria (banyak buang air kecil, polidipsi (banyak minum), berat badan menurun, bergantung pada orang lain, tampak lesu, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.

d. Analisa Data

Tabel 2.1 Analisa Data

Sign /symptom	Etiologi	Problem
Ds :- Do : Peningkatan kadar glukosa darah, poliuria (banyak buang air kecil, polidipsi (banyak minum)	Diuresis osmotic	Kekurangan volume cairan
Ds : Haus meningkat Do: Peningkatan kadar glukosa darah	Kurangnya insulin	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
Ds: Polidipsi (banyak minum, polifagi	Katabolisme meningkat	Defisit nutrisi

Lanjutan tabel 2.1 Analisa Data

(banyak makan) Do :Berat badan menurun, nafsu makan bertambah		
Ds : - Do : Aliran darah lambat, hipoksia jaringan, (kurangnya oksigen), kerusakan jaringan	Statis darah oleh karena peningkatan glukosa dalam darah	Risiko infeksi
Ds : Menyatakan frustasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya Do : Bergantung pada orang lain	Penyakit jangka panjang/progresif yang tidak dapat di obati	Ketidakberdayaan
Ds : Merasa kurang tenaga, mengeluh lelah Do: Tampak lesu	Penurunan produksi energi metabolic	Intoleransi aktivitas
Ds: menanyakan masalah yang di hadapi Do: Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	Tidak mengenal sumber informasi	Defisit pengetahuan

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kurangnya insulin di buktikan dengan:

Ds : Haus meningkat.

Do : Peningkatam kadar glukosa darah.

- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan katabolisme meningkat di buktikan dengan:

Ds : Polidipsi (banyak minum), polifagi (banyak makan).

Do : Berat badan menurun, nafsu makan bertambah.

- c. kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik di
buktikan dengan:
Ds : -
Do : Peningkatan kadar glukosa darah, poliuria (banyak buang air
kecil), polidipsi (banyak minum).
- d. Risiko infeksi berhubungan dengan statis darah oleh karena
peningkatan glukosa dalam darah di buktikan dengan:
Ds :-
Do : Aliran darah lambat, hipoksia jaringan (kurangnya oksigen),
kerusakan jaringan.
- e. Ketidakberdayaan berhubungan dengan penyakit jangka panjang/
progresif yang tidak dapat di obati di buktikan dengan:
Ds : Menyatakan frustrasi, atau tidak mampu melaksanakan aktivitas
sebelumnya.
Do : bergantung pada orang lain.
- f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan produksi energi
metabolik di buktikan dengan:
Ds : Merasa kurang tenaga, mengeluh lelah.
Do : Tampak lesu
- g. Defisit pengetahuan berhubungan dengan tidak mengenal informasi di
buktikan dengan:
Ds : Menanyakan masalah yang di hadapi
Do : Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

3. Rencana Keperawatan

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kurangnya insulin

Tujuan / kriteria hasil : setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan gula darah dalam batas normal, dengan kriteria hasil:

- 1) Rasa haus menurun.
- 2) Kadar glukosa dalam darah menurun.
- 3) Kadar glukosa dalam urin menurun.

Intervensi

Manajemen Hiperglikemia

Observasi

- 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia.

Rasional : hiperglikemia adalah tinggi kadar gula dalam darah, kita perlu mengidentifikasi penyebab glikemia untuk mengetahui tindakan apa yang akan di lakukan berdasarkan tipe DM yang di derita pasien.

- 2) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat.

Rasional : kenaikan gula darah yang tidak terkontrol dapat mencapai tingkat sangat berbahaya jika tidak di tangani oleh sebab itu kita perlu tahu tanda dan gejala hiperglikemi.

- 3) Monitor kadar glukosa darah.

Rasional : glukosa dalam darah bisa terkontrol

4) Monitor intake dan output cairan.

Rasional : memberikan perkiraan kebutuhan akan cairan pengganti, fungsi ginjal, dan keefektifan dan terapi yang di berikan.

5) Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah.

Rasional : terjadi atau tidak komplikasi ketodosis diabetik.

Terapeutik

1) Berikan asupan cairan oral.

Rasional : diabetes dan dehidrasi sangat berkaitan erat dan bisa memperburuk penyakit diabetes melitus yang di miliki seseorang asupan cairan oral bisa menurunkan dehidrasi sehingga tidak memperburuk diabetes.

2) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk.

Rasional : mengetahui tanda dan gejala hiperglikemia yang dapat memperburuk.

3) Fasilitasi ambulansi jika ada hipotensi ortostatik.

Rasional : mencegah terjadinya komplikasi akibat dari hiperglikemia.

Edukasi

- 1) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL.

Rasional : olahraga yang kurang dari 250 mg/dL, membuat sensitivitas insulin meningkat dan organ kardiovaskuler semakin sehat.

- 2) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri.

Rasional : pemahaman pasien tentang arti hasil gula darah membantu memonitor dan memahami tanda dan gejala hiperglikemia sehingga mempermudah untuk manajemen hiperglikemia.

- 3) Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan).

Rasional : pemberian diit makanan pada pasien DM untuk mengontrol jumlah kalori dan waktu makan sangat penting.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu.

Rasional : pemberian insulin berfungsi untuk mempertahankan jumlah glukosa dalam darah tetap normal.

- 2) Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu.

Rasional : memudahkan memberikan cairan kepada pasien, memberikan cairan parenteral akan membantu untuk mengembalikan jumlah normal cairan serta keseimbangan elektrolit.

3) Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu.

Rasional : kalium harus di tambahkan pada IV untuk mencegah hypokalemia.

b. Defisit nutrisi berhubungan dengan katabolisme meningkat

Tujuan / kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan defisit nutrisi dapat membaik, dengan kriteria hasil:

1) Berat badan membaik

2) Frekuensi makan membaik

Intervensi

Manajemen Nutrisi

Observasi

1) Identifikasi status nutrisi

Rasional : dapat mengetahui status nutrisi klien sehingga dapat melakukan intervensi yang tepat.

2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

Rasional : mengetahui makanan yang di sukai untuk meningkatkan nafsu makan klien.

3) Identifikasi makanan yang di sukai

Rasional : mengetahui makanan yang di sukai klien yang meningkatkan nafsu makan.

4) Identifikasi kebutuhan kalori

Rasional : mengetahui alergi pada makanan/ minuman yang menyebabkan klien tidak nafsu makan.

5) Monitor asupan makanan

Rasional : menilai asupan makanan yang adekuat.

6) Monitor berat badan

Rasional : menilai adanya peningkatan atau penurunan berat badan.

7) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Rasional : mengetahui hasil lab seperti glukosa, albumin, haemoglobin, elektrolit.

Terapeutik

8) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

Rasional : mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan

9) Fasilitasi menentukan program diet (mis. piramida makanan)

Rasional : membantu proses dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi.

10) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Rasional : membantu proses dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi.

Edukasi

11) Ajarkan diet yang di programkan

Rasional : meningkatkan rasa keterlibatannya, memberikan informasi kepada keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.

Kolaborasi

12) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis

nutrient yang di butuhkan, jika perlu.

Rasional : sangat penting dan bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, klien di lakukan oleh tenaga professional yang tepat.

c. kekurangan volume cairan berhubungan diuresis osmotik

Tujuan / kriteria hasil: setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan resiko nutrisi kekurangan volume cairan tidak terjadi, dengan kriteria hasil:

- 1) Asupan cairan meningkat.
- 2) Haluaran urin meningkat.
- 3) Berat badan membaik.

Intervensi

Manajemen Hipervolemia

Observasi

- 1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dyspnea, dan suara napas tambahan)

Rasional : mengetahui tanda dan gejala yang muncul.

- 2) Identifikasi penyebab hipervolemia

Rasional : mengetahui penyebab dari terkena hipervolemia.

- 3) Monitor intake dan output cairan

Rasional : memastikan apakah cairan dalam tubuh lebih, kurang, ataupun seimbang.

- 4) Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, hematocrit, berat jenis urine)

Rasional : mengetahui kandungan cairan dalam darah.

- 5) Monitor kecepatan infus secara ketat

Rasional : menghindari kelebihan cairan yang masuk ke dalam tubuh.

Terapeutik

- 6) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama

Rasional : mengetahui perkembangan berat badan.

- 7) Batasi asupan cairan dan garam

Rasional : mengurangi cairan tubuh

- 8) Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°

Rasional : memberikan posisi nyaman pada pasien.

Edukasi

- 9) Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan

Rasional : mengetahui cara mengukur cairan klien sendiri.

- 10) Ajarkan cara membatasi cairan

Rasional : mengetahui cara membatasi cairan tubuh klien sendiri.

Kolaborasi

- 11) Kolaborasi pemberian diuretik

Rasional : mempercepat laju pembentukan urin.

- 12) Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik

Rasional : mengetahui kalium dalam tubuh agar tetap terjaga.

- d. Risiko infeksi berhubungan dengan statis darah oleh karena peningkatan glukosa dalam darah .

Tujuan / kriteria hasil: setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan resiko infeksi tidak terjadi, dengan kriteria hasil:

- 1) Kebersihan tangan meningkat
- 2) Kebersihan badan meningkat
- 3) Nafsu makan meningkat

Intervensi

Pencegahan Infeksi

Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Rasional : mencegah terjadinya infeksi

Terapeutik

- 2) Batasi jumlah pengunjung

Rasional : bila banyak pengunjung yang datang membuat udara pengap dan bakteri senang dengan daerah yang lembab.

- 3) Berikan perawatan kulit pada area edema

Rasional : edema merupakan salah satu tanda-tanda infeksi

- 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Rasional : dengan mencuci tangan maka klien dapat menjaga kebersihan luka.

5) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Rasional : aseptik dapat membunuh bakteri.

Edukasi

6) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional : mampu mencegah terjadinya infeksi

7) Ajarkan etika batuk

Rasional : bila percikan dahak terkena ke luka maka akan menyebabkan penambahan bakteri baru pada luka dapat menyebabkan infeksi.

8) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

Rasional : orang yang mengalami malnutrisi sangat rentan terjadi infeksi karena sistem imun yang menurun.

9) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Rasional : tidak terjadi dehidrasi

Kolaborasi

10) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

Rasional : imunisasi dapat meningkatkan sistem imun, dimana imun yang lemah dapat berisiko terjadinya infeksi.

e. Ketidakberdayaan berhubungan dengan penyakit jangka panjang/progresif yang tidak dapat di obati

Tujuan /kriteria hasil: setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan ketidakberdayaan dapat membaik, dengan kriteria hasil:

1) Pernyataan mampu melaksanakan aktivitas meningkat

2) Pernyataan frustrasi ketergantungan pada orang lain menurun

Intervensi

Promosi Harapan

Observasi

1) Identifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup

Rasional : peran keluarga sangat penting untuk membangun kualitas hidup pasien.

Terapeutik

2) Sadarkan bahwa kondisi yang di alami memiliki nilai penting

Rasional : agar klien belajar menerima keadaannya.

3) Libatkan pasien secara aktif dalam perawatan

Rasional : pasien mengetahui keinginan pasien untuk sembuh.

Edukasi

4) Anjurkan mengungkapkan perasaan terhadap kondisi dengan realistis

Rasional : agar tidak stress, dan membantu meningkatkan kualitas hidup pasien.

5) Anjurkan mempertahankan hubungan

Rasional : meningkatkan kualitas hidup pasien

f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik

Tujuan / kriteria hasil: setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan kelelahan menurun, dengan kriteria hasil:

1) Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat

2) Lesu menurun

Intervensi

Manajemen Energi

Observasi

1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

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

2) Monitor pola dan jam tidur

Rasional : mengetahui kualitas tidur pasien

3) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Rasional : mengetahui tingkat kelelahan dan emosional pasien.

Terapeutik

4) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)

Rasional : memberikan rasa nyaman bagi pasien.

5) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif

Rasional : mengetahui lokasi ketidaknyamanan pasien selama melakukan aktivitas

Edukasi

6) Anjurkan tirah baring

Rasional : istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas dapat memulihkan energy kembali.

7) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional : melatih gerak mobilisasi pasien dan meningkatkan otot.

g. Defisit pengetahuan berhubungan dengan tidak mengenal informasi

Tujuan /kriteria hasil: setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan defisit pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil:

1) Pertanyaan tentang masalah yang di hadapi menurun

2) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun

Intervensi

Edukasi Kesehatan

Observasi

1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Rasional : memberikan informasi ketika pasien siap dan mampu dapat mengoptimalkan dalam peresapan informasi.

Terapeutik

2) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

Rasional : sebagai penunjang agar penyampaian materi lebih mudah dan menarik.

3) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

Rasional : penjadwalan sesuai kesepakatan agar tidak mengganggu aktivitas masing-masing.

4) Beri kesempatan untuk bertanya

Rasional : memberikan kesempatan bertanya untuk mengetahui sejauh mana pasien dapat menerima materi.

Edukasi

5) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

Rasional : sebagai pengetahuan agar kedepannya lebih berhati-hati.

6) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

Rasional : untuk meminimalisir komplikasi yang akan timbul dan keluarga dapat menjalankan PHBS dengan optimal.

7) Ajarkan strategi yang dapat di gunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

Rasional : untuk mengoptimalkan pencapaian keluarga sehat.

4. Implementasi Keperawatan

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

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang di lakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang di lakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti & Muryanti, 2017).

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Desain Studi Kasus

Studi kasus ini menggunakan jenis penelitian deskriptif yang bertujuan untuk menggambarkan objek yang diteliti. Dalam hal ini objek yang diteliti yakni pasien Ny. L. J dengan diagnosa medis diabetes melitus di RPD III RSUD Ende. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada pasien diabetes melitus di RPD III RSUD Ende.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini berjumlah satu orang yakni Ny. L. J. Dengan diagnosa medis diabetes melitus di Ruang Penyakit Dalam III.

C. Batasan Istilah (Defenisi Operasional)

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Istilah	Defenisi
1	Diabetes Melitus	Diabetes melitus merupakan proses metabolisme gula darah yang berlangsung kronik ditandai dengan tingginya kadar gula darah (hiperglikemia) yang diakibatkan oleh gangguan pengeluaran insulin, resistensi insulin atau keduanya.
2	Asuhan keperawatan	Asuhan keperawatan adalah serangkaian tindakan untuk perawatan pada klien yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus di laksanakan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende selama 3 hari dari tanggal 31 Agustus 2024 sampai 2 September 2024.

E. Prosedur Studi Kasus

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

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara di lakukan pada tanggal 31 Agustus sampai 2 September pada Ny. L. J dan keluarganya berkaitan dengan biodata, keluhan utama, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, pola-pola kesehatan dan perkembangan pasien selama penulis melakukan asuhan keperawatan.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi pada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang di butuhkan oleh penulis. Observasi ini di lakukan dengan cara melihat

keadaan umum pasien. Pemeriksaan fisik pada pasien di lakukan dengan prinsip *head to to* dan hal ini di lakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, dengan menggunakan instrument seperti stetoskop, tensimeter, thermometer.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi di lakukan dengan melihat rekam medis pasien yakni : hasil pemeriksaan laboratorium seperti : pemeriksaan faal hati, faal ginjal, elektrolit, dan glukosa darah.

G. Instrument Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data yang di gunakan adalah format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah mulai dari pengkajian sampai evaluasi.

H. Keabsahan Data

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

1. Data primer

Sumber data yang di peroleh langsung dari Ny. L. J baik melalui wawancara, observasi maupun pemeriksaan fisik.

2. Data sekunder

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

I. Analisa Data

Analisa data yang di kumpulkan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data berupa data kesehatan dan data keperawatan yang kemudian di klasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah di klasifikasikan, data tersebut kemudian di analisis untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada klien. Dari masalah keperawatan yang di temukan tersebut di jadikan diagnosa keperawatan yang akan di atasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan di implementasikan kepada klien. Setelah di lakukan implementasi, di lanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah di lakukan. Data dari hasil pengkajian sampai evaluasi di tampilkan dalam bentuk naratif, kemudian di analisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada pasien Diabetes Melitus.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit tipe C milik pemerintah yang berada di jalan Prof Dr. W. Z. Yohanes. RSUD Ende memiliki berbagai fasilitas pelayanan kesehatan seperti : instalasi rawat jalan, instalasi rawat inap, instalasi gawat darurat, unit penunjang medis, 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 ruangan perawatan penyakit dalam III di mana ruangan ini merupakan ruangan yang merawat pasien yang memiliki penyakit dalam dengan jumlah ruangan ada 3 dan kapasitas untuk penampungan 6-7 orang dalam satu ruangan, ruangan perawatan kandungan dan kebidanan, ruangan perawatan anak, ruangan perawatan perinatal, ruang rawat intensif (ICU), ruangan paviliun dan ruangan perawatan khusus. Unit penunjang medis RSUD Ende terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, ruangan bedah sentral, ruangan bersalin/VK, elektromedis, dan fisioterapi. Sedangkan unit penunjang medis terdiri dari : bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian pelayanan keperawatan/kebidanan, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS), unit kamar jenazah, dapur, bilik basuh, sentral oksigen, dan sistem informasi manajemen rumah sakit.

2. Pengkajian

Pengkajian di lakukan pada hari sabtu tanggal 31 Agustus 2024 pada Ny. L.J.

a. Pengumpulan Data

1) Identitas klien

Klien berinisial Ny. L.J usia 53 tahun, jenis kelamin perempuan, beragama Katolik, pekerjaan sebagai petani, pendidikan terakhir SMP, tinggal di Pemo/Nangaba, masuk rumah sakit pada tanggal 30 Agustus 2024 dengan Diagnosa Medis DM Tipe 2. Penanggung jawab Tn. E. D usia 56 tahun, pekerjaan petani, hubungan dengan klien suami, alamat di Pemo-Nangaba.

2) Riwayat kesehatan

a) Keluhan Utama

Klien mengatakan badan lemah, kedua kaki lemas, mual, nyeri pinggang.

b) Riwayat Keluhan Utama

Klien datang dengan keluhan kejang sejak tanggal 30 Agustus 2024 jam 08.00 pagi. Keluarga klien mengatakan sebelum di antar ke rumah sakit klien kejang 3 kali di rumah dan memutuskan untuk mengantarkan klien ke rumah sakit pada tanggal 30 Agustus 2024 jam 10.00 . Saat masuk IGD keluarga klien mengatakan klien sempat kejang. Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit gula dan di IGD di lakukan

pemeriksaan GDS dengan hasil 573 mg/dL. Setelah itu klien di pindahkan ke RPD III jam 15.56 sore untuk melakukan perawatan lebih lanjut.

c) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit DM sudah 3 tahun. Penyebab DM yang di alami yaitu pola hidup yang tidak sehat, jarang berolahraga dan pola makan yang tidak tertatur.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit DM atau penyakit lainnya, hanya batuk pilek biasa.

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

a) Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Klien mengatakan bahwa dirinya memiliki riwayat penyakit DM dan tidak rutin mengontrol kesehatannya pada pelayanan kesehatan.

b) Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum sakit klien mengatakan kebiasaan makan 3 kali sehari dengan menu nasi, ikan, tempe, tahu, dan sayur-sayuran, kadang klien makan lebih dari 3 kali karena sering merasa lapar, klien memiliki alergi pada makanan yaitu telur dan terung, setelah di makan klien merasa gatal-gatal. Klien juga sering mengonsumsi makanan yang manis seperti kue dan biskuit, klien minum 9-10 gelas sedang (\pm 1.800 – 2.000 cc) per hari.

Saat sakit klien mengatakan hanya mengkonsumsi makanan yang di sediakan rumah sakit. Porsi yang di habiskan 3-4 sendok makan karena klien tidak ada nafsu makan, minum air putih 6-7 gelas sedang (\pm 1.200 -1.400 cc) perhari dan klien sering merasa haus.

c) Pola Eliminasi

Sebelum sakit klien mengatakan BAB lancar 1-2 kali dalam sehari dengan konsistensi padat, warna kuning, bau khas feses. BAK lancar 5-6 kali sehari, warna kuning jernih, memiliki kebiasaan BAK di malam hari biasanya 2-3 kali.

Saat sakit klien mengatakan sejak masuk rumah sakit belum bisa BAB. BAK lancar 2-3 kali, warna kuning, BAK 1-2 kali pada malam hari.

d) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit klien mengatakan bekerja sebagai petani, semua aktivitas di lakukan secara mandiri. Saat sakit klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasa karena terbaring lemah di tempat tidur. Semua aktivitas makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian, berpindah di bantu.

e) Pola kognitif dan persepsi

Klien mengetahui tentang penyakitnya namun klien kurang mengontrol gula darahnya ke pelayanan kesehatan.

f) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit klien mengatakan biasa tidur malam 6-8 jam mulai jam 21.00-05.00 WIT dan klien jarang tidur siang, kebiasaan klien sebelum tidur nonton TV, sering bangun di tengah malam untuk BAK.

Saat sakit klien mengatakan tidak dapat tidur dengan nyenyak karena merasa tidak nyaman, tidur malam 5 jam dan sering terbangun karena rasa BAK, klien tidur siang kurang lebih 30-60 menit.

g) Pola peran-hubungan

Sebelum sakit klien mengatakan relasi klien dengan keluarga, tetangga dan orang lain baik.

Saat sakit klien mengatakan hubungan dengan keluarga, perawat dan klien lainnya terjalin dengan baik.

h) Pola mekanisme stress-koping

Sebelum sakit klien mengatakan bila ada masalah dengan keluarga klien selalu mencari jalan keluar bersama untuk menyelesaikan masalah.

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

i) Pola Persepsi dan Konsep Diri

- (1) Gambaran diri: klien mengatakan menerima kondisinya saat ini
- (2) Ideal diri : klien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama anaknya serta dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari.
- (3) Harga diri : klien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya sendiri, keluarga maupun orang sekitar.
- (4) Peran diri : klien mengatakan berperan sebagai ibu rumah tangga berumur 53 tahun.
- (5) Identitas diri : klien mengatakan ia adalah seorang istri dan ibu dari 5 orang anak dan 1 orang suami.

j) Pola nilai kepercayaan

Sebelum sakit klien mengatakan menganut agama Katolik dan rajin beribadah, klien mengikuti kelompok legio maria.

Saat sakit klien mengatakan jarang beribadah.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum : lemah

Tingkat kesadaran : composmentis

GCS : 15 = Eye : 4 , verbal : 5 motorik : 6

Keterangan :

Eye (respon membuka mata)

Spontan membuka mata : 4

Membuka mata dengan perintah : 3

Membuka mata dengan rangsang nyeri : 2

Tidak membuka mata dengan rangsang apapun :1

Verbal (respon berbicara)

Berorientasi baik : 5

Bingung, bicara kacau : 4

Kata- kata tidak sesuai /tidak tepat : 3

Bisa mengeluarkan suara tanpa arti (mengerang) : 2

Tidak bersuara : 1

Motorik (respon motorik)

Mengikuti perintah : 6

Melokalisir nyeri : 5

Menarik ekstremitas menjauhi nyeri : 4

Menjauhi rangsang nyeri : 3

Ekstensi spontan : 2

Tidak ada gerakan :1

b) Tanda-tanda vital

TD : 145/75 mmHg, N : 89x/menit, S : 36,4 °C, SPO2 : 99%,

RR : 23x/menit

c) BB : 40 kg, TB :153 cm

IMT : 17,08 (berat badan kurang).

d) Keadaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

1) Kepala

(a) Rambut

Inspeksi : rambut tampak bersih dan beruban

(b) Wajah

Inspeksi : bentuk wajah simetris, klien tampak pucat, tampak lemah dan meringis.

(c) Mata

Inspeksi : bentuk simetris, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikterik.

(d) Hidung

Inspeksi : bentuk simetris, terpasang oksigen nasal kanul 2 liter per menit..

(e) Mulut

Inspeksi : mukosa bibir kering, klien berbicara jelas, gigi masih lengkap.

(f) Telinga

Inspeksi : bentuk telinga simetris, telinga tampak bersih, tidak ada penggunaan alat bantu dengar, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

2) Leher

Inspeksi : tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening.

