

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

KARYA TULIS ILMIAH



Oleh :

**WAIKA ERSINTHA
NIM.PO5303202210076**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE
2024**

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

KARYA TULIS ILMIAH

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



Oleh:

**WAIKA ERSINTHA
NIM. PO.5303202210076**

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

2024

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan:

Nama : Waika Ersintha

NIM : PO. 5303202210076

Program Studi : D - III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. M.K.J
DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS
DI RUANG PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE

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

Ende, 29 Agustus 2024
Yang Membuat Pernyataan



Waika Ersintha
NIM. PO. 5303202210076

LEMBAR PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. M.K.J
DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETS MELITUS
DI RUANG PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH :

**WAIKA ERSINTHA
NIM. PO5303202210076**

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

Ende, 29 Agustus 2024

Pembimbing



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

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. M.K.J
DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS
DI RUANG PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**

Oleh:

WAIKA ERSINTHA
NIM. PO5303202210076

Karya tulis ilmiah ini telah diujikan dan dipertanggung jawabkan
Ende, 03 September 2024

Penguji Ketua



Svaputra Artama S.S.Kep.Ns., M.Kep
NIP. 198811102020121002

Penguji Anggota



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

Disahkan oleh :

**Ketua Prodi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



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

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada pasien Ny. M.K.J dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende” dapat terselesaikan dengan baik. Laporan Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan Ende. Penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan, namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan banyak terimakasih kepada :

1. Bapak Irfan, S.KM., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menempuh Pendidikan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep. Kom, selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini
3. Ibu Maria Salestina Sekunda, SST.Ns., M.Kes selaku pembimbing sekaligus penguji anggota yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Bapak Syaputra Artama Syarifudin, S.Kep.Ns., M.Kep selaku penguji yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dan memberikan masukan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

4. Bapak Syaputra Artama Syarifudin, S.Kep.Ns., M.Kep selaku penguji yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dan memberikan masukan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Kedua orangtua, Keluarga, dan teman-teman atas semua doa dan semangatnya yang tiada henti mendukung penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Teman-teman mahasiswa angkatan 2021 Program Studi Diploma III Keperawatan Ende yang selalu mendukung penulis dalam menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini.

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

Ende, 29 Agustus 2024


Waika Ersintha

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Ny. M.K.J Dengan Diagnosa Keperawatan Diabetes Melitus Di Rumah Sakit Umum Daerah Ende

Waika Ersintha⁽¹⁾, Maria Salestina Sekunda⁽²⁾, Syaputra Artama Syarifudin⁽²⁾

1) Mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan Ende

2) Dosen Program Studi DIII Keperawatan Ende

Ersinta07@gmail.com

Latar belakang : Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit yang terjadi akibat kadar glukosa dalam darah yang terlalu tinggi yang biasa disebut dengan hiperglikemia. Tujuan studi kasus : Untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. M.K.J dengan melakukan pengkajian, menegakan diagnosis, memberikan intervensi, implementasi dan evaluasi. Penelitian ini menggunakan Metode studi kasus pada pasien dengan Diabetes Melitus yang dirawat di RSUD Ende pada tanggal 16-18 Agustus 2024 dengan menggunakan Format asuhan keperawatan medikal bedah. Hasil studi kasus Ny. M.K.J ditemukan data pasien lemah Pasien mengatakan sangat lemah, pusing, mual muntah, batuk berdahak, cepat lelah, nafsu makan berkurang, pasien mengatakan memiliki riwayat DM, GDS : 428 mg/dl, terpasang O² nasal kanul 3 lpm, pernapasan wheezing, pasien tampak lemah, sulit beraktivitas, semua aktifitas dibantu, makan sedikit kurang lebih 10 sendok, minum air putih 5-6 gelas sedang (\pm 1100 cc), terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tpm. Dengan masalah kesehatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Resistensi insulin, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, gangguan pola tidur berhubungan hambatan lingkungan, risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. Intervensi dilakukan berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan Manajemen hiperglikemia, manajemen jalan napas, dukungan tidur, manajemen nutrisi. Implementasi dilaksanakan selama 3 hari mulai tanggal 16-18 Agustus 2024 yang didukung oleh perawat dan keluarga. Hasil evaluasi pada hari ketiga dilakukan evaluasi dan catatan perkembangan dan ditemukan ke empat masalah sebagian teratasi.

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

Kata kunci : Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus

Kepustakaan : 24 buah

ABSTRACT

Nursing Care for Mrs. M.K.J With Nursing Diagnosis Diabetes Mellitus at Ende Regional General Hospital

Waika Ersintha⁽¹⁾, Maria Salestina Sekunda⁽²⁾, Syaputra Artama Syarifudin⁽²⁾

- 1) Student Program Studi DIII Keperawatan Ende
- 2) Lecturer Program Studi DIII Keperawatan Ende
Ersinta07@gmail.com

Background: Diabetes Mellitus (DM) is a disease that occurs due to excessively high blood glucose levels, which is usually called hyperglycemia. The aim of the case study: To carry out nursing care for Mrs. M.K.J by conducting assessments, making diagnoses, providing interventions, implementation and evaluation. This research uses a case study method on patients with Diabetes Mellitus who were treated at Ende Hospital on 16-18 August 2024 using a medical-surgical nursing care format. The results of the case study Mrs. M.K.J found the patient's data to be weak. The patient said he was very weak, dizzy, nauseous, vomiting, coughing up phlegm, tired quickly, decreased appetite, the patient said he had a history of DM, GDS: 428 mg/dl, had an O² nasal cannula 3 lpm installed, wheezing in his breath, the patient looked weak, difficult to carry out activities, help with all activities, eat a little, approximately 10 spoons, drink 5-6 medium glasses of water (\pm 1100 cc), have an infusion of 0.9% NaCl 20 tpm. With health problems, instability of blood glucose levels is related to insulin resistance, ineffective airway clearance is related to retained secretions, disturbed sleep patterns are related to environmental obstacles, risk of nutritional deficits is related to the inability to digest food. Interventions are carried out based on nursing problems found. Hyperglycemia management, airway management, sleep support, nutritional management. Implementation was carried out over 3 days from 16-18 August 2024, supported by nurses and families. The results of the evaluation on the third day carried out evaluations and progress notes and it was found that the four problems had been partially resolved.

The conclusion is that Diabetes Mellitus is a dangerous and life-threatening disease if not treated properly. Therefore, patients are expected to maintain their diet and exercise patterns and follow the recommendations of health workers.

Keywords: Diabetes Mellitus Nursing Care

Bibliography: 24 pieces

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUNG	
HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan	4
D. Manfaat Studi Kasus	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Konsep Dasar Teori Penyakit.....	6
B. Konsep Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus	16
BAB III METODE STUDI KASUS	32
A. Rancangan/Desain Studi Kasus.....	32
B. Subjek Studi Kasus	32
C. Batasan Istilah	32
D. Lokasi Dan Waktu Studi Kasus	33
E. Prosedur Studi Kasus	33
F. Teknik Pengumpulan Data.....	34
G. Instrumen Pengumpul Data.....	35
H. Keabsahan Data.....	35
I. Analisis Data	36

BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	37
A. Hasil Studi Kasus	37
1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus	37
2. Pengkajian Keperawatan	38
3. Diagnosa Keperawatan (SDKI).....	52
4. Intervensi Keperawatan (SLKI DAN SIKI).....	53
5. Implementasi	57
6. Evaluasi	61
7. Catatan Perkembangan	64
B. Pembahasan.....	67
BAB V PENUTUP.....	73
A. Kesimpulan	73
B. Saran.....	74
DAFTAR PUSTAKA	76
LAMPIRAN.....	77

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Pemeriksaan hasil LAB (tanggal, 15-08-2024).....	45
Tabel 4.2 Pemeriksaan hasil LAB (tanggal,15-08-2024).....	46
Tabel 4.3 Pemeriksaan urin	46
Tabel 4.4 Penatalaksanaan Pengobatan.....	47
Tabel 4.2 Analisa Data.....	50

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway	10
--------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan.....	78
Lampiran 2 Asuhan Keperawatan.....	79
Lampiran 3 Penjelasan Sebelum Melakukan Studi Kasus.....	87
Lampiran 4 Informent Consent.....	88
Lampiran 5 Kartu Konsul KTI.....	89
Lampiran 6 Daftar Riwayat Hidup.....	95

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit penyebab kematian terbanyak di dunia yang berada di urutan ke-enam. DM merupakan penyakit yang terjadi akibat kadar glukosa dalam darah yang terlalu tinggi yang biasa disebut dengan hiperglikemia (Mangkuliguna, Glenardi & Kumatama, 2021). Diabetes melitus (DM) merupakan penyakit kelainan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemia (kadar glukosa yang tinggi dalam darah) karena kekurangan insulin, resistensi insulin atau keduanya (Hardianto D, 2020).