3) Dada

Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, pernapasan 23x/menit.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Auskultasi : tidak ada bunyi napas tambahan

4) Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

Auskultasi : bising usus 20x/menit

5) Ekstremitas

Ekstremitas atas : tidak ada edema, jari tangan lengkap
CRT < 3 detik, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per
menit di tangan kiri.

Ekstremitas bawah : tidak ada edema, kekuatan otot lemah.

6) Pengkajian nyeri

P (Paliatif) : klien mengatakan nyeri di pinggang

Q (Quality) : klien mengatakan nyeri dirasakan
seperti tertusuk-tusuk

R (Region) : nyeri pada pinggang menyebar
sampai ke belakang

S (Severity) : skala nyeri 4-6 (sedang),

T (Time) : nyeri di rasakan terus menerus.

5) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan darah lengkap (30 Agustus 2024)

Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
WBC	22.06+	[10 ³ /uL]	(3.80-10.60)
LYMPH#	1.99-	[10 ³ /uL]	(1.00-3.70)
MONO#	1.59+	[10 ³ /uL]	(0.00-0.70)
EO#	0.01	[10 ³ /uL]	(0.00-0.40)
BASO#	0.05	[10 ³ /uL]	(0.00-0.10)
NEUT#	18.36+	[10 ³ /uL]	(1.50-7.00)
LYMPH%	8.0-	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	6.3	[%]	(2.0-8.0)
EO%	0.6-	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.2	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	83.3+	[%]	(50.0-70.0)
IG#	2.28	[10 ³ /uL]	(0.00-7.00)
IG%	7.8	[%]	(0.0-72.0)
RBC	4.55	[10 ⁶ /dL]	(4.40-5.90)
HGB	12.9-	[g/dL]	(13.2-17.3)
NEUT%	83.3+	[%]	(50.0-70.0)
HCT	32.1-	[%]	(40.0-52.0)
MCV	78.5-	[fL]	(80.0-100.0)
MCH	35.2	[pg]	(26.0-34.0)
MCHC	38.0	[g/dL]	(32.0-36.0)
RDW-SD	38.0	[fL]	(37.0-54.0)
RDW-CV	14.2	[%]	(11.5-14.5)
PLT	397	[10 ³ /u/L]	(150-450)
MPV	9.8	[fL]	(9.0-13.0)
PCT	0.37+	[%]	(0.17-0.35)
PDW	11.1	[fL]	(9.0-17.0)
P-LCR	23.6	[%]	(13.0-43.0)

b) Pemeriksaan Laboratorium (30, Agustus, 2024)

Tabel 4.2 Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
GLUKOSA DARAH		
• GLUKOSA SEWAKTU	573	70-140 mg/dL
FAAL HATI		
• SGOT/AST	24.7	0-35 U/L
• SGPT/ALT	24.4	4-36 U/L
FAAL GINJAL		
• UREUM	54.7	10-50 mg/dL
• CREATININ	0.71	0.6-1.2 mg/dL
ELEKTROLIT		
• NATRIUM	116	135-145 mmol/L
• KALIUM	5.0	3.5-5.1 mmol/L
• CHLORIDA	86	98-106 mmol/L

6) Penatalaksanaan/Pengobatan

Tabel 4.3 Penatalaksanaan Pengobatan

No	Nama Obat	Dosis	Indikasi
1	Paracetamol	1 gr/IV	Untuk meredakan nyeri
2	Ranitidine	2x50 mg	Mengatasi berbagai kondisi yang berhubungan dengan asam berlebih di dalam lambung
3	Sansulin Rapid Extra Sansulin LO-G	1x10 IV Unit	Untuk menurunkan gula darah
4	Omeprazole	2x20 mg	Untuk mengatasi gejala asam lambung
5	Ondansetron	3x 4 mg	Untuk mencegah mual muntah
6	Ceftriaxone	2x 1gr/IV	muntah Untuk mengatasi infeksi bakteri
7	Levofloxacin	1x750 mg	Untuk menyembuhkan berbagai penyakit akibat infeksi bakteri

Lanjutan Tabel 4.3 Penatalaksanaan Pengobatan

8	Drip Nacl 3 %	500 cc	Untuk pengobatan ensefalopati hiponatremia atau untuk meningkatkan osmolalitas serum pada kasus lain peningkatan intrakrainal
9	Nacl 0,9 %	500 cc	Mengembalikan keseimbangan elektrolit pada dehidrasi
10	Diazepan	5 ml	Untuk mengatasi kejang-kejang

b. Tabulasi data

Klien mengatakan badan lemah, kedua kaki lemas, mual, nyeri pinggang, pernah kejang, nafsu makan klien berkurang, tampak makan sedikit, porsi yang di habiskan 3-4 sendok makan, minum air putih 6-7 gelas sedang (\pm 1.200-1.400 cc) perhari, klien sering merasa haus dan BAK pada malam hari, klien terbaring lemah di tempat tidur, semua aktivitas makan, minum, toileting, berpakaian, berpindah, di bantu. Keadaan umum lemah, tingkat kesadaran composmentis, GCS : 15 E : 4, V : 5, M : 6. Tanda-tanda vital TD : 145/75 mmHg, S : 36,4°C, N : 89x/m, SPO2 : 99%, RR : 23x/m, BB : 40 kg, TB : 153 cm, IMT : 17,08 (berat badan kurang), wajah tampak pucat, tampak lemah, tampak meringis, terpasang oksigen nasal kanul 2 liter per menit, CRT < 3 detik terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit, kekuatan otot lemah. Pengkajian nyeri, P (Paliatif) : klien mengatakan nyeri di pinggang, Q (Quality) : klien mengatakan nyeri di rasakan seperti tertusuk-tusuk, R (Region) : nyeri pada pinggang menyebar sampai ke belakang, S

(Severity) : skala nyeri 4-6 (sedang), T (Time) : nyeri dirasakan terus menerus. Hasil Lab : WBC = $22.06 \times 10^3/uL$, GLUKOSA SEWAKTU = 573 mg/dL, UREUM = 54.7 mg/dL, CREATININ = 0.71 mg/dL.

c. Klasifikasi Data

Berdasarkan hasil tabulasi, maka data kemudian di klasifikasikan ke dalam 2 bagian yaitu :

Data Subjektif : Klien mengatakan badan lemah, kedua kaki lemas, mual, nyeri pinggang, pernah kejang, nafsu makan klien berkurang, porsi yang di habiskan 3-4 sendok makan, minum air putih 6-7 gelas sedang (\pm 1.200-1.400 cc) perhari, klien sering merasa haus dan BAK pada malam hari. Pengkajian nyeri, P (Paliatif) : klien mengatakan nyeri di pinggang, Q (Quality) : klien mengatakan nyeri di rasakan seperti tertusuk-tusuk, R (Region) : nyeri pada pinggang menyebar sampai ke belakang, S (Severity) : skala nyeri 4-6 (sedang), T (Time) : nyeri dirasakan terus menerus.

Data Objektif : klien terbaring lemah di tempat tidur, semua aktivitas makan, minum, toileting, berpakaian, berpindah, di bantu. Keadaan umum lemah, tingkat kesadaran composmentis, GCS : 15 E : 4, V : 5, M : 6. Tanda-tanda vital TD : 145/75 mmHg, S : 36,4°C, N : 89x/m, SPO2 : 99%, RR : 23x/m, BB : 40 kg, TB :153 cm, IMT : 17,08 (berat badan kurang), wajah tampak pucat, tampak lemah, tampak meringis, terpasang oksigen nasal

kanul 2 liter per menit, CRT < 3 detik terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit, kekuatan otot lemah. Hasil Lab : WBC = 22.06+ [10³/uL, GLUKOSA SEWAKTU = 573 mg/dL, UREUM = 54.7 mg/dL, CREATININ = 0.71 mg/dL.

d. Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa Data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
Ds : klien mengatakan badan lemah Do : tampak pucat, pernah kejang, terpasang oksigen nasal kanul 2 liter per menit, terpasang infus Nacl 0.9% 20 tetes per menit, CRT < 3 detik. TD : 145/75 mmHg, S : 36,4°C, N : 89x/m, SPO2 : 99%, RR : 23x/m, hasil lab : WBC = 22.06+ [10 ³ /uL, GLUKOSA SEWAKTU = 573 mg/dL.	Sirkulasi kurang memadai	Risiko perfusi perifer tidak efektif
Ds : klien mengatakan badan lemah, kedua kaki lemas, sering merasa haus dan BAK pada malam hari. Do : tampak lemah, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit, TTV : TD : 145/75 mmHg, S : 36,4°C, N : 89x/m, SPO2 : 99%, RR : 23x/m, Hasil Lab : GLUKOSA SEWAKTU = 573 mg/dL.	Kurangnya Insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
Ds : mengeluh nyeri pinggang, Pengkajian nyeri : P (Paliatif) : klien mengatakan nyeri di pinggang, Q (Quality) : klien mengatakan nyeri di rasakan seperti tertusuk-tusuk, R (Region) : nyeri pada pinggang menyebar sampai ke belakang,	Gejala Penyakit	Gangguan Nyaman Nyeri

- Lanjutan Tabel 3.4 Analisa Data

(sedang), T (Time) : nyeri dirasakan terus menerus.

Do : wajah tampak meringis, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit, TTV : TD : 145/75 mmHg, S : 36,4°C, N : 89x/m, SPO2 : 99%, RR : 23x/m, Hasil Lab : UREUM = 54.7 mg/dL, CREATININ = 0.71 mg/dL.

Ds : klien mengatakan badan lemah

Penurunan

Intoleransi Aktivitas

Do: tampak terbaring di tempat tidur, semua aktivitas makan, minum, mandi, toileting, berpindah, di bantu. TTV: TD:145/75 mmHg, S:36,4°C, N:89x/m, SPO2:99 %, RR:23 x/m, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes per menit.

Produksi Energi Metabolik

Ds : klien mengatakan nafsu makan berkurang, porsi yang di habiskan 3-4 sendok makan, minum air putih 6-7 gelas sedang (\pm 1.200-1.400 cc) perhari

Katabolisme meningkat

Defisit nutrisi

Do : klien tampak makan sedikit BB:40 kg, TB:153 cm , IMT:17,08 (berat bada kurang), TTV : TD : 145/75 mmHg, S : 36,4°C, N:89x/m, SPO2 : 99 %, RR : 23 x/m, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes per menit.

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Risiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan sirkulasi

kurang memadai di buktikan dengan:

Ds : klien mengatakan badan lemah

Do : tampak pucat, pernah kejang, terpasang oksigen nasal kanul 2 liter

per menit, terpasang infus Nacl 0.9%, 20 tetes per menit, CRT < 3

detik. TTV : TD : 145/75 mmHg, S : 36,4°C, N : 89x/m, SPO2 : 99%, RR:23x/m, hasil lab : WBC = 22.06+ [10^3 /uL, GLUKOSA SEWAKTU = 573 mg/dL.

- b. Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan kurangnya insulin di buktikan dengan:

Ds : klien mengatakan badan lemah, kedua kaki lemas, sering merasa haus dan BAK pada malam hari.

Do : tampak lemah, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit, TTV : TD : 145/75 mmHg, S : 36,4°C, N : 89x/m, SPO2 : 99%, RR : 23x/m, Hasil Lab : GLUKOSA SEWAKTU = 573 mg/dL.

- c. Gangguan nyaman nyeri berhubungan dengan gejala penyakit di buktikan dengan:

Ds : mengeluh nyeri pinggang, Pengkajian nyeri :

P (Paliatif) : klien mengatakan nyeri di pinggang,

Q (Quality) : klien mengatakan nyeri di rasakan seperti tertusuk-tusuk.

R (Region) : nyeri pada pinggang menyebar sampai ke belakang.

S (Severity) : skala nyeri 4-6 (sedang), T (Time) : nyeri dirasakan terus menerus.

Do : wajah tampak meringis, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit, TTV : TD : 145/75 mmHg, S : 36,4°C, N : 89x/m, SPO2 : 99%, RR : 23x/m, Hasil Lab : UREUM = 54.7 mg/dL, CREATININ = 0.71 mg/dL.