International Diabetes Federation (IDF) menyatakan bahwa terdapat 463 juta orang pada usia 20-79 tahun di dunia menderita diabetes melitus pada tahun 2019 dengan prevalensi sebesar 9,3%. *IDF* memperkirakan prevalensi diabetes, berdasarkan jenis kelamin pada tahun 2019 yaitu 9% pada perempuan dan 9,65% pada laki-laki. Prevalensi diabetes diperkirakan meningkat seiring bertambahnya umur penduduk menjadi 19.9% atau 111.2 juta orang pada umur 65-79 tahun. Angka ini diprediksikan akan terus meningkat mencapai hingga 578 juta ditahun 2030 dan 700 juta ditahun 2045. (Jais, M., dkk 2021).

Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan prevalensi DM pada penduduk dewasa di Indonesia sebesar 6,9% pada tahun 2013 meningkat menjadi 8,5% pada Tahun 2018. Berdasarkan hasil

Riskesmas Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2013, tercatat bahwa prevalensi diabetes melitus yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan untuk Provinsi Nusa Tenggara Timur sebesar 1,2%, ditambah dengan penderita yang menunjukkan gejala maka prevalensi diabetes di Provinsi Nusa Tenggara Timur menjadi 3,3%. Prevalensi Diabetes Melitus yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Ende Pada tahun 2019 sebanyak 1264 orang, tahun 2020 sebanyak 1821 orang, tahun 2021 sebanyak 633 orang, tahun 2022 sebanyak 2595, dan tahun 2023 920. (Dinkes. Kabupaten Ende, 2020)

Dampak dari penyakit diabetes mellitus jika tidak ditangani dengan baik maka akan menyebabkan munculnya beberapa penyakit diantaranya yaitu munculnya penyakit makrovaskuler seperti penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah perifer dan stroke), dan penyakit mikrovaskuler (nefropati, retinopati, dan neuropati). Penanganan diabetes melitus dapat dikelompokkan dalam 5 pilar DM. Yang pertama edukasi tentang diabetes, yang kedua perencanaan makanan dan diet DM, yang ketiga latihan jasmani seperti jalan sehat, yang ke-empat pemberian farmakologis seperti pemberian obat dan pemberian insulin, yang kelima pemeriksaan kadar gula darah atau memonitor kadar gula darah (Soelistijo, 2021).

Peran perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Ende dalam menangani penyakit Diabetes Melitus yaitu melakukan kolaborasi bersama tim gizi selama pasien dirawat di ruangan, melayani injeksi atau melayani obat tepat waktu sesuai dengan anjuran dari dokter, memberikan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan, serta melakukan KIE berkaitan dengan pola

hidup, kepatuhan minum obat, taati diet yang diprogramkan serta rutin memeriksa kondisi kesehatan di fasilitas kesehatan setelah pasien pulang. Hambatan yang dialami selama penanganan yakni pola pikir pasien dan keluarga yang tidak patuh menjalani pola hidup yang sehat, ketidakpatuhan minum obat, serta jarang memeriksa kondisi kesehatan membuat sebagian pasien menjalani perawatan berulang di Ruang RPD III (RSUD Ende, 2023).

Dukungan keluarga dapat diberikan melalui keikutsertaan dan peran aktif keluarga dalam memfasilitasi pasien dalam mengatasi kekhawatiran dan beban emosional pasien. Peran serta aktif keluarga ini sesuai dengan konsep paradigma sehat yaitu perawatan dan penyembuhan tidak hanya berfokus pada kesembuhan pasien, tetapi juga mengupayakan anggota keluarga yang sehat juga penting untuk dapat mempertahankan dan meningkatkan kesehatan keluarga yang sakit maupun yang sehat. Pasien membutuhkan dukungan keluarga sebagai support system dalam mengatasi kekhawatiran dan beban emosional karena penyakitnya. Diabetes distress meliputi kekhawatiran pasien tentang manajemen diri, persepsi berhubungan dengan dukungan keluarga terdekat, beban emosional dan akses keperawatan kesehatan yang berkualitas (Rahmi, H., Malini, H., & Huriani, E., 2020).

Berdasarkan uraian latar belakang diatas dan sehubungan dengan prevalensi kejadian diabetes melitus masih tinggi serta masih adanya resiko seperti dampak kematian yang ditimbulkan akibat diabetes melitus, dan kurangnya tingkat pengetahuan pasien terhadap penyakit diabetes melitus

maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang ”asuhan keperawatan pada pasien Ny. M.K.J dengan diagnosa medis diabetes melitus di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah adalah “Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ny. M.K.J dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus?”.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Diketuinya dan dilaksanakannya asuhan keperawatan pada pasien Ny. M.K.J dengan Diabetes Melitus di Ruang penyakit dalam III RSUD Ende.

2. Tujuan Khusus

- a. Dilakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis diabetes melitus di ruangan RPD III RSUD Ende.
- b. Dirumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. M.K.J dengan diagnosa medis diabetes melitus di ruangan RPD III RSUD Ende.
- c. Disusun perencanaan keperawatan pada pasien Ny. M.K.J dengan diagnosa medis diabetes melitus di ruangan RPD III RSUD Ende.
- d. Dilakukan implementasi keperawatan pada pasien Ny. M.K.J dengan diagnosa medis diabetes melitus di ruangan RPD III RSUD Ende.
- e. Dilakukan evaluasi keperawatan pada pasien Ny. M.K.J dengan diagnosa medis diabetes melitus di ruangan RPD III RSUD Ende.

- f. Diketahui kesenjangan antara teori dan praktek asuhan keperawatan pada pasien Ny. M.K.J dengan diagnosa medis diabetes melitus di ruangan RPD RSUD III Ende.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Manfaat Teoritis

Manfaat studi pada pasien Ny. M.K.J Diabetes Melitus adalah sebagai pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan dalam memberikan Asuhan Keperawatan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. M.K.J Diabetes Melitus.

2. Manfaat Kritis

a. Bagi Penulis

Menambah wawasan dan sebagai sarana untuk menerapkan ilmu dalam bidang keperawatan tentang Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. M.K.J dengan Diabetes Melitus

b. Bagi institusi Pendidikan

Hasil laporan diharapkan dapat menambah literatur perpustakaan tentang Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. M.K.J Diabetes Melitus

c. Bagi pasien Ny. M.K.J dan keluarga

Pasien dan keluarga dapat mengetahui tentang DM yang diderita pasien Ny. M.K.J dan mengetahui cara penanganan pasien Ny. M.K.J dengan Diabetes Mellitus.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori Penyakit

1. Pengertian

Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit yang terjadi akibat kadar glukosa dalam darah yang terlalu tinggi yang biasa disebut dengan hiperglikemia (Mangkuliguna, Glenardi & Kuatama., 2021). Diabetes Melitus merupakan penyakit gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar Glukosa darah (Hiperglikemia) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (Fatimah, R. N, 2015).