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik di buktikan dengan:

Ds : klien mengatakan badan lemah

Do: tampak terbaring di tempat tidur, semua aktivitas makan, minum, mandi, toileting, berpindah, di bantu. TTV : TD : 145/75 mmHg, S : 36,4°C, N : 89x/m, SPO2 : 99 %, RR : 23 x/m, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes per menit.

e. Defisit nutrisi berhubungan dengan katabolisme meningkat di buktikan dengan:

Ds : klien mengatakan nafsu makan berkurang, porsi yang di habiskan 3-4 sendok makan, minum air putih 6-7 gelas sedang (\pm 1.200-1.400 cc) perhari.

Do : klien tampak makan sedikit BB : 40 kg, TB : 153 cm , IMT : 17,08 (berat bada kurang), TTV : TD :145/75 mmHg, S : 36,4°C, N : 89x/m, SPO2 : 99 %, RR : 23 x/m, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes per menit.

4. Intervensi Keperawatan

a. Risiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan sirkulasi kurang memadai

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah risiko perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil:

1) Warna kulit pucat menurun

- 2) Kelemahan otot menurun

Intervensi:

Perawatan Sirkulasi

Observasi

- 1) Periksa sirkulasi perifer (mis, nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu,).

Rasional : mengidentifikasi terjadinya penurunan sirkulasi perifer melalui nadi perifer dan edema.

- 2) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis, diabetes, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi).

Rasional : mengetahui sirkulasi perfusi pasien.

- 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas.

Rasional : mengetahui dan mengontrol panas, kemerahan, atau bengkak pada ekstremitas.

Terapeutik

- 4) Lakukan hidrasi.

Rasional : hidrasi dapat membantu perbaikan sirkulasi perifer.

Edukasi

- 5) Anjurkan berolahraga rutin seperti jalan kaki

Rasional : salah satu penatalaksanaan yang bisa di lakukan untuk meningkatkan sirkulasi darah dengan melakukan latihan jasmani dengan jalan kaki sambil mengayunkan tangan.

6) Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis, rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3).

Rasional : gizi yang seimbang akan meningkatkan daya tahan tubuh.

b. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kurangnya insulin

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Lelah menurun
- 2) Rasa haus menurun
- 3) Kadar glukosa dalam darah membaik

Intervensi

Manajemen Hiperglikemia

Observasi

- 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia.

Rasional : hiperglikemia adalah tinggi kadar gula dalam darah, kita perlu mengidentifikasi penyebab glikemia untuk mengetahui tindakan apa yang akan di lakukan berdasarkan tipe DM yang di derita pasien.

- 2) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu.

Rasional : glukosa dalam darah bisa terkontrol.

3) Monitor tandan dan gejala hiperglikemi.

Rasional : menentukan tindakan yang tepat dalam penanganan hiperglikemia.

Edukasi

4) Anjurkan kepauhan terhadap diet dan olahraga.

Rasional : diet dan olahraga dapat meningkatkan laju metabolisme sehingga kadar glukosa dapat di gunakan sebagai energi.

5) Ajarkan cara pengelolaan diabetes (mis, penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan).

Rasional : mencegah terjadinya hiperglikemia dan hipoglikemia,

Kolaborasi

6) Kolaborasi pemberian insulin.

Rasional : pemberian insulin berfungsi untuk mempertahankan jumlah glukosa dalam darah tetap normal.

c. Gangguan nyaman nyeri berhubungan dengan gejala penyakit

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah gangguan aman nyaman nyeri menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun

Intervensi

Manajemen Nyeri

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.

Rasional : menggambarkan pengalaman nyeri, menganalisis manajemen nyeri dan mengevaluasi efektivitas.

- 2) Identifikasi skala nyeri.

Rasional : mengetahui skala nyeri secara teratur dan bersamaan dengan tanda-tanda vital lainnya.

- 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri .

Rasional : perawatan yang tepat dan manajemen yang memadai dapat membantu mengurangi nyeri.

Terapeutik

- 4) Fasilitasi istirahat dan tidur.

Rasional : nyeri yang di rasakan dapat di hilangkan atau di kurangkan.

Edukasi

- 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Rasional : membantu dalam penurunan persepsi atau respon nyeri, memberikan kontrol situasi meningkatkan perilaku positif.

Kolaborasi

- 6) Kolaborasi pemberian analgetik

Penatalaksanaan : pemberian paracetamol 1 gr/iv

Rasional : mengurangi rasa nyeri.

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah intoleransi aktivitas menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan lelah menurun
- 2) Tenaga meningkat
- 3) Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat

Intervensi

Manajemen Energi

Observasi

- 1) Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

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

- 2) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.

Rasional : mengetahui tingkat kelelahan dan emosional pasien.

Terapeutik

- 3) Lakukan latihan gerak pasif atau aktif.

Rasional : mengetahui lokasi ketidaknyamanan pasien selama melakukan aktivitas.

Edukasi

- 4) Anjurkan tirah baring

Rasional : memberikan rasa nyaman.

- 5) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Rasional : melatih gerak mobilisasi pasien dan meningkatkan otot pasien.

- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan katabolisme meningkat

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Nafsu makan membaik
- 2) Berat badan membaik
- 3) Porsi makan yang di habiskan meningkat
- 4) Kekuatan otot menelan meningkat

Intervensi

Manajemen Nutrisi

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi.

Rasional : dapat mengetahui status nutrisi pasien sehingga dapat melakukan intervensi yang tepat.

- 2) Mengetahui alergi pada makanan/minuman yang menyebabkan klien tidak nafsu makan.

Rasional : mengetahui makanan yang di sukai untuk meningkatkan nafsu makan klien

3) Monitor asupan makanan.

Rasional: anoreksia dan kelemahan dapat mengakibatkan penurunan berat badan dan malnutrisi yang serius.

Terapeutik

4) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu.

Rasional : mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan.

Edukasi

5) Anjurkan posisi duduk, jika mampu.

Rasional : memberikan rasa nyaman pada pasien.

6) Ajarkan diet yang di programkan.

Rasional : meningkatkan rasa keterlibatannya, memberikan informasi kepada keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.

Kolaborasi

7) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang di butuhkan.

Rasional : sangat penting dan bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, klien di lakukan oleh tenaga professional yang tepat.

5. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan Pada hari sabtu, 31 Agustus 2024

Diagnosa keperawatan 1

Jam 14.30 memeriksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna dan suhu) dengan hasil : CRT<3 detik, warna kulit pucat, suhu 36,4°C. Jam 14.50 mengidentifikasi faktor risiko gangguan perifer (diabetes) dengan hasil : TTV, TD : 145/75 mmHg, N : 89x/menit, SPO2 : 99%, RR : 23x/menit, S : 36,4°C. Jam 15.30 memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas dengan hasil : tidak ada nyeri atau bengkak pada ekstremitas bawah. Jam 16.00 menganjurkan klien berolahraga rutin seperti jalan kaki dengan hasil : klien mengerti dengan apa yang di anjurkan. Jam 16.15 menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh seperti : sayuran hijau, buah-buahan, kentang, ubi jalar, putih telur, dada ayam). Jam 16.30 melakukan hidrasi dengan hasil : klien terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes per menit.

Diagnosa keperawatan II

Jam 14.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 145/74 mmHg, S : 36,4°C, N : 89 x/menit, SPO2 : 99%, RR:23x/menit. Jam 14.30 mengkaji faktor pencetus hiperglikemia dengan hasil : klien mengatakan setelah mengkonsumsi makanan yang manis dan tidak rutin berolahraga. Jam 15.00 memonitor kadar gula darah dengan hasil : 573 mg/dL. Jam 15.30 memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil : klien mengatakan badan lemah, kedua kaki lemas. Jam 16:00 menganjurkan

klien agar tetap menjaga pola makan dan diimbangi dengan olahraga dengan hasil : klien mengerti dengan apa yang di jelaskan dan klien mendapatkan makanan yang di berikan rumah sakit. Jam 16.30 menganjurkan klien untuk menghindari makanan yang mengandung banyak gula dan banyak lemak seperti : gula pasir, sirup, buah-buahan yang di awetkan dengan gula, susu kental manis, kue-kue manis, makanan siap saji, gorengan. Jam 16.35 menganjurkan klien untuk mengonsumsi protein rendah lemak, seperti : ikan, ayam tanpa kulit, tempe, tahu, kacang-kacangan dan menganjurkan klien mengganti nasi putih dengan beras merah atau ubi-ubian serta mengonsumsi sayur-sayuran yang tinggi serat (sayuran hijau). Jam 17.45 melayani injeksi sansulin rapid 8 unit/sl. Jam 18.00 melayani diet lunak DM 1 porsi (bubur, sayur bayam, ikan, pisang).

Diagnosa keperawatan III

Jam 14.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 145/74 mmHg, S : 36,4°C, N : 89 x/menit, SPO2 : 99%, RR : 23x/menit. Jam 14.10 mengobservasi keadaan umum klien dengan hasil : klien tampak lemah. Jam 14.15 mengidentifikasi lokasi nyeri dengan hasil : pada bagian pinggang. Jam 14.20 mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil : skala 4-6 (sedang). Jam 14.25 mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dengan hasil : faktor yang memperberat : saat bergerak, faktor yang memperingan : setelah memberikan obat anti nyeri yaitu paracetamol dan pada saat beristirahat. Jam 16.40 melayani injeksi

paracetamol 1gr/IV. Jam 17.00 mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (melatih napas dalam) dengan hasil : mengatur posisi klien nyaman mungkin, mengajarkan klien menarik napas lewat hidung tahan selama 3 detik dan hitungan ke tiga hembuskan suara perlahan-lahan lewat mulut. Jam 17.15 menganjurkan klien untuk banyak istirahat.

Diagnosa Keperawatan IV

Jam 14.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 145/74 mmHg, S : 36,4°C, N : 89x/menit, SPO2 : 99%, RR : 23x/menit. Jam 14.30 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan dengan hasil : klien mengatakan kelelahan karena badan yang terasa lemah, kedua kaki lemas dan nyeri pada pinggang. Jam 14.40 melakukan latihan rentang gerak klien atau aktif dengan hasil : klien mengatakan akan melakukan latihan gerak secara pasif. Jam 15.10 menganjurkan tirah baring dengan hasil : klien mengatakan masih belum bisa melakukan miring kiri, miring kanan. Jam 15.20 menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil : klien mengatakan belum bisa untuk melakukan aktivitas karena badannya lemah dan kedua kakinya lemas tidak bisa di angkat.

Diagnosa Keperawatan V

Jam 14.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD: 145/74 mmHg, S : 36,4°C, N : 89x/menit, SPO2 : 99%, RR : 23x/menit. Jam 14.20 mengidentifikasi status nutrisi dengan hasil : sebelum sakit nafsu makan

klien baik, Saat sakit nafsu makan klien menurun, makan sedikit 3-4 sendok karena tidak nafsu makan , minum 6-7 gelas (\pm 1.200-1.400 cc). Jam 14.35 mengidentifikasi alergi pada makanan dengan hasil : klien alergi pada makanan yaitu telur dan terung dan setelah di makan klien merasa gatal-gatal. Jam 15.25 memonitor asupan makanan dengan hasil : klien tidak ada nafsu makan, hanya bisa menghabiskan 3-4 sendok. Jam 17.10 melakukan oral hygiene sebelum makan dengan hasil : klien mengerti dan akan melakukan oral hygiene sebelum makan. Jam 17.15 menganjurkan pada klien untuk mengonsumsi protein rendah lemak seperti : ikan, ayam tanpa kulit, tempe, tahu, kacang-kacangan. Jam 17:40 menganjurkan keluarga klien untuk mengontrol makanan klien dengan hasil : keluarga klien mengerti dan akan mengontrol pola makan klien. Jam 17.55 melayani diet bubur 1 porsi.

Tindakan Keperawatan Pada Hari Minggu, 1 September 2024

Diagnosa Keperawatan I

Jam 07.10 memeriksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna dan suhu) dengan hasil : CRT < 3 detik, warna kulit pucat, suhu 36,2°C. Jam 08.30 mengidentifikasi faktor risiko gangguan perifer (diabetes) dengan hasil : TTV : TD : 150/82 mmHg, N : 82 x/menit, SPO2 : 98%, RR : 21x/menit, S : 36,2°C. Jam 09.00 memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas dengan hasil: tidak ada nyeri atau bengkak pada ekstremitas bawah. Jam 09.30 menganjurkan klien berolahraga rutin seperti jalan kaki dengan hasil klien mengerti dengan apa yang di anjurkan. Jam

10.00 menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh seperti : sayuran hijau, buah-buahan, kentang, ubi jalar, putih telur, dada ayam). Jam 10.30 melayani Drip Nacl 3% 10 tpm.

Diagnosa Keperawatan II

Jam 07.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 150/82 mmHg, N : 82x/menit, S : 36,2°C, SPO2 : 98%, RR : 21x/menit. Jam 09.00 memonitor kadar gula darah dengan hasil : 295 mg/dL. Jam 09.30 memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil : klien mengatakan badan lemah, kedua kaki masih lemas. Jam 10.00 menganjurkan klien agar tetap menjaga pola makan dan di imbangi dengan olahraga dengan hasil : klien mengerti dengan apa yang di jelaskan dan klien mendapatkan makanan yang di berikan rumah sakit. Jam 10.30 menganjurkan klien untuk menghindari makanan yang mengandung banyak gula dan banyak lemak seperti : gula pasir, sirup, buah-buahan yang di awetkan dengan gula, susu kental manis, kue-kue manis, makanan siap saji, gorengan. Jam 10.35 menganjurkan klien untuk mengonsumsi protein rendah lemak, seperti : ikan, ayam tanpa kulit, tempe, tahu, kacang-kacangan dan menganjurkan klien untuk mengganti nasi putih dengan beras merah atau ubi-ubian serta mengonsumsi sayur-sayuran yang tinggi serat (sayuran hijau). Jam 12.00 melayani sansulin rapid 10 unit/sl. Jam 12.30 melayani diet lunak DM 1 porsi (bubur, sayur, ikan. Pisang).

Diagnosa Keperawatan III

Jam 07.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 150/82 mmHg, N : 82x/menit, S : 36,2°C, SPO2 : 98%, RR : 21x/menit. Jam 08.30 mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil : Skala 5 (sedang). Jam 08.45 mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (melatih napas dalam) dengan hasil : mengatur posisi pasien nyaman mungkin, menganjurkan pasien menarik napas lewat hidung tahan selama 3 detik dan hitungan ketiga hembuskan secara perlahan-lahan lewat mulut. Jam 09.00 melayani injeksi paracetamol 1 gr/IV. 11.30 menganjurkan pasien banyak istirahat. Jam 10.30 mengatur posisi tidur sesuai keinginan klien dengan hasil klien tidur lebih nyaman miring ke kiri.

Diagnosa Keperawatan IV

Jam 07.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 150/82 mmHg, N : 82x/menit, S : 36,2°C, SPO2 : 98%, RR : 21x/menit. Jam 10.25 memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas dengan hasil : klien mengatakan akibat ketidaknyamanan itu karena merasa badan lemah, kedua kaki lemas, nyeri pinggang sehingga aktivitasnya di bantu. Jam 10.35 melakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif dengan hasil : klien mengatakan akan melakukan latihan gerakan secara pasif. Jam 11.00 menganjurkan tirah baring dengan hasil : klien mengikuti apa yang dianjurkan. Jam 11.10 menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil : klien mengikuti anjuran dengan melakukan aktivitas secara bertahap miring kiri dan miring kanan.

Diagnosa Keperawatan V

Jam 07.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 150/82 mmHg, N : 82x/menit, S : 36,2°C, SPO2 : 98%, RR : 21x/menit. Jam 07.30 memonitor asupan makanan dengan hasil : klien bisa menghabiskan 10 sendok, minum air 5-6 gelas sedang (\pm 1.000-1.300 cc). Jam 10.10 melakukan oral hygiene sebelum makan dengan hasil : klien mengerti dan akan melakukan oral hygiene sebelum makan. Jam 10.20 menganjurkan posisi duduk dengan hasil klien belum bisa duduk, hanya bisa melakukan posisi miring kiri dan miring kanan. Jam 11.30 menganjurkan keluarga klien untuk mengontrol makanan klien dengan hasil : keluarga klien mengerti dan akan mengontrol pola makan klien. Jam 12.00 melayani injeksi Omeprazole 40 mg dan melayani injeksi Ondansetron 4 mg/IV. Jam 12.10 melayani diet bubur 1 porsi.

6. Evaluasi Keperawatan

- a. Hari sabtu, 31 Agustus 2024 di lakukan evaluasi dan di temukan hasil sebagai berikut:

Diagnosa Keperawatan 1

Jam :18.40

S: Klien mengatakan badan masih lemah

O: Klien tampak lemah, pucat, terpasang oksigen nasal kanul 2 lpm, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit, TTV : TD : 135/60 mmHg, S : 36,5°C, N : 85x/m, SPO2 : 99 %, RR : 22 x/m.

A: Masalah Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi nomor 1,2,3,4,5,6

Diagnosa Keperawatan II

Jam 18.45

S : Klien mengatakan masih lemah, kedua kaki lemas

O : Tampak lemah, pucat, gula darah masih tinggi, terpasang Nacl 0,9 % 20 tetes per menit, TTV : TD : 135/60 mmHg, S : 36,5°C, N : 85x/m, SPO2 : 99 %, RR : 22 x/m.

A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 2,3,4,5,6

Diagnosa Keperawatan III

18.50

S : klien mengeluh nyeri di pinggang

S : P (Paliatif) : klien mengatakan nyeri di pinggang,

Q (Quality) : klien mengatakan nyeri di rasakan seperti tertusuk-tusuk.

R (Region) : nyeri pada pinggang menyebar sampai ke belakang.

S (Severity) : skala nyeri 4-6 (sedang), T (Time) : nyeri dirasakan terus menerus.

O : Masih tampak meringis, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit, TTV : TD : 135/60 mmHg, S : 36,5°C, N : 85x/m, SPO2 : 99 %, RR : 22 x/m.

A : Masalah gangguan nyaman nyeri belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi nomor 2,4,5,6

Diagnosa Keperawatan IV

18.55

S : Klien masih mengeluh lemah

O : Tampak lemah dan terbaring di tempat tidur, semua aktivitas makan, minum, toileting, berpakaian berpindah di bantu, terpasang insus

Nacl 0,9 % 20 tetes per menit. TTV : TD : 135/60 mmHg, S : 36,5°C, N : 85x/m, SPO2 : 99 %, RR : 22 x/m.

A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi nomor 2,3,4,5

Diagnosa Keperawatan V

Jam :19.00

S : klien mengatakan tidak ada nafsu makan

O : Makanan yang di berikan rumah sakit tampak tidak habis, makan hanya 3-4 sendok, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit.

TTV : TD : 135/60 mmHg, S : 36,5°C, N : 85x/m, SPO2 : 99 %, RR : 22 x/m.

A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi nomor 3,4,6,7,8

- b. Hari Minggu,1 September 2024 di lakukan evaluasi dan di temukan hasil sebagai berikut:

Diagnosa Keperawatan 1

13:40

S : Klien mengatakan badan masih lemah

O : Klien tampak lemah, pucat, terpasang oksigen nasal kanul 2 lpm, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit, TTV : 145/00 mmHg, S : 36,5°C, N : 84x/m, SPO2 : 98%, RR : 21 x/m, GDS : 295 mg/dL

A : Masalah Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi nomor 1,,4,5,6

Diagnosa Keperawatan II

13:45

S : Klien mengatakan masih lemah, kedua kaki masih lemas

O : Klien masih tampak lelah, gula darah masih tinggi GDS:295 mg/dL, TTV : 145/00 mmHg, S : 36,5°C, N : 84x/m, SPO2 : 98%, RR : 21 x/m, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit.

A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi

P: Lanjutkan intervensi nomor 2,4,5,6

Diagnosa keperawatan III

13:50

S : klien masih mengeluh nyeri di pinggang

P (Paliatif) : klien mengatakan nyeri di pinggang,

Q (Quality) : klien mengatakan nyeri di rasakan seperti tertusuk-tusuk.

R (Region) : nyeri pada pinggang menyebar sampai ke belakang.

S (Severity) : skala nyeri 4-6 (sedang), T (Time) : nyeri dirasakan terus menerus.

O : Klien masih tampak meringis, TTV : 145/00 mmHg, S : 36,5°C, N : 84x/m, SPO2 : 98%, RR : 21 x/m, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit.

A : Masalah gangguan nyaman nyeri belum teratasi

P : Intervensi di lanjutkan nomor 2,4,5,6

Diagnosa Keperawatan IV

13:55

S : Klien masih mengeluh lemah

O : Tampak lemah dan terbaring di tempat tidur, semua aktivitas makan, minum, toileting, berpakaian berpindah di bantu, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit. TTV : 145/00 mmHg, S: 36,5°C, N : 84x/m, SPO2 : 98%, RR : 21 x/m

A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi nomor 2,,4,5

Diagnosa Keperawatan V

14.00

S : Klien mengatakan nafsu makan berkurang

O : klien tampak makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit. TTV : 145/00 mmHg, S : 36,5°C, N : 84x/m, SPO2 : 98%, RR : 21 x/m

A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi nomor 3,4,6,7,8

Catatan Perkembangan

Senin, 2 September 2024 di lakukan catatan perkembangan

a. Risiko perfusi perifer tidak efektif

Jam :07.30

S: Klien mengatakan badan masih lemah

O: Klien tampak lemah, pucat berkurang, terpasang oksigen nasal kanul 2 lpm, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit, GDS 2 jam pp : 165 mg/dL

A: Masalah risiko perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian

P: Lanjutkan intervensi nomor 1,2,5

I: Jam 07.30 Memeriksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna dan suhu) dengan hasil: CRT<3 detik, warna kulit pucat berkurang, suhu 37,2°C. Jam 08.00 Mengidentifikasi faktor risiko gangguan perifer (diabetes) dengan hasil : TTV, TD : 142/85 mmHg, N : 90x/menit, SPO2 : 99%, RR : 20x/menit, S : 37,2°C. Jam 09.00 Menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh seperti : sayuran hijau, buah-buahan, kentang, ubi jalar, putih telur, dada ayam). Jam 10.30 Melayani Drip Nacl 3% 10 tpm.

E: Jam 13:40 klien tampak lemah berkurang, gula darah masih tinggi, GDS 2 jam pp : 165 mg/dL, TTV : TD : 140/80 mmHg, S : 36,8°C, N : 88x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99%, terpasang oksigen nasal kanul 2 liter per menit, terpasang infus

Nacl 0,9 % 20 tetes per menit. Masalah risiko perfusi perifer teratasi sebagian teratasi, intervensi di lanjutkan perawat ruangan.

b. Ketidakstabilan kadar glukosa darah

Jam 07.35

S: Klien mengatakan badan masih lemah, kedua kaki sudah bisa di angkat.

O:Klien tampak lemah. Gula darah masih tinggi, GDS 2 jam pp : 165 mg/dL, terpasang infus Nacl 20 tetes per menit

A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi

P:Intervensi di lanjutkan 2,4,5,6

I: Jam 08.00 Mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil:

TD : 142/85 mmHg, N : 90x/menit, S : 37,2°C, RR :

20x/menit, SPO2 : 99 %. Jam 08.30 Menganjurkan klien

agar tetap menjaga pola makan dan di imbangi dengan olahraga dengan hasil : Klien mengerti dengan apa yang di

jelaskan dan klien mendapatkan makanan yang di berikan

rumah sakit. Jam 09.00 Menganjurkan klien untuk

menghindari makanan yang mengandung banyak gula dan

banyak lemak seperti : gula pasir, sirup, buah-buahan yang

di awetkan dengan gula, susu kental manis, kue-kue manis,

makanan siap saji, gorengan. Jam 09.05. menganjurkan

klien untuk mengonsumsi protein rendah lemak, seperti : ikan, ayam tanpa kulit, tempe, tahu, kacang-kacangan, dan menganjurkan klien untuk mengganti nasi putih dengan beras merah atau ubi-ubian serta mengonsumsi sayur-sayuran yang tinggi serat (sayuran hijau). Jam 12.00 Penatalaksanaan pemberian insulin dengan hasil : Melayani insulin rapid 10 unit/sl.