2. Klasifikasi

Secara umum DM dikelompokkan menjadi 4 kelompok, yaitu: diabetes melitus tipe 1, diabetes melitus tipe 2, diabetes gestasional, dan diabetes spesifik lain. (Hardianto D, 2020).

a. Diabetes Tipe 1

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

b. Diabetes Tipe 2

Diabetes Mellitus Tipe 2 adalah penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan gula darah akibat penurunan sekresi insulin oleh sel beta.

c. Diabetes Gestasional

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

d. Diabetes spesifik lain

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

3. Etiologi

Penyebab Diabetes Melitus menurut (Hardianto, 2020).

a. Diabetes Melitus Tipe 1

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

b. Diabetes Melitus Tipe 2

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

c. Diabetes Melitus Gestasional

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

d. Diabetes Melitus tipe lain Diabetes spesifik lain

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

4. Patofisiologi

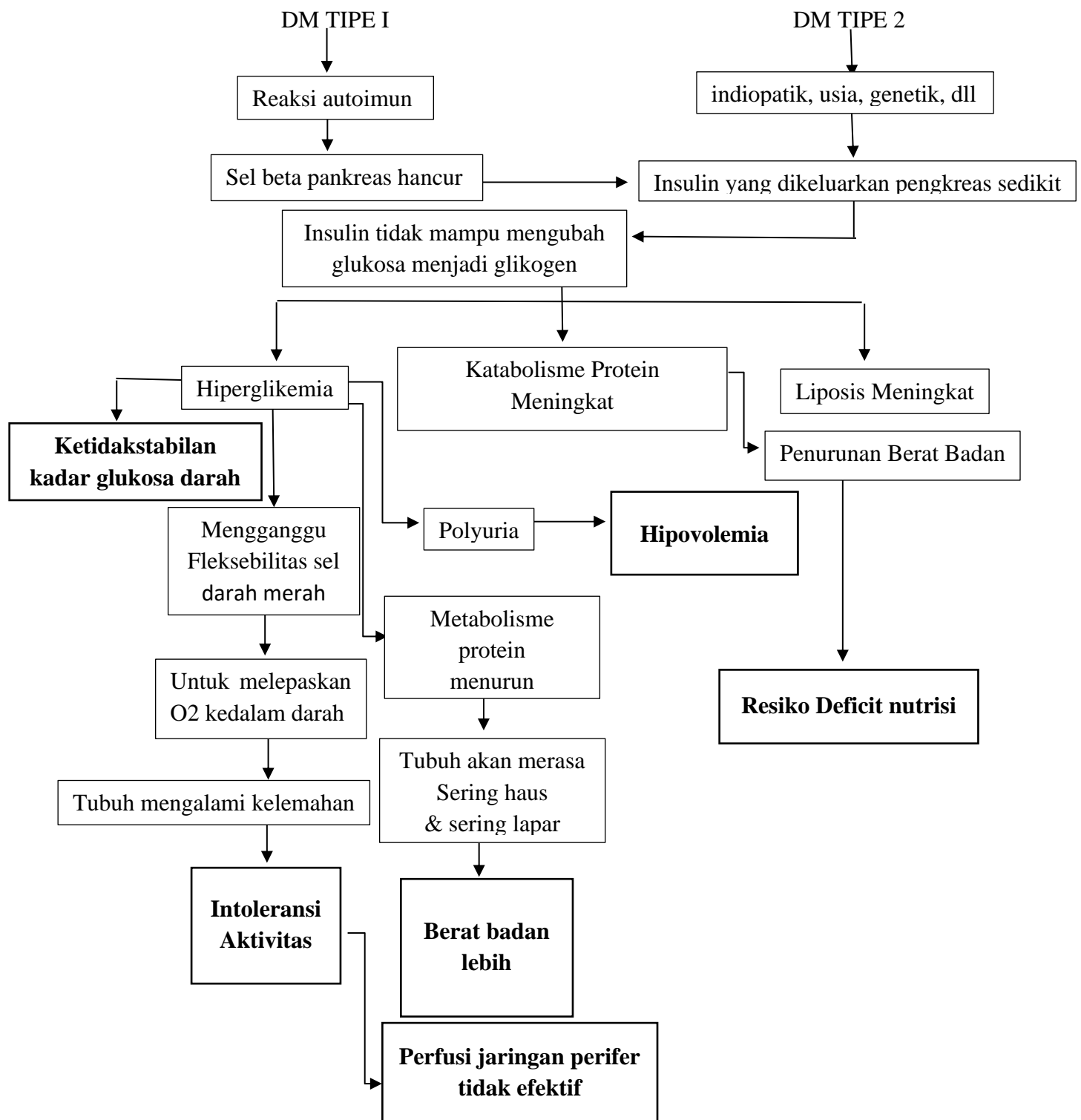
Menurut (Mangkuliguna, Glenardi & Kuatama., 2021). Pada Diabetes melitus terdapat dua masalah yang berhubungan dengan insulin, yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa dalam sel. Resistensi insulin disertai dengan penurunan reaksi intra sel. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasikan pengambilan oleh jaringan.

Ada beberapa faktor yang diperkirakan memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin. Antara lain yaitu faktor genetik dan usia resistensi insulin cenderung meningkat pada usia diatas 65 tahun, obesitas, riwayat keluarga dan kelompok etnik tertentu seperti golongan

hispanik serta penduduk asli amerika. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan. Pada pasien toleransi glukosa terganggu, keadaan ini terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan dan kadar glukosa akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat.

Namun demikian jika sel sel beta tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi DM. Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas dari DM, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Karena itu ketoasidosis diabetes jarang terjadi pada DM. jika DM tidak terkontrol dapat menimbulkan masalah akut lainnya yang dinamakan *sindrom hiperglikemik hyperosmolar nonketotik (HHNK)*.

5. Pathway



Gambar 2.1 Pathway

Sumber : (Clevo Rendi, M, Margareth, TH, (2012)

6. Manifestasi Klinis

Penyakit diabetes ini muncul seringkali tidak dirasakan dan tidak disadari oleh penderitanya. Menurut Fatimah (2015). Ada berapa keluhan dan gejala yang perlu diperhatikan yaitu:

a. Keluhan klasik

1) Banyak kencing

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

2) Banyak makan

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

3) Banyak minum

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

4) Penurunan berat badan dan rasa lemah

Keadaan ini disebabkan karna glukosa dalam darah tidak dapat masuk ke dalam sel, sehingga sel kekurangan bahan bakar untuk

menghasilkan tenaga. Untuk kelangsungan hidup, sumber tenaga terpaksa diambil dari cadangan lain yaitu sel lemak dan otot sehingga mengakibatkan penderita kehilangan jaringan lemak dan otot sehingga menjadi kurus.

b. Keluhan lain

Menurut Fatimah (2015). Ada beberapa keluhan pada penderita DM yaitu:

- 1) Kelemahan
- 2) Frekuensi jantung meningkat
- 3) Gangguan penglihatan
- 4) Mudah haus
- 5) Kulit terasa panas / seperti tertusuk jarum
- 6) Dehidrasi
- 7) Kelelahan
- 8) Mudah mengantuk, pusing

7. Pemeriksaan diagnostik

Menurut Purwanto. H, (2016). Ada beberapa pemeriksaan diagnostik pada penderita DM yaitu:

- a. Gula darah puasa (GDP) 70-110 mg/dl, kriteria diagnostic untuk DM > 140 mg/dl paling sedikit dalam 2 kali pemeriksaan, atau > 140 mg/dl disertai gejala klasik hiperglikemia atau IGT 115-140 mg/dl.
- b. Gula darah 2 jam post prandial < 140 mg/dl digunakan untuk skrining atau evaluasi pengobatan bukan diagnostic.

- c. Gula darah sewaktu < 140 mg/dl digunakan skrining bukan diagnostic.
- d. Tes toleransi glukosa oral (TTGO) , GD < 1115 mg/dl ½ jam, 1 jam
1½ jam < 200 mg/dl, 2 jam < 140 mg/dl.
- e. Tes toleransi glukosa intravena (TTGI) dilakukan jika TTGO tidak merupakan kontraindikasi atau terdapat kelainan gastrointestinal yang mempengaruhi absorpsi glukosa.
- f. Tes toleransi kortison glukosa, digunakan jika TTGO tidak bermakna.
- g. Glycoetat hemoglobin, memantau glukosa darah selama lebih dari 3 bulan.
- h. C-peptide 1-2 mg/dl (puasa) 5-6 kali meningkat setelah pemberian glukosa.
- i. Insulin serum puasa: 2-20 µU/ml, dapat digunakan dalam diagnosa banding hipoglikemia atau dalam penelitian DM.

8. Komplikasi

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

a. Komplikasi akut

1) Hipoglikemia

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

2) Hiperglikemia

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

b. Komplikasi kronis

1) Komplikasi makrovaskuler

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

2) Komplikasi mikrovaskuler

Mikrovaskuler yang biasa terjadi pada penderita DM adalah nefropati, diabetik retinopati (kebutaan), neuropati, dan amputasi.

9. Penatalaksanaan

a. Medis

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

b. Keperawatan

1) Diet

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

2) Latihan fisik/Olahraga

Dianjurkan pada penderita DM untuk latihan atau olahraga secara teratur kurang lebih 3-4 kali dalam seminggu, lakukan selama kurang lebih 30 menit sesuai dengan kemampuan pasien. Contohnya seperti jalan kaki biasa selama 30 menit atau melakukan aktifitas lainya dan pesan untuk penderita DM agar menghindari kebiasaan hidup yang kurang gerak atau bermalas-malasan.

3) Edukasi

Eduksi pada pasien yang menderita DM umumnya terjadi akibat gaya hidup yang kurang sehat dan perilaku pola makan yang tidak efektif. Sehingga penderita perlu pendampingan untuk merubah

pola hidup yang tidak baik yang berfungsi untuk memotivasi agar penderita dapat hidup sehat dan menjaga pola makan dengan baik.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus

Menurut (Arania et al, 2021), Pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan terdiri dari 5 tahapan yaitu pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Kelima proses ini harus dijalankan secara berkesinambungan antara satu tahapan dengan tahapan lainnya.

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

Pengumpulan data antara lain meliputi:

1) Biodata

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

2) Keluhan Utama:

Banyak makan, banyak minum, banyak kencing, badan terasa lemas, pengelihatn kabur.

3) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

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

b) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat penyakit terdahulu yang pernah di derita oleh pasien tersebut, seperti pernah menjalani operasi berapa kali, dan dirawat di rumah sakit berapa kali.

c) Riwayat kesehatan keluarga

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

4) Pola Fungsional Gordon

a) Pola pola pemeliharaan kesehatan.

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

b) Pola Aktivitas.

Kaji keluhan saat beraktivitas, biasanya terjadi perubahan aktivitas sehubungan dengan gangguan fungsi tubuh. Kemudian

pada klien ditemukan adanya masalah dalam bergerak, kram otot, tonus otot menurun, kelemahan, dan keletihan.

c) Pola nutrisi dan metabolic.

Tanyakan bagaimana pola dan porsi makan sehari-hari klien (pagi, siang, dan malam). Kemudian tanyakan bagaimana nafsu makan klien, apakah ada mual muntah, pantangan atau alergi. Biasanya pada pasien DM klien mengeluh banyak makan atau polifagia dan banyak minum atau polidipsi.

d) Pola eliminasi.

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

e) Pola istirahat dan tidur.

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

f) Pola kongnitif presepsi.

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

g) Pola sensori visual.

Kaji pengelihatannya dan pendengaran pasien (biasanya pada pasien DM mengeluh pengelihatannya kabur)

h) Pola toleransi dan koping terhadap stress.

Tanyakan dan kaji perhatian utama selama dirawat di RS (financial atau perawatan diri). Kemudian kaji keadaan emosi klien sehari-hari dan bagaimana klien mengatasi kecemasannya (mekanisme koping klien). Tanyakan apakah ada penggunaan obat untuk penghilang stress atau klien sering berbagi masalahnya dengan orang-orang terdekat, apakah pasien merasakan kecemasan yang berlebihan dan tanyakan apakah pasien merasakan kecemasan yang berlebihan dan tanyakan apakah sedang mengalir stress yang berkepanjangan.

i) Persepsi diri / konsep diri.

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

j) Pola seksual dan reproduksi.

Tanyakan masalah seksual klien yang berhubungan dengan penyakitnya, kapan klien mulai menopause, apakah klien

mengalami kesulitan/perubahan dalam pemenuhan kebutuhan seksual.

k) Pola nilai dan keyakinan.

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

5) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada pasien dengan diabetes melitus Menurut Purwanto, H., (2016) yaitu :

a) Tanda – tanda vital Tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, tinggi badan, berat badan.

b) Keadaan umum

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

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

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

(4) Telinga : terdapat penurunan fungsi pendengaran.

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

- (6) Mulut : mukosa bibir kering, napas berbau aseton 21
- (7) Leher : tidak terjadi pembesaran kelenjar getah bening.
- (8) Dada : bentuk dada, retraksi dada, puting susu, payudara, pola napas, nyeri dada, bunyi napas, bunyi jantung, kebersihan dada, kesimetrisan.
- (9) Pemeriksaan abdomen : adanya nyeri tekan pada bagian pankreas, distensi abdomen, suara bising usus yang menurun/melemah.
- (10) Pemeriksaan reproduksi : rabas vagina jika terjadi infeksi, keputihan, impotensi pada pria, dan sulit orgasme pada wanita.
- (11) Pemeriksaan integumen : biasanya terdapat lesi atau luka yang lama sembuh. Kulit kering, adanya ulkus di kulit, akral teraba dingin, capillary refill kurang dari 3 detik, adanya pitting edema.
- (12) Pemeriksaan ekstremitas : kekuatan otot dan tonus otot melemah. Adanya luka pada kaki atau kaki diabetik.

2. Diagnosa Keperawatan yang biasa muncul pada pasien Diabetes Melitus
Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dalam Tim Pokja SDKI
DPP PPNI 2017.

a. Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia

Ds : -

Do : Warna kulit pucat, turgor kulit menurun kadar glukosa dalam darah tinggi.

b. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Ds : (Poliuria & polidipsi)

Do : Kulit tampak pucat, dan lemah.

c. Berat badan lebih berhubungan dengan gangguan kebiasaan makanan

Ds : Polifagia

Do : Berat badan lebih

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan dengan kelemahan

Ds : Lelah

Do : Tampak lemah

e. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

Ds : Banyak makan, mengantuk, pusing

Do : Gemetar, berkeringat, kadar glukosa dalam darah tinggi.

- f. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

Ds : Nafsu makan menurun, mual muntah

Do : Penurunan berat badan

3. Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan (SIKI) dalam Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018.

- a. Perfusi jaringan perifer tidak efektif

Tujuan / kriteria hasil : Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan Status Sirkulasi membaik dengan kriteria hasil :

1. Output urine meningkat
2. Saturasi oksigen meningkat
3. PaO₂ meningkat
4. Pucat menurun
5. Akral dingin menurun
6. Tekanan darah sistolik membaik
7. Tekanan darah diastolik membaik
8. Pengisian kapiler membaik

Intervensi:

Observasi

1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna suhu, anklebrachial index)
2. Identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolestrol tinggi).
3. Monitor panas, kemerahan, neyri atau bengkak pada ekstermitas

Terapiuetik

- 1) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
- 2) Hindari pengukuran tekanan darah pada ektermitas dengan keterbatasan perfusi
- 3) Hindari penekanan dan pemasangan terniquet pada area yang cidera
- 4) Lakukan pencegahan infeksi
- 5) Lakukan perawatan kaki dan kuku
- 6) Lakukan hidrasi

Edukasi

- 1) Anjurkan berhenti merokok
- 2) Anjurkan berolahraga rutin
- 3) Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar
- 4) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah antikogulan dan penurun kolestrol, jika perlu

- 5) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
- 6) Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta
- 7) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat

b. Hipovolemia

Tujuan/kriteria hasil: setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Manajemen Hipovolemia membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Asupan cairan meningkat
- 2) Haluaran urin meningkat
- 3) Kelembapan membrane mukosa meningkat
- 4) Edema menurun
- 5) Dehidrasi menurun
- 6) Tekanan darah membaik
- 7) Turgor kulit membaik
- 8) Berat badan membaik

Intervensi

Observasi

- 1) Periksa tanda dan gejala hypovolemia (mis, frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)
- 2) Monitor intake dan output cairan

Terapeutik

- 1) Hitung kebutuhan cairan
- 2) Berikan posisi *modified Trendelenburg*
- 3) Berikan asupan