E: Jam 13:45 klien tampak lemah, gula darah masih tinggi, GDS 2 jam pp : 165 mg/dL, TTV : TD:140/80 mmHg, S : 36,8°C, N :88x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99%, terpasang oksigen nasal kanul 2 liter per menit, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes per menit. Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi, intervensi di lanjutkan perawat ruangan.

c. Gangguan nyaman nyeri

Jam 07.40

S: Klien mengatakan nyeri berkurang

P (Paliatif) : klien mengatakan nyeri di pinggang berkurang

Q (Quality) : klien mengatakan nyeri di rasakan seperti tertusuk-tusuk berkurang.

R (Region) : nyeri pada pinggang menyebar sampai ke belakang berkurang.

S (Severity) : skala nyeri 1-3 (ringan), T (Time) : nyeri dirasakan terus menerus berkurang.

O: klien tampak meringis berkurang, terpasang infus Nacl 20 tpm

A: Masalah nyeri aman nyaman nyeri teratasi sebagian

P: Intervensi di lanjutkan nomor 2,4,5,6

I: jam 08.00 Mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil :

TD : 142/85 mmHg, N : 90x/menit, S : 37,2°C, RR :

20x/menit, SPO2 : 99 %. Jam 09.10 Mengidentifikasi skala

nyeri dengan hasil : skala nyeri 3 (ringan). Jam 09.30

Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi

rasa nyeri (melatih napas dalam) dengan hasil : Mengatur

posisi senyaman mungkin, menganjurkan klien menarik

napas lewat hidung tahan selama 3 detik dan hitungan ke

tiga hembuskan secara perlahan-lahan lewat mulut. Jam

11.30 Melayani injeksi paracetamol 1 gr/IV. Jam 12.30

Menganjurkan klien banyak istirahat.

E: Jam 13.50 Klien tampak meringis berkurang, TTV : TD :

140/80 mmHg, S : 36,8°C, N : 88x/menit, RR : 20x/menit,

SPO2 : 99%, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit.

Masalah nyaman nyeri teratasi sebagian, intervensi di

lanjutkan perawat ruangan.

d. Intoleransi aktivitas

Jam 07.45

S : Klien masih mengeluh lemah

O :Tampak lemah dan terbaring di tempat tidur, semua aktivitas makan, minum, mandi, toileting, berpakaian, masih di bantu, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit.

A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

P : Intervensi di lanjutkan 2,4,5

I: Jam: 08.00 Mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 142/85 mmHg, N : 90x/menit, S : 37,2°C, RR : 20x/menit, SPO2 : 99 %. Jam 08.30 Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas dengan hasil : Klien mengatakan akibat ketidaknyamanan itu karena merasa badan lemah, kedua kaki lemas, nyeri pinggang sehingga aktivitas di bantu. 11.30 Menganjurkan tirah baring dengan hasil : Klien mengikuti apa yang di anjurkan. 12.00 Menganjurkan aktivitas secara bertahap dengan hasil : Klien mengikuti anjuran dengan melakukan aktivitas miring kiri dan miring kanan.

E: Jam 13.55 klien tampak lemah dan terbaring di tempat tidur. TTV : TD : 140/80 mmHg, S : 36,8°C, N : 88x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99%, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit. Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi, intervensi di lanjutkan perawat ruangan.

e. Defisit nutrisi

Jam 07.50

S : Klien mengatakan sudah ada nafsu makan

O : Klien tampak nafsu makan membaik kurang lebih 15 sendok, minum air terbatas. Terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit

A : Masalah risiko defisit nutrisi teratasi sebagian

P : Intervensi di lanjutkan nomor 3,4,5,7,8

I : Jam 08.00 jam 08.00 Mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil : TD :142/85 mmHg, N : 90x/menit, S : 37,2°C, RR : 20x/menit, SPO2 : 99 %. Jam 09.30 Memonitor asupan makanan dengan hasil : Nafsu makan klien sudah mulai membaik, makan sedikit sekitar 15 sendok, minum air sekitar 3-4 gelas sedang (\pm 600 cc). jam 10.30 Melakukan oral hygiene sebelum makan dengan hasil : Klien mengerti dan akan melakukan oral hygiene sebelum makan. Jam 11.30 menganjurkan pada klien untuk mengonsumsi protein rendah lemak, seperti : ikan, ayam tanpa kulit, tempe, tahu, kacang-kacangan. Jam 11.40 Menganjurkan keluarga klien untuk mengontrol makanan klien dengan hasil : keluarga klien mengerti dan akan

mengontrol pola makan pasien. Jam 12.00 melayani diet bubur 1 porsi.

E: Klien tampak nafsu makan membaik, makan kurang lebih 15 sendok, minum air terbatas, TTV : TD : 140/80 mmHg, S : 36,8°C, N : 88x/menit, RR : 20 x/menit, SPO2 : 99%, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit. Masalah defisit nutrisi teratasi sebagian, intervensi di lanjutkan perawat ruangan.

B. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnose keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan di lihat adanya kesenjangan antara teori kasus nyata yang di temukan pada Ny L.J di Ruangan Penyakit Dalam.

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Ny L.J di temukan, Klien mengatakan badan lemah, kedua kaki lemas, mual, nyeri pinggang, pernah kejang, nafsu makan klien berkurang, tampak makan sedikit, porsi yang di habiskan 3-4 sendok makan, minum air putih 6-7 gelas sedang (\pm 1.200-1.400 cc) perhari, klien sering merasa haus dan BAK pada malam hari, klien terbaring lemah di tempat tidur, semua aktivitas makan, minum, toileting, berpakaian, berpindah, di bantu. Keadaan umum lemah, tingkat

kesadaran composmentis, GCS : 15 E : 4, V : 5, M : 6. Tanda-tanda vital TD : 145/75 mmHg, S : 36,4°C, N : 89x/m, SPO2 : 99%, RR : 23x/m, BB : 40 kg, TB : 153 cm, IMT : 17,08 (berat badan kurang), wajah tampak pucat, tampak lemah, tampak meringis, terpasang oksigen nasal kanul 2 liter per menit, CRT < 3 detik terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit, kekuatan otot lemah. Pengkajian nyeri, P (Paliatif) : klien mengatakan nyeri di pinggang, Q (Quality) : klien mengatakan nyeri di rasakan seperti tertusuk-tusuk, R (Region) : nyeri pada pinggang menyebar sampai ke belakang, S (Severity) : skala nyeri 4-6 (sedang), T (Time) : nyeri dirasakan terus menerus. Hasil Lab : WBC = 22.06+ [10^3 /uL, GLUKOSA SEWAKTU = 573 mg/dL, UREUM = 54.7 mg/dL, CREATININ = 0.71 mg/dL.

Menurut Suryati, 2021 gejala akut meliputi : polifagi (banyak makan), Polidipsi (banyak minum), poliuria (banyak buang air kecil), mudah lelah, berat badan menurun, nafsu makan bertambah ,gejala kronik meliputi : kesemutan, kulit terasa panas atau seperti tertusuk-tusuk oleh jarum. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus Ny L.J keluhan yang ada pada teori tetapi tidak ada pada kasus yaitu nafsu makan bertambah. Hasil pengkajian lain yang di temukan yaitu nyeri pinggang, mual, dan pernah kejang.

Keluhan nafsu makan bertambah tidak di temukan pada Ny L.J karena di lihat pada kasus terdapat keluhan tidak ada nafsu makan dan mual, hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus.

Menurut Padhila (2012), pada pasien DM tipe 2 terjadi defisiensi insulin yang menyebabkan glukagon meningkat dalam darah sehingga gula dalam sel berkurang dan menyebabkan ketonemia. Ketonemia menyebabkan pH menurun dan menyebabkan terjadinya mual. Kasus yang di alami Ny. L. J mengatakan bahwa setiap klien makan terdapat rangsangan mual yang mengakibatkan klien kurang nafsu makan dan tidak menghabiskan porsi makan yang di berikan.

Keluhan nyeri pinggang ada pada teori karena sudah terkomplikasi pada ginjal. Hal ini karena terjadi nefropati diabetik yang di tandai dengan pemeriksaan laboratorium faal ginjal yang tinggi dengan hasil ureum : 54.7 dengan nilai normal (10-50 mg/dL), creatinine : 0.71 dengan nilai normal (0.6-1.2 mg/dL). Menurut Yunisrah (2019), hubungan ureum dan creatinin dengan penderita diabetes melitus yaitu di mana diabetes melitus memiliki kadar darah yang tinggi (hiperglikemia) kondisi ini menyebabkan dinding pembuluh darah rusak, sehingga terjadi penyumbatan yang menimbulkan komplikasi mikrovaskuler salah satunya adalah nefropati diabetik. Kondisi hiperglikemia juga berperan dalam pembentukan aterosklerosis. Akibatnya terjadinya penyempitan lumen pembuluh darah dan penurunan kecepatan aliran darah yang menyebabkan berkurangnya suplai darah ke ginjal. Hal ini dapat menyebabkan gangguan proses filtrasi di glomerulus dan penurunan fungsi ginjal di tandai dengan meningkatnya kadar ureum dan kreatinin darah sehingga terjadi nyeri pinggang.

Keluhan kejang pada Ny. L .J tidak terdapat pada teori, kejang ini terjadi karena insulin dalam darah di tunjukan 523 mg/dL sehingga glikogen sama sekali tidak ada di sel, termaksud di sel jaringan otak sehingga timbulkan gejala kejang.

Pada pengkajian yang di lakukan pada Ny L.J di temukan keluhan utama badan lemah. Lemah merupakan salah satu tanda dan gejala dari penyakit diabetes melitus. Menurut Lingga (2012) penyebab lemah pada penderita DM adalah akibat malfungsi dari penggunaan insulin, jumlah glukosa yang di peroleh dari makanan akan tetap tinggal di aliran darah dan menyebabkan kadar gula menjadi tinggi. Kondisi tersebut menyebabkan kadar gula menjadi tinggi, kondisi tersebut menyebabkan sel-sel tubuh tidak memiliki gula yang cukup untuk di gunakan sebagai energi, sehingga penderita DM akan merasa lemah sehingga aktivitas klien di bantu di karenakan kurangnya energi.

2. Diagnosa

Rumusan diagnosa keperawatan memiliki tiga komponen yaitu : sign/symptom, etiologi dan problem. Ketiga komponen tersebut sudah di jelaskan pada teori dan juga sudah di gambarkan pada kasus. Pada diagnosa terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yaitu pada diagnosa teori terdapat kekurangan volume cairan, risiko infeksi, defisit pengetahuan, ketidakberdayaan, diagnosa tersebut tidak di temukan pada kasus nyata di karenakan tidak ada tanda dan gejala yang muncul maupun data yang mendukung diagnosa tersebut. Sedangkan pada kasus nyata di

temukan dua diagnosa tambahan yaitu diagnosa yang pertama risiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan sirkulasi kurang memadai di buktikan dengan Ds : klien mengatakan badan lemah Do : tampak pucat, pernah kejang, terpasang oksigen nasal kanul 2 lpm, terpasang infus Nacl 0.9% 20 tetes per menit, CRT < 3 detik. TTV : TD : 145/75 mmHg, S : 36,4°C, N : 89x/m, SPO2 : 99%, RR:23x/m, Hasil Lab : WBC = 22.06+ [10^3 /uL, GLUKOSA DARAH = 573 mg/dL. Dan diagnosa yang kedua gangguan nyaman nyeri berhubungan dengan gejala penyakit di buktikan dengan Ds : mengeluh nyeri pinggang, Pengkajian nyeri : P (Paliatif) : klien mengatakan nyeri di pinggang, Q (Quality) : klien mengatakan nyeri di rasakan seperti tertusuk-tusuk. R (Region) : nyeri pada pinggang menyebar sampai ke belakang. S (Severity) : skala nyeri 4-6 (sedang), T (Time) : nyeri dirasakan terus menerus. Do : wajah tampak meringis, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit, TTV : Hasil Lab : UREUM = 54.7 mg/dL, CREATININ = 0.71 mg/dL.