Edukasi

- 1) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- 2) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian cairan iv isotonis (mis, NaCl, RL)

c. Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Konseling

membalik dengan kriteria hasil :

- 1) Berat badan membaik
- 2) Tebal lipatan kulit membaik

Intervensi

Observasi

- 1) Identifikasi kebiasaan makan dan perilaku makan yang akan diubah
- 2) Identifikasi kemajuan modifikasi diet secara regular
- 3) Monitor intake dan output cairan, nilai hemoglobin, tekanan darah, kenaikan berat badan, dan kebiasaan membeli makanan

Terapeutik

- 1) Bina hubungan terapeutik
- 2) Sepakati lama waktu pemberian konseling
- 3) Tetapkan tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang realistis

- 4) Gunakan standar nutrisi sesuai program diet dalam mengevaluasi kecukupan asupan makanan

Edukasi

- 1) Jelaskan program gizi dan persepsi pasien terhadap diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- 1) Rujuk pada ahli gizi

d. Intoleransi aktivitas

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Manajemen Energi membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Saturasi oksigen meningkat
- 2) Keluhan lelah menurun
- 3) Dispnea saat aktivitas menurun
- 4) Dispnea setelah aktivitas menurun

Intervensi

Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.
- 2) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.
- 3) Monitor pola dan jam tidur
- 4) Monitor kelelahan fisik dan emosional

Edukasi

- 1) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- 2) Anjurkan tirah baring

- 3) Ajaran strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Terapeutik

- 1) Lakukan Latihan rentang gerak pasif/aktif
- 2) Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan
- 3) Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

- e. Ketidakstabilan kadar glukosa darah

Tujuan/kriteria hasil: setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Hiperglikemia membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Koordinasi meningkat
- 2) Mengantuk menurun
- 3) Pusing menurun
- 4) Keluhan lapar menurun
- 5) Kadar glukosa darah membaik

Intervensi

Observasi

- 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
- 2) Identifikaisi situasi yang menyebabkan, kebutuhan insulin meningkat
- 3) Monitor kadar glukosa darah

- 4) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia(mis. Polyuria, polidipsi, polifagia, kelemahan, pandangan kabur, sakit kepala)
- 5) Monitor intake dan output cairan
- 6) Monitor keton urine, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah

Terapietik

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

Edukasi

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

Kolaborasi

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

f. Resiko defisit nutrisi

Tujuan/kriteria hasil: setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Manajemen Nutrisi membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Porsi makan yang dihabiskan membaik
- 2) Kekuatan otot pengunyah meningkat
- 3) Kekuatan otot menelan meningkat
- 4) Serum albumin meningkat
- 5) Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat
- 6) Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat
- 7) Pengetahuan tentang pemilihan minuman yang sehat meningkat

Intervensi

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi
- 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- 3) Identifikasi makanan yang disukai
- 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
- 5) Monitor asupan makanan
- 6) Monitor berat badan
- 7) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapietik

- 1) Lakukan *oral hygiene* sebelum makan, jika perlu
- 2) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- 3) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

- 4) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Edukasi

- 1) Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

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

4. Implementasi keperawatan

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

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian 66 proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. (Dinarti & Mulyanti, 2017)

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan/Desain Studi Kasus

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kasus dengan metode deskriptif. Adapun pendekatan yang digunakan dalam studi kasus ini adalah pendekatan asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus (DM) di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende.

Menurut Ramdhan. M, (2021), penelitian studi kasus merupakan pemahaman mendalam terkait alasan suatu fenomena maupun kasus yang dapat menjadi dasar bagi riset selanjutnya. Sedangkan metode deskriptif merupakan metode yang digunakan untuk menggambarkan suatu hasil penelitian dengan memberikan deskripsi, penjelasan serta validasi terkait fenomena yang tengah diteliti.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini adalah satu pasien Ny. M.K.J dengan masalah komprehensif dan holistik dengan diagnosa medis diabetes melitus (DM) yang dirawat Di ruangan Penyakit Dalam RSUD Ende.

C. Batasan Istilah

1. Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit yang ditandai dengan meningkatnya kadar glukosa dalam darah (hiperglikemia) dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang dihubungkan dengan kekurangan secara absolut atau relatif dari kerja atau sekresi insulin.

2. Asuhan keperawatan

Asuhan Keperawatan merupakan seluruh rangkaian proses keperawatan yang diberikan kepada pasien yang berkesinambungan dengan kiat kiat keperawatan yang dimulai dari pengkajian sampai evaluasi dalam usaha memperbaiki atau pun memelihara derajat kesehatan yang optimal suatu bentuk pelayanan kesehatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan.

D. Lokasi Dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini telah dilakukan di Rumah sakit umum Daerah Ende di Ruangan Penyakit Dalam III mulai dari tanggal 16-18 Agustus 2024

E. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan dengan melalui beberapa prosedur, yaitu:

Penulis mengajukan tema penelitian dengan tema Diabetes Mellitus, Penulis mencari kajian literatur melalui studi Pustaka yaitu buku dan jurnal tentang Diabetes Mellitus, Penulis mengurus izin studi pendahuluan di RSUD Ende, Penulis membuat proposal studi kasus dan melakukan seminar proposal, Penulis mengurus surat izin penelitian studi kasus dari kampus yang ditujukan pada RSUD Ende, Penulis menyerahkan proposal dan surat izin penelitian, Penulis melakukan pengkajian asuhan keperawatan, Penulis melakukan analisis data, Penulis melakukan tindakan asuhan keperawatan, Penulis melakukan evaluasi kegiatan. Hasil studi kasus di ACC pada tanggal 29 Agustus 2024 dan ujian hasil pada tanggal 3 september 2024. Penulis kemudia melakukan revisi hasil studi kasus.

F. Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu :

1. Wawancara

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

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

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

3. Studi Dokumentasi

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

G. Instrumen Pengumpul Data

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

H. Keabsahan Data

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

1. Data Primer

Sumber data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya meliputi, biodata klien, biodata penanggung jawab, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Data Sekunder

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

I. Analisis Data

Analisis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data-data berupa data kesehatan dan data keperawatan yang kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah diklasifikasikan, data-data tersebut kemudian dianalisis untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien. Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang akan diatasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan diimplementasikan kepada pasien. Setelah dilakukan implementasi selama 3 hari, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi ditampilkan dalam bentuk naratif, kemudian dianalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada pasien dengan Diabetes Melitus (DM)

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus yang dilaksanakan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende, Rumah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende merupakan RS tipe C milik pemerintah kabupaten Ende. Ruangan RPD III merupakan salah satu ruangan rawat inap yang terdiri dari 1 ruangan perawat, 3 ruangan perawatan dalam 19 bed, 1 ruang farmasi, 1 ruang pantry, 1 ruang gudang, memiliki 16 orang perawat, perawat berpendidikan S1 berjumlah 6 orang, perawat berpendidikan D3 berjumlah 10 orang, 1 orang administrasi dan 2 orang cleaning service. Penyakit terbanyak selama 1 tahun ini DM sebanyak 5 kasus, CKD sebanyak 3 kasus, Pneumonia 9 kasus, Hipertensi 8 kasus, TBC 9 kasus, General wiknes 10 kasus, Anemia 5 kasus, Asma 5 kasus, CHF 5 kasus.

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

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

2. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada hari senin tanggal 16 Agustus 2024 pada Ny. M.K.J

A. Pengumpulan data

a) Wawancara

1. Biodata klien

Pasien berinsial Ny.M.K.J berumur 68 tahun, jenis kelamin perempuan, pekerjaan sebagai IRT, pendidikan terakhir SD, beralamatkan di jalan Suka Maju dan beragama Islam dengan Diagnisa Medis DM Tipe 2

2. Biodata Penanggung Jawab

Klien berinsial Ny. S.H berumur 37 tahun dan pendidikan terakhir SMA dan bekerja sebagai IRT hubungan dengan pasien anak kandung

b) Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Pasien mengatakan sangat lemah

2) Riwayat Keluhan utama

Pasien mengatakan sangat lemah, pusing, mual, batuk berdahak. Pada tanggal 15 Agustus 2024, pukul 20.00 klien masuk RS dengan keluhan, batuk berdahak, mual muntah, nyeri ulu hati, lemah, pusing sejak pagi.

3) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit DM sudah 4 tahun dan selalu mendapat obat metformin rutin tiap bulan dari Puskesmas.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita Diabetes Melitus.

c) Pengkajian Perpola

1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

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

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

2. Pola Nutrisi Metabolik

Sebelum sakit pasien mengatakan kebiasaan makan 3 kali sehari, porsi banyak 1 piring dengan menu nasi, ikan, telur, tempe, tahu, sayur-sayuran, pasien tidak mempunyai alergi terhadap makanan, pasien juga kadang memakan makanan tambahan seperti kue, pasien minum air putih sekitar 10-13 gelas sedang (± 2.500 cc) per hari.

Saat sakit pasien mengatakan hanya mengonsumsi bubur, sayur dan telur porsi yang dihabiskan sedikit sekitar 10 sendok makan karena tidak ada nafsu makan. Minum air putih sekitar 5-7 gelas sedang (± 1100 cc)

3. Pola Eliminasi

Sebelum sakit pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1-2 kali sehari, konsistensi padat, warna kuning, bau khas feces. BAK lancar 5-6 kali sehari, warna kuning jernih, bau pesing, memiliki kebiasaan BAK di malam hari biasanya 2-3 kali.

Saat sakit Pasien mengatakan BAB 1 kali, konsistensi padat, warna kuning, bau khas feces. BAK lancar 2-3 kali, warna kuning, bau pesing, BAK 1-2 kali di malam hari.

4. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan bekerja sebagai IRT. Semua aktivitas dilakukan secara mandiri.

Setelah masuk rumah sakit pasien harus tirah baring (bedrest) belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri karena merasa sangat lemah.

5. Pola istirahat dan Tidur

Sebelum sakit pasien mengatakan biasanya tidur 6-8 jam per hari, pasien tidur jam 22.00 dan bangun pagi jam 04.00 atau jam 05.00, kebiasaan pasien sebelum tidur nonton TV, sering bangun ditengah malam untuk BAK, tidur siang kurang lebih 2-3 jam.

Saat sakit pasien mengatakan tidak dapat tidur dengan nyenyak karena merasa tidak nyaman, pasien tidur dari jam 23.00 atau 24.00 dan terbangun sesekali karena batuk atau pengen BAK. pasien bisa tidur siang kurang lebih 30-60 menit. Tidur terlentang menggunakan 1 bantal.

6. Pola Kognitif dan Persepsi

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

7. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1. Gambaran diri : Pasien mengatakan ia menerima kondisinya saat ini
2. Harga diri : Pasien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun orang sekitar.
3. Ideal diri : Pasien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama anaknya serta dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari.
4. Peran diri : Pasien mengatakan ia berperan sebagai Ibu rumah tangga berumur 68 tahun.
5. Identitas diri : Pasien mengatakan ia adalah seorang istri dan ibu dari 4 orang anak dan 1 orang suami.

8) Pola Peran Hubungan dengan Sesama

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan relasi pasien dengan keluarga, tetangga, dan orang lain baik-baik saja.

Setelah masuk rumah sakit relasi dengan petugas rumah sakit, keluarga dan pengunjung baik dibuktikan dengan pasien bersikap ramah dengan dokter dan perawat.

9) Pola Seksual Reproduksi

Pasien mengatakan sudah berkeluarga dan sudah mempunyai 4 orang anak.

10) Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stres

Pasien mengatakan bila ada masalah dengan keluarga pasien selalu mencari jalan keluar bersama untuk menyelesaikan masalah. Pasien juga mengatakan selama sakit pasien merasa stres, Pasien hanya bisa berdoa agar tetap kuat menjalani masa penyembuhan.

11) Pola Nilai Kepercayaan

Pasien mengatakan ia mengatut agama Islam dan rajin beribadah setiap hari sholat 5 waktu dan hari-hari perayaan pasien memiliki kebiasaan bangun pagi untuk beribadah. Saat sakit pasien mengatakan bahwa ia jarang sholat tetapi ia tetap berdoa untuk kesembuhannya.

d) Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : Pasien sadar penuh kesadaran composmentis, nilai GCS 15 dengan respon eye 4 (membuka spontan), respon verbal 5 (Spontan bicara) dan respon motorik 6 (mengikuti perintah). Tanda-tanda vital : TD : 120/80 mmHg, Nadi: 99x/m, suhu : 36,2 0C, SpO2 : 96%, RR : 24 x/m, CRT : < 3 detik, BB : 64kg, TB : 157cm, IMT : 26 (indeks masa tubuh), BBI : 51,3. Pada **Kepala** : Kulit kepala bersih, terdapat rambut uban, bergelombang, tidak ada nyeri tekan. **Leher** : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe, tidak ada nyeri tekan. menggunakan O² nasal kanul 3 lpm. **Mata** : Bentuk mata simetris,

ada kantung mata, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikteris.

Telinga : tampak bersih, tidak terdapat cairan yang keluar.

Hidung : simetris, tidak terdapat pernapasan cuping hidung.

Mukosa bibir : tampak lembab, pasien berbicara jelas. **Dada** :

inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada pembengkakan, RR :

24x/m, menggunakan O² nasal kanul 3 lpm, palpasi : tidak

terdapat nyeri tekan, auskultasi : ada bunyi napas tambahan

(wheezing). **Jantung** : normal, murmur dan Gallop tidak ada.

pemeriksaan **Abdomen** : inspeksi bentuk simetris, bersih, palpasi

: tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi : peristaltik usus 15x/m,

pemeriksaan **Genetalia** tidak dilakukan karena menjaga privasi

klien. Pada pemeriksaan **Ekstremitas atas** : tidak ada edema,

kulit tampak bersih jari tangan lengkap CRT < 3 detik, akral

dingin. Terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm pada tangan kanan.

Ekstremitas bawah : tidak terdapat oedema, jari kaki lengkap

simetris kekuatan otot baik.

e) Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan darah

Tabel 4.1 Pemeriksaan hasil LAB (tanggal, 15-08-2024)

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Wbc	22.06+	10 ³ /UL	3.60-11.00
Lymph#	1.99	10 ³ /UL	1.00-3.70
Mono#	1.59+	10 ³ /UL	0.00-0.70
Eo#	0.10	10 ³ /UL	0.00-0.40
Baso#	0.01	10 ³ /UL	0.00-0.10
Neut#	18.37+	10 ³ /UL	1.50-7.00
Lymph%	9.0-	%	25.0-40.0
Moni%	7.2	%	2.0-8.0
Eo%	0.5-	%	2.0-4.0
Baso%	0.0	%	0.0-1.0
Neut%	83.3+	%	50.0-70.0
Ig#	0.08	10 ³ /UL	0.00-7.00
Ig%	0.4	%	0.0-72.0
Rbc	4.92	10 ⁶ /UL	3.80-5.20
Hgb	13.9	g/dL	11.7-15.5
Hct	38,6	%	35.0-47.0
Mcv	78.5-	fL	80.0-100.0
Mch	28.3	Pg	26.0-34.0
Mchc	36.0	g/dL	32.0-36.0
Rdw-sd	37.7	fL	37.0-54.0
Rdw-cv	13.2	%	11.5-14.5
Plt	249	10 ³ /UL	150-440
Mpv	9.9	fL	9.0-13.0

Pct	0.25	%	0.17-0.35
Pdw	11.5	fL	9.0-17.0
P-ler	24.7	%	13.0-43.0

2. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 4.2 Pemeriksaan hasil LAB (tanggal,15-08-2024)

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
FAAL HATI		
• SGOT/AST	13,8	0-35 U/L
• SGPT/ALT	13,1	4-36 U/L
FAAL GINJAL		
• Ureum	35,8	10-5- mg/dL
• Creatinin	0,9	0.6-1.2 mg/dL
FAAL HEMOSTASIS		
• Natrium	128.2	135-145 mmol/L
• Kalium	4.95	3.5-5.2 mmol/L
• Chlorida	96,8	98-106ol/L

3. Pemeriksaan urine

Tabel 4.3 Pemeriksaan urin

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Colour	Colorless	
Glukosa	+4	< 30 mg/dl
Bilirubin	-	0.02 mg/dl
Keton	-	Negatif
Sg	1.010	1.00 – 1.035
Blood	-	< 0,010 mg/dl
Ph	5.5	4,6 – 8,0
Protein	± Trase	< 15 mg/dl

Orobilin	Normal	< 1,0 mg/dl
Nitrit	-	Negatif
Leukosit esterase	-	Negatif

f) Penatalaksanaan/pengobatan

Tabel 4.4 Penatalaksanaan Pengobatan

No	Nama obat	Dosis	Jam	Indikasi
1.	Omeprazole	2 x 40 mg/iv	08.00 22-00	Untuk mengatasi gejala asam lambung dan mag.
2.	Ceftriaxone	2 x 1g/iv	08.00 22.00	Untuk mengatasi infeksi bakteri.
3.	Paracetamol	3 x 1g/iv	08.00 17.00 22.00	Untuk meredakan nyeri dan menurunkan demam.
4.	Nevorapid	3 x 10 iv unit	06.00 12.00 18.00	Untuk menurunkan gula darah 10-20 menit setelah disuntikan kedalam tubuh
5.	Ezelin	1x10 iv unit	22.00	Untuk menurunkan kadar gula darah
6.	Ambroxol	3x30 mg oral	06.00 12.00 19.00	Untuk memecahkan dahak.

7.	CTM	2x4mg oral	06.00 12.00 19.00	Untuk mencegah alergi
8.	Dexamethasone	3x0,5mg oral	06.00 12.00 19.00	Untuk mengatasi berbagai peradangan
10.	Salbutamol sulfat	3x2mg oral	06.00 12.00 19.00	Meredakan gejala asma dan gangguan pernapasan lainnya
11.	Attapulgate	3x600mg oral	06.00 12.00 19.00	Untuk meredakan diare
12.	Levofloxacin	1x1/iv	13.00	Untuk infeksi bakteri.

B. Tabulasi Data

Pasien mengatakan sangat lemah, pusing, mual, batuk berdahak, cepat lelah, nafsu makan berkurang, pasien mengatakan memiliki riwayat DM, GDS : 428 mg/dl, terpasang O² nasal kanul 3 lpm, pernapasan wheezing, pasien tampak lemah, makan sedikit kurang lebih 10 sendok, minum air putih 5-6 gelas sedang (\pm 1100 cc), Sering Bak pada malam hari. terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tpm, dengan hasil TTV TD : 120/80 mmHg, N : 99x/m, S : 36,3°C, SPO² : 96%, RR : 24x/m, CRT : < 3 Detik, BB: 64kg, BBI :53,3 kg.

C. Klasifikasi Data

DS : Pasien mengatakan pusing, lemah, mual, batuk berdahak, cepat lelah, nafsu makan berkurang, pasien mengatakan memiliki riwayat DM

DO : Pasien tampak lemah, makan sedikit kurang lebih 10 sendok, minum air putih 5-6 gelas sedang (\pm 1100 cc), GDS : 428 mg/dl, sering BAK pada malam hari terpasang O² nasal kanul 3 lpm, bunyi napas wheezing, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, dengan hasil TTV TD : 120/80 mmhg, N : 99x/m, S : 36,2°C, SPO² : 96%, RR : 24x/m, CRT : < 3 Detik, BB : 64Kg, BBI :51,3 kg.

D. Analisa Data

Tabel 4.5 Analisa Data

Sign & simtom	Etiologi	Masalah
<p>Ds : Pasien mengatakan pusing, lemah, dan cepat lelah.</p> <p>Do : Pasien tampak lemah, akral dingin, pucat, kadar glukosa dalam darah tinggi, Gds : 428 mg/dL, dengan hasil TTV</p> <p>TD : 120/80 mmhg</p> <p>N : 99x/m</p> <p>S : 36,2°C</p> <p>SPO² : 96%</p> <p>RR : 24x/m</p> <p>CRT < 3 detik.</p>	<p>Resistensi insulin</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>
<p>Ds : Pasien mengatakan batuk berdahak sulit dikeluarkan</p> <p>Do : Pasien tampak batuk berdedahak, terpasang O² nasal kanul 3 lpm, bunyi napas wheezing, dengan hasil TTV</p> <p>TD : 120/80 mmhg</p> <p>N : 99x/m</p> <p>S : 36,2°C</p> <p>SPO² : 96%</p>	<p>Sekresi yang tertahan</p>	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif</p>

RR : 24x/m

Ds : Pasien mengatakan Hambatan Gangguan pola tidur
tidak puas tidur karna lingkungan
sering batuk dan BAK
pada malam hari

Do : Pasien tampak
menguap, ada kantung
mata, dengan hasil TTV

TD : 120/80 mmHg

N : 99x/m

S : 36,3°C

SPO² : 96%

RR : 24x/m

Ds : Pasien mengatakan Ketidakmamp Resiko defisit nutrisi
nafsu makan berkurang uan mencerna

Do : klien tampak makan makanan
sedikit, kurang lebih 10
sendok, minum air putih 5-
6 gelas sedang (\pm 1100
cc), terpasang infus NaCl
0,9 % 20 tpm, dengan
hasil TTV

TD : 120/80 mmHg

N : 99x/m

S : 36,3°C

SPO² : 96%

RR : 24x/m

BB : 64kg

BBI:51,3

3. Diagnosa Keperawatan (SDKI)

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan :

Ds : Pasien mengatakan sangat pusing dan cepat lelah.

Do: Pasien tampak lemah, akral dingin, pucat, kadar glukosa dalam darah tinggi, Gds : 428 mg/dL, dengan hasil TTV TD : 120/80 mmhg, N : 99x/m, S : 36,2°C, SPO² : 96%, RR : 24x/m, CRT : < 3 detik

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

Ds : Pasien mengatakan batuk berdahak sulit dikeluarkan

Do : Pasien tampak batuk berdedahak, terpasang O² nasal kanul 3 lpm, bunyi napas wheezing, dengan hasil TTV TD : 120/80 mmhg, N : 99x/m, S : 36,2°C, SPO² : 96%, RR : 24x/m.

- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan :

Ds : Pasien mengatakan tidak puas tidur karna sering batuk dan BAK pada malam hari

Do : Pasien tampak menguap, ada kantung mata, dengan hasil TTV TD : 120/80 mmgHg, N : 99x/m, S : 36,3°C, SPO² : 96%, RR : 24x/m.

d. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan ditandai dengan :

Ds : Pasien mengatakan nafsu makan berkurang

Do: Pasien tampak makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air putih 5-6 gelas sedang (\pm 1100 cc), terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tpm, dengan hasil TTV TD : 120/80 mmHg, N : 99x/m, S : 36,3°C, SPO² : 96%, RR : 24x/m, BB: 64kg, BBI : 51,3

4. Intervensi Keperawatan (SLKI DAN SIKI)

a) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin yaitu :

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah Ketidakstabilan glukosa darah teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Pusing menurun
- 2) Lelah menurun
- 3) Kadar glukosa dalam darah membaik.