3. Intervensi

Intervensi keperawatan di buatkan berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisis klien, merumuskan tujuan/hasil yang di harapkan, memilih intervensi paling tepat dan menulis serta mendokumentasikan rencana keperawatan intervensi dilakukan berdasarkan panduan pada buku standar intervensi keperawatan Indonesia. Intervensi yang di lakukan pada diagnosa risiko perfusi perifer tidak efektif yaitu : identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis, diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan

kadar kolesterol tinggi), anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis, rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3). Rencana keperawatan untuk diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitu : identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, monitor kadar glukosa darah, anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga. Rencana keperawatan untuk diagnosa gangguan nyaman nyeri yaitu : identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik: Penatalaksanaan:pemberian paracetamol 1 gr/iv. Rencana keperawatan diagnosa intoleransi aktivitas yaitu: monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, anjurkan tirah baring ,anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Rencana keperawatan diagnosa risiko defisit nutrisi yaitu: identifikasi status nutrisi, monitor asupan makanan, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang di butuhkan.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang di lakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang di hadapi, status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang di harapkan. 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 Ny L.J dengan diagnose medis diabetes melitus berdasarkan ke lima 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 risiko perfusi perifer tidak efektif, ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan rasa aman nyaman nyeri, intoleransi aktivitas, risiko defisit nutrisi. Sehingga diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, ke lima masalah di atas dapat diatasi. Implementasi pertama dilaksanakan pada tanggal 31 Agustus 2024, hari kedua dilaksanakan pada tanggal 1 September 2024, hari ketiga pada tanggal 2 September 2024.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati), dengan kriteria yang dibuat pada tahap perencanaan mengenai masalah keperawatan risiko perfusi perifer tidak efektif, ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan aman nyaman nyeri, intoleransi aktivitas, risiko defisit nutrisi. Ke empat diagnosa tersebut sebagian teratasi pada hari ketiga.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan pada Ny L.J dengan diagnosa diabetes melitus tipe 2 di RSUD Ende ruang penyakit dalam (RPD) III, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut.

1. Pengkajian pada Ny L.J secara komprehensif dan di temukan data , , Klien mengatakan badan lemah, kedua kaki lemas, mual, nyeri pinggang, pernah kejang, nafsu makan klien berkurang, tampak makan sedikit, porsi yang di habiskan 3-4 sendok makan, minum air putih 6-7 gelas sedang (\pm 1.200-1.400 cc) perhari, klien sering merasa haus dan BAK pada malam hari, klien terbaring lemah di tempat tidur, semua aktivitas makan, minum, toileting, berpakaian, berpindah, di bantu. Keadaan umum lemah, tingkat kesadaran composmentis, GCS : 15 E : 4, V : 5, M : 6. Tanda-tanda vital TD : 145/75 mmHg, S : 36,4°C, N : 89x/m, SPO2 : 99%, RR : 23x/m, BB : 40 kg, TB : 153 cm, IMT : 17,08 (berat badan kurang), wajah tampak pucat, tampak lemah, tampak meringis, terpasang oksigen nasal kanul 2 liter per menit, CRT < 3 detik terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit, kekuatan otot lemah. Pengkajian nyeri, P (Paliatif) : klien mengatakan nyeri di pinggang, Q (Quality) : klien mengatakan nyeri di rasakan seperti tertusuk-tusuk, R (Region) : nyeri pada pinggang menyebar sampai ke belakang, S (Severity) : skala nyeri 4-6 (sedang), T (Time) : nyeri dirasakan terus menerus. Hasil Lab : WBC = 22.06+ [10^3 /uL,

GLUKOSA SEWAKTU = 573 mg/dL, UREUM = 54.7 mg/dL,
CREATININ = 0.71 mg/dL.

2. Diagnosa yang di temukan pada Ny L.J adalah risiko perfusi perifer tidak efektif, ketidakstabilan kadar gula darah, gangguan aman nyaman nyeri, intoleransi aktivitas, risiko defisit nutrisi.
3. Intervensi yang di lakukan pada Ny L.J yaitu perawatan sirkulasi, manajemen hiperglikemia, manajemen nyeri, manajemen energi, manajemen nutrisi.
4. Implementasi yang di lakukan Ny L.J yaitu identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis, diabetes, hipertensi, kadar kolesterol tinggi), monitor kadar glukosa darah, identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, identifikasi status nutrisi.
5. Evaluasi yang di lakukan pada Ny L.J menunjukkan hasil bahwa masalah risiko perfusi perifer tidak efektif, ketidakstabilan kadar gula darah, gangguan aman nyaman nyeri, intoleransi aktivitas, risiko defisiy nutrisi sebagian teratasi.
6. Kesenjangan
Kesenjangan yang di temukan adalah nafsu makan menurun keluhan tersebut tidak tersedia di teori. Kesenjangan dalam diagnosa keperawatan yaitu risiko perfusi perifer tidak efektif, gangguan aman nyaman nyeri.

B. Saran

1. Bagi peneliti

Harus lebih banyak mempelajari teori pada kasus yang di ambil sehingga mempermudah melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis diabetes melitus.

2. Bagi klien dan keluarga

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

3. Bagi tenaga kesehatan

Tenaga kesehatan perlu meningkatkan pelayanan pada penderita diabetes melitus.

4. Bagi institusi pendidikan

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

DAFTAR PUSTAKA

- Andriani, W. R., (2023). *Buku Pintar Pengelolaan Diabetes Melitus*. Ponogoro: NEM.
- Asep Agung. (2019). *Pemeriksaan Fisik Diabetes Melitus*. Jakarta: CV Budi Utama.
- Eka, D. S. & Andri, I. W., 2022. Edukasi Tentang Pengendalian Diabetes Melitus Pada Peserta Prolanis Di Kota Ternate. *Jurnal Pengabdian*.
- Endah, P. & Mimin, M., (2023). Pengetahuan Dan Kepatuhan Minum Obat Anti Diabetik Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe Ii. *Jurnal Keperawatan Silampari*.
- Francelina, D. I. & Riwu, Y. R., (2021). Hubungan Perilaku Dengan Kejadian Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Kota Ende Tahun 2021. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat Tahun 2021*.
- Febrinasari, et al. (2020). *Buku Saku Diabetes Melitus*: UNS Press.
- Hardianto. 2021. Telaah Komprehensif Diabetes Melitus: Klasifikasi, Gejala, Diagnosis, Pencegahan, dan Pengobatan. *Jurnal Bioteknologi & Biosains Indonesia*.
- Lufthiani. (2020). *Panduan Konseling Kesehatan Dalam Upaya Pencegahan Diabetes Melitus*: Cv Budi Utama.
- Lestari, Zulkarnain, & Sijid. (2021). Diabetes Melitus: Review etiologi, patofisiologi, gejala, penyebab, cara pemeriksaan, cara pengobatan dan cara pencegahan. *Prosiding Seminar Nasional Biologi*.
- Maria. (2021). *Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus dan Asuhan Keperawatan Stroke*. Yogyakarta: Deepublish.
- Putri, G. K., zaharany, T. A. & Pratiwi, D. Y., (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.M Dan Tn.B Dengan Diagnosa Diabetes Melitus Ii Di Rumah Sakit Wilayah Jakarta Selatan. *Indonesian Journal Of Nursing Scientific*.
- Priscilia dkk. (2017). *Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah*. Jakarta: EGC.
- Padhila, 2012. Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi. *Journal Of Health, Education and Literacy (J-Health)*.

- PERKENI. (2019). Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus di Indonesia.
- Ramadanti. (2021). Dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017).
- Sutomo & Purwanto, N. H., (2023). Pengaruh Konsumsi Tisane Daun Belimbing Wuluh Terhadap Perubahan Kadar Gula Dalam Darah Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Keperawatan*.
- Suryati. (2021). Buku Keperawatan Latihan Efektif Untuk Pasien Diabetes Melitus Berbasis Hasil Penelitian . Yogyakarta: CV. Budi Utama.
- SDKI, PPNI. (2016), Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- SIKI, PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia . Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- SLKI, PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- Wijayakusuma, H., (2017). *Bebas Diabetes Melitus ala Hembing*. Jakarta: Puspa swara, anggota IKAPI.
- Yunisrah, 2019. Gambaran Kadar Kreatinin Dan Ureum Pada Penderita Diabetes Melitus. *Jurnal Medical Laboratory*, Volume 2.

Gambaran Studi Kasus

JENIS KEGIATAN	TAHUN 2023/2024													
	BULAN													
	September	Oktober	November	Desember	Januari	Pebruari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober
Penyajian Judul Studi Kasus														
Penyusunan Bab I, II, III														
Ujian Proposal														
Revisi Proposal														
Studi Kasus														
Penyusunan Bab IV dan V														
Ujian Studi Kasus														
Revisi Studi Kasus														
Penyerahan Studi Kasus														



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG**



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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. L. J DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE**

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 31 Agustus 2024

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

Nama	: Ny. L. J
Umur	: 53 Tahun
Agama	: Katholik
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status	: Menikah
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Petani
Suku Bangsa	: Ende
Alamat	: Pemo/Nangaba
Tanggal Masuk	: 30 Agustus 2024
Tanggal Pengkajian	: 31 Agustus 2024
No. Register	: 099235
Diagnosa Medis	: DM Tipe 2

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. E. D
Umur	: 56 Tahun
Hub. Dengan Pasien	: Suami
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Pemo/Nangaba

2. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan Utama

Klien mengatakan badan lemah, kedua kaki lemas, mual, nyeri pinggang.

2) Riwayat Keluhan Utama

Klien datang dengan keluhan kejang sejak tanggal 30 Agustus 2024 jam 08.00 pagi. Keluarga klien mengatakan sebelum di antar ke rumah sakit klien kejang 3 kali di rumah dan memutuskan untuk mengantarkan klien ke rumah sakit pada tanggal 30 Agustus 2024 jam 10.00 . Saat masuk IGD keluarga klien mengatakan klien sempat kejang. Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit gula dan di IGD di lakukan pemeriksaan GDS dengan hasil 573 mg/dL. Setelah itu klien di pindahkan ke RPD III jam 15.56 sore untuk melakukan perawatan lebih lanjut.

b. Status Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit Yang Pernah Dialami

Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit DM sudah 3 tahun. Penyebab DM yang di alami yaitu pola hidup yang tidak sehat, jarang berolahraga dan pola makan yang tidak tertatur.

2) Pernah Dirawat

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat baik di Rumah Sakit maupun Puskesmas.

3) Alergi

klien memiliki alergi pada makanan yaitu telur dan terung, setelah di makan klien merasa gatal-gatal.

4) Kebiasaan (Merokok/Kopi/Alkohol)

Klien mengatakan sering minum kopi.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit DM atau penyakit lainnya, hanya batuk pilek biasa.

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

a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Klien mengatakan bahwa dirinya memiliki riwayat penyakit DM dan tidak rutin mengontrol kesehatannya pada pelayanan kesehatan

b. Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum sakit klien mengatakan kebiasaan makan 3 kali sehari dengan menu nasi, ikan, tempe, tahu, dan sayur-sayuran, kadang klien makan lebih dari 3 kali karena sering merasa lapar, klien memiliki alergi pada makanan yaitu telur dan terung, setelah di makan klien merasa gatal-gatal. Klien juga sering mengonsumsi makanan yang manis seperti kue dan biskuit, klien minum 9-10 gelas sedang (\pm 1.800-2.000 cc) per hari.

Saat sakit klien mengatakan hanya mengonsumsi makanan yang di sediakan rumah sakit. Porsi yang di habiskan 3-4 sendok makan karena klien tidak ada nafsu makan, minum air putih 6-7 gelas sedang (\pm 1.200-1.400 cc) perhari dan klien sering merasa haus.

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit klien mengatakan BAB lancar 1-2 kali dalam sehari dengan konsistensi padat, warna kuning, bau khas feses. BAK lancar 5-6 kali sehari, warna kuning jernih, memiliki kebiasaan BAK di malam hari biasanya 2-3 kali.

Saat sakit klien mengatakan sejak masuk rumah sakit belum bisa BAB. BAK lancar 2-3 kali, warna kuning, BAK 1-2 kali pada malam hari.

d. Pola Aktifitas dan Latihan

Sebelum sakit klien mengatakan bekerja sebagai petani, semua aktivitas di lakukan secara mandiri. Saat sakit klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasa karena terbaring lemah di tempat tidur. Semua aktivitas makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian, berpindah di bantu.

e. Pola Kognitif dan Persepsi

Klien mengetahui tentang penyakitnya namun klien kurang mengontrol gula darahnya ke pelayanan kesehatan.

f. Pola Tidur dan Istirahat

Sebelum sakit klien klien mengatakan biasa tidur malam 6-8 jam mulai jam 21.00-05.00 WIT dan klien jarang tidur siang, kebiasaan klien sebelum tidur nonton TV, sering bangun di tengah malam untuk BAK.

Saat sakit klien mengatakan tidak dapat tidur dengan nyenyak karena merasa tidak nyaman, tidur malam 5 jam dan sering terbangun karena rasa BAK, klien tidur siang kurang lebih 30-60 menit.

g. Pola Peran Hubungan

Sebelum sakit klien mengatakan relasi klien dengan keluarga, tetangga dan orang lain baik.

Saat sakit klien mengatakan hubungan dengan keluarga, perawat dan klien lainnya terjalin dengan baik.

h. Pola mekanisme-stress coping

Sebelum sakit klien mengatakan bila ada masalah dengan keluarga klien selalu mencari jalan keluar bersama untuk menyelesaikan masalah.

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

i. Pola persepsi dan konsep diri

1. Gambaran diri : klien mengatakan menerima kondisinya saat ini.
2. Ideal diri : klien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama anaknya serta dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari.

3. Harga diri : klien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya sendiri, keluarga maupun orang sekitar.
4. Peran diri : klien mengatakan berperan sebagai ibu rumah tangga berumur 53 tahun.
5. Identitas diri : klien mengatakan ia adalah seorang istri dan ibu dari 5 orang anak dan 1 orang suami.

j. Pola nilai kepercayaan

Sebelum sakit klien mengatakan menganut agama Katolik dan rajin beribadah, klien mengikuti kelompok legio maria.

Saat saki klien mengatakan jarang beribadah.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum : lemah

Tingkat Kesadaran : Composmentis

GCS : 15 → Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 6

b. Tanda-tanda Vital

TD : 145/75 mmHg

S : 36,4° C

N : 89 x/menit

SPO² : 99 %

RR : 23 x/menit

c. BB : 40 kg, TB : 153 cm

IMT : 17,08 (berat badan kurang).

d. Keadaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

1) Kepala

(a) Rambut

Inspeksi : rambut tampak bersih dan beruban

(b) Wajah

Inspeksi : bentuk wajah simetris, klien tampak pucat, tampak lemah dan meringis.

(c) Mata

Inspeksi : bentuk simetris, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikterik.

(d) Hidung

Inspeksi : bentuk simetris, terpasang oksigen nasal kanul 2 liter per menit..

(e) Mulut

Inspeksi : mukosa bibir kering, klien berbicara jelas, gigi masih lengkap.

(f) Telinga

Inspeksi : bentuk telinga simetris, telinga tampak bersih, tidak ada penggunaan alat bantu dengar, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

2) Leher

Inspeksi : tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening.

3) Dada

Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, pernapasan 23x/menit.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Auskultasi : tidak ada bunyi napas tambahan

4) Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

Auskultasi : bising usus 20x/menit

5) Ekstremitas

Ekstremitas atas : tidak ada edema, jari tangan lengkap CRT < 3 detik,
terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit di tangan kiri.

Ekstremitas bawah : tidak ada edema, kekuatan otot lemah.

6) Pengkajian nyeri

P (Paliatif) : klien mengatakan nyeri di pinggang

Q (Quality) : klien mengatakan nyeri dirasakan
seperti tertusuk-tusuk

R (Region) : nyeri pada pinggang menyebar
sampai ke belakang

S (Severity) : skala nyeri 4-6 (sedang),

T (Time) : nyeri di rasakan terus menerus.

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Saya adalah mahasiswa dari Poltekes Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Ny. L. J Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
2. Tujuan dari Studi Kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny. L. J Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi Kasus ini berlangsung selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa Asuhan Keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosa, penetapan rencana/intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebutkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena Studi Kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/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. Namun dari 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 silahkan menghubungi saya pada nomor hp: 081282517574.

Peneliti

**Maria Skolastika Marichi Meo****Nim: PO5303202210060**

INFORMED CONCENT

(Persetujuan Menjadi Partisipasi)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh: Maria Skolastika Marichi Meo, NIM : PO5303202210060 dengan judul : "Asuhan Keperawatan Pada Ny. L. J Dengan Diagnosa Medis Diabetes melitus Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende".

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

Ende, 31 Agustus 2024

Saksi



Tn. E. D

Yang memberikan persetujuan



Ny. L. J

Peneliti



MARIA SKOLASTIKA MARICHI MEO
PO5303202210060



LEMBAR KONSUL PROPOSAL DAN KTI

Nama


: Maria Skolastika Marichi Meo



NIM : PO.5303202210060




Pembimbing Utama : Marthina Bedho, S.ST., M.Kes



Pembimbing Pendamping : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Jumat, 15 September 2023	Bab 1	1) Perbaiki sesuai koreksi dan lihat sesuai panduan. 2) Buat bab II 2.1 dan 2.2 3) Datang lagi hari Rabu, 20/09/2023.	 Marthina Bedho, S.ST., M.Kes
2.	Rabu, 22 November 2023	Bab 1, II	1) Perbaiki bab I sesuai dengan teori, besarnya masalah (Dunia, Indonesia, NTT, Ende), di buat satu alinea.	

			<p>tambahkan pencegahan.</p> <p>2) Perbaiki bab II, bedakan anatomi dan fisiologi.</p> <p>3) Pengumpulan data perpola di sesuaikan manifestasi, pemeriksaan fisik, diagnosis.</p> <p>4) Tambahkan penatalaksanaan medis dan keperawatan.</p>	<p>Marthina Bedho,S.ST.,M.Kes</p>
3.	Senin, 29 April 2024	Bab 1 dan II	<p>1) Bab 1: cari prevelansi DM di RS.</p> <p>2) Belajar lagi tentang patofisiologi DM, belajar tentang proses metabolisme dalam tubuh.</p> <p>3) Tanggal 2 Mei 2024 datang lagi.</p>	 <p>Marthina Bedho,S.ST.,M.Kes</p>

4.	Kamis, 2 Mei 2024.	Bab II	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sudah jelaskan mekanisme metabolisme karbohidrat. 2) Sebutkan contoh karbohidrat. 3) Besok datang jelaskan ulang apa yang sudah di jelaskan tadi. 4) Apa itu Anabolisme? 5) Apa itu Katabolisme? 	 Marthina Bedho,S.ST.,M.Kes
5.	Senin, 6 Mei 2024	Bab II	<ol style="list-style-type: none"> 1) Perbaiki yang sudah di koreksi. 2) Lanjut ke konsep askep 	 Marthina Bedho,S.ST.,M.Kes

6.	Rabu, 8 Mei 2024	Bab II	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pathway perbaiki di sistem pencernaan. 2) Konsep askep, analisa buat etiologi berdasarkan pathway . 3) Lanjut Diagnosa keperawatan, jika sudah perbaiki analisa. 4) Buat konsep medis keperawatan. 	 Martha Bedho,S.ST.,M.Kes
7.	Kamis , 16 Mei 2024	Bab I, bab II,dan Bab III	<ol style="list-style-type: none"> 1) Perbaiki yang sudah di koreksi. 2) Perdalam pemahaman untuk bisa di ujian proposal. 3) Siap ujian proposal. 	 Martha Bedho,S.ST.,M.Kes
8.	Rabu, 24 Juli 2024	Bab I. bab II, dan bab III.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Acc ujian proposal. 	 Martha Bedho,S.ST.,M.Kes

9.	Kamis, 5 September 2024	Bab IV	<ol style="list-style-type: none"> 1) Buat bahasa yang bagus. 2) Masukkan hasil laboratorium ke tabulasi data. 3) Buat terapi obat dan manfaatnya. 4) Alamat di pengkajian di tulis jelas. 5) Tabulasi data di sesuaikan dari manifestasi dan pengumpulan data perpola. 6) Etiologi pada analisa data di sesuaikan dari pathway. 	 Marthina Bedho,S.ST.,M.Kes
10.	Selasa, 9 September 2024	Bab IV	<ol style="list-style-type: none"> 1) Masukkan hasil pemeriksaan di diagnosa. 2) Perbaiki masalah keperawatan. 3) Belajar yang masih kurang paham. 	 Marthina Bedho,S.ST.,M.Kes

11.	Kamis, 12 September 2024	Bab IV	1) Edit tulisan. 2) Perbaiki yang kurang-kurang. Pahami hasil pemeriksaan diagnostik.	 Marthina Bedho,S.ST.,M.Kes
12.	Jumat, 13 September 2024	Bab I,II,III,IV,V	1) Acc dari pembimbing.	 Marthina Bedho,S.ST.,M.Kes

Mengetahui,

Metua Program Studi D-III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang





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




LEMBAR KONSUL REVISI PROPOSAL DAN KTI

Nama : Maria Skolastika Marichi Meo
NIM : PO.5303202210060
Pembimbing Utama : Marthina Bedho,S.ST.,M.Kes
Pembimbing Pendamping : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Jumat, 2 Agustus 2024	Bab I,II,III	1) Perbaiki bahasa asing di ketik miring. 2) Perbaiki singkatan huruf kabupaten, provinsi, kota dan kementerian harus huruf besar. 3) Perbaiki cara penulisan daftar pustaka. 4) Tambahkan dan ambil diagnosa dari buku dongoes.	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
2.	Kamis, 8 Agustus 2024	Bab II	1) Lengkapi diagnosa dari buku sumber dongoes.	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc

3.	Selasa, 13 Agustus 2024	Bab I,II,III	1) Acc. Lanjutkan pengambilan kasus di RSUD	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
4.	Rabu, 18 September 2024	Bab I,II,II,IV,V	1) Perbaiki cara penulisan kata dari judul sampai penutup. Singkatan huruf kabupaten, nama orang, agama, harus di tulis awalam huruf besar. 2) Perbaiki di bab II patologi anatomi di tulis penjelasan sedikit. 3) Perbaiki cara penulisan tabel di bab II, III, IV. Lanjutan tabel berikutnya di tulis bagian atas. 4) Perbaiki pada bab III. 5) Perbaiki di bab IV pada bagian pola kebutuhan dasar yaitu: pola persepsi, pola nutrisi, istirahat dan tidur.	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc

5.	Rabu, 9 Oktober 2024	Bab III,IV, V	1) Perbaiki bab III di bagian studi kasus. 2) Perbaiki pada bagian pola nutrisi. 3) Perbaiki penulisan kata.	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
6.	Kamis, 10 Oktober 2024	Bab I,II,III,IV,V	1) Acc	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc

Mengetahui,

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



PT Wawomeg M. Kep., Ns., Sp. Kep. Kom
 196601141991021001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Maria Skolastika Marichi Meo
Tempat/Tanggal Lahir : Bajawa, 16 Januari 2003
Alamat : Bajawa
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katholik
Nama Ayah : Paulus Watu
Nama Ibu : Marieta Bau

B. Riwayat Pendidikan

TK Harapan Bangsa : 2008-2009
SDI Lebijaga : 2009-2015
SMP Negeri 1 Bajawa : 2015-2018
SMA Negeri 1 Bajawa : 2018-2021
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, : 2021-2024
Program Studi D-III Keperawatan Ende

MOTTO

“Memulai dengan penuh keyakinan, menjalankan dengan penuh keikhlasan, menyelesaikan dengan penuh kebahagiaan”