Intervensi Keperawatan untuk Diagnosa Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin yaitu :

Manajemen hiperglikemia

Observasi

1. Monitor tanda-tanda vital
2. Monitor kadar gula darah
3. Monitor tanda dan gejala Hiperglikemia

Edukasi

4. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga

Kolaborasi

5. Kolaborasi pemberian Insulin

- b) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan yaitu :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan

Masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi dengan

kriteria hasil :

1. Batuk efektif meningkat
2. Roduksi sputum menurun
3. Ronkhi menurun
4. Ferkuensi napas membaik
5. Pola napas membaik.

Intervensi keperawatan untuk Diagnosa Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan yaitu :

Manajemen jalan napas**obsevasi**

1. Observasi tanda vital
2. Monitor suara napas
3. Monitor sputum

Terapeutik

4. Posisikan semi fowler atau semi fowler

5. Berikan pasien banyak minum air hangat

Edukasi

6. Ajarkan pasien untuk batuk efektif dan napas dalam

Kolaborasi

7. Kolaborasi pemberian oksigen
8. Kolaborasi pemberian Bronkodilator

- c) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan yaitu :
Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan pola tidur teratasi dengan

kriteria hasil :

1. Keluhan sulit tidur menurun

Intervensi keperawatan Diagnosa Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan yaitu :

Dukungan Tidur**Observasi**

1. Identifikasi faktor pengganggu tidur

Terapeutik

2. Modifikasi lingkungan

Edukasi

3. Jelaskan pentingnya tidur

d) Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan yaitu :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil

1. Nafsu makan membaik
2. Berat badan membaik
3. Mual dan muntah membaik.

Intervensi keperawatan Diagnosa Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan yaitu :

Manajemen Nutrisi

Obsevasi

1. Identifikasi status nutrisi
2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
3. Identifikasi makan yang disukai
4. Monitor berat badan

Terapeutik

5. Lakukan oral hygiene sebelum makan
6. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
7. Anjurkan posisi duduk

Kolaborasi

8. Kolaborasi dengan ahli gizi

5. Implementasi

Tindakan Keperawatan dilakukan pada hari Jumad, 16 Agustus 2024

Diagnosa Keperawatan I

Jam 07:30 Memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD :126/82 mmHg, S : 37,2°C, N : 99x/m, RR : 22x/m, SPO2: 97%. Jam 08:00 Memonitor kadar gula darah dengan hasil :GDS :428 mg/dl. Jam 08:25 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil : pasien mengatakan pusing dan lelah, pasien tampak lemah. Jam 09:00 Menganjurkan Pasien agar tetap menjaga pola makan dan imbangi dengan olahraga Hasil : pasien mengerti dengan apa yang dijelaskan dan pasien mendapat makanan yang diberikan dari rumah sakit. Jam 09:10 Penatalaksanaan pemberian insulin dengan hasil : Melayani Novorapid 10 unit/sl.

Diagnosa Keperawatan II

Jam 07:30 Mengobservasi tanda vital dengan hasil : TD :126/82 mmHg, S: 37,2°C, N: 99x/m, RR: 22x/m, SPO2: 97%. Jam 08:00 Monitor sputum dengan hasil : sedikit kental, warna hijau kekuning. Jam 08:15 Posisikan pasien semi fowler / fowler Hasil : memposisi pasien dengan posisi semi fowler. Jam 08:17 menganjurkan pasien banyak minum air hangat Hasil : pasien mengerti dan minum air hangat. Jam 08.30 mengajarkaan pasien untuk batuk efektif dan napas dalam dengan Hasil : pasien mengerti dan Dapat melakukannya secara mandiri. Jam 09.00 Penatalaksanaan Pemberian oksigen dengan Hasil : memberikan O2 nasal kanul 3 lpm.

Diagnosa Keperawatan III

Jam 07:30 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD :126/82 mmHg, S: 37,2°C, N: 99x/m, RR: 22x/m, SPO2: 97%. Jam 07:40 Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, hasil : pasien mengatakan sulit tidur dikarenakan batuk dan sering BAK di malam hari. Jam 08.30 Memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar pasien dapat beristirahat

Diagnosa Keperawatan IV

Jam 07:00 Mengidentifikasi status nutrisi dengan Hasil : sebelum sakit pasien nafsu makan pasien baik. Saat sakit nafsu makan pasien menurun, makan sedikit sekitar 10 sendok makan, minum air sekitar 5-6 gelas sedang (\pm 1100 cc). Jam 07:15 mengidentifikasi alergi pada obat dan makan dengan Hasil : pasien tidak ada alergi obat dan tidak ada alergi pada makanan. Jam 07:18 mengidentifikasi makan yang disukai dengan Hasil : pasien tidak pilih-pilih makan. Jam 08:10 monitor berat Badan dengan Hasil : berat badan pasien 64kg. Jam 08:30 memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein dengan hasil : keluarga pasien memberikan pasien bubur dari beras merah dan telur ayam kampung. Jam 09:20 menganjurkan posisi semi fowler atau fowler dengan Hasil : pasien dalam posisi semi fowler. Jam 09:30 mengkolaborasi dengan ahli gizi Hasil : pasien mendapatkan diet bubur dari Ahli gizi rumah sakit.

Tindakan Keperawatan dilakukan pada hari Jumad, 17 Agustus 2024**Diagnosa Keperawatan I**

Jam 07:30 Memonitor tanda-tanda vital dengan Hasil : TD : 123/80mmHg, S:36,2°C, N: 91x/m, RR: 20x/m, SPO2: 97%. Jam 08.00 Memonitor kadar gula darah dengan Hasil : GDS :300 mg/dl. Jam 08.15 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan Hasil : pasien mengatakan lelah, pusing dan pasien tampak lemah. Jam 08.17 Menganjurkan pasien agar tetap menjaga pola makan dan imbangi dengan olahraga dengan Hasil : pasien mengerti dengan apa yang dijelaskan dan pasien mendapat makanan yg diberikan dari rumah sakit. Jam 08.30 penatalaksanaan pemberian Insulin Hasil : melayani Novorapid 10 unit/sl.

Diagnosa Keperawatan II

Jam 07:30 mengobservasi tanda vital dengan Hasil : TD : 123/80mmHg, S:36,2°C, N: 91x/m, RR: 20x/m, SPO2: 97%. Jam 08.00 Monitor sputum dengan Hasil : sedikit kental, warna hijau kekuning. Jam 08:15 Posisikan pasien semi fowler / fowler dengan Hasil : memposisi pasien dengan posisi semi fowler. Jam 08:17 menganjurkan pasien banyak minum air hangat dengan Hasil : pasien mengerti dan minum air hangat. Jam 08:30 mengajarkan pasien untuk batuk efektif dan napas dalam dengan Hasil : pasien mengerti dan dapat melakukannya secara mandiri.

Diagnosa Keperawatan III

Jam 07:30 Memonitor tanda-tanda vital dengan Hasil : TD : 123/80mmHg, S:36,2°C, N: 91x/m, RR: 20x/m, SPO2: 97%. Jam 07:40 Memodifikasi

lingkungan dengan cara membatasi pengunjung agar pasien dapat beristirahat. Jam 08:40 Memberitahu pada pasien dan keluarga tentang pentingnya tidur yang cukup untuk kesehatannya, hasil : pasien dan keluarga mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat tentang pentingnya tidur dan pasien sudah mulai tidur cukup lama.

Diagnosa Keperawatan IV

Jam 07.00 mengidentifikasi status nutrisi dengan hasil : sebelum sakit pasien nafsu makan pasien baik. Saat sakit nafsu makan pasien menurun, makan sedikit sekitar 10 sendok makan, minum air sekitar 5-6 gelas sedang (\pm 1100 cc). Jam 07.15 mengidentifikasi makan yang disukai dengan Hasil : pasien tidak pilih-pilih makan. Jam 07.18 melakukan oral hygiene sebelum makan dengan Hasil : Membantu pasien sikat gigi sebelum makan. Jam 08.10 memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi Protein dengan Hasil : keluarga pasien memberikan pasien bubur dari beras merah dan telur ayam kampung. Jam 08:30 menganjurkan posisi semi fowler atau fowler dengan Hasil : posisi pasien semi fowler. Jam 09:20 Kolaborasi dengan ahli gizi dengan hasil : pasien mendapatkan diet bubur dari Ahli gizi rumah sakit.

6. Evaluasi

- a. Hari Jumad Pada tanggal 16 Agustus 2024 dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan I

Jam : 13.30

S : pasien mengatakan masih pusing dan lelah

O : pasien masih tampak lemah, pucat, akral dingin, gula darah masih tinggi, GDS :332, TD :120/80 mmHg, S:36°C, N:88x/m, RR: 22x/m, SPO2: 99%

A : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi

P : lanjutkan intervensi nomor 1,2,3,4,5

Diagnosa Keperawatan II

Jam : 13.35

S : pasien mengatakan batuk berdahak

O :pasien tampak Batuk berdahak, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, bunyi napas wheezing , TD :120/80 mmHg, S:36°C, N:88x/m, RR: 22x/m, SPO2: 99%

A : masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi

P : lanjutkan intervensi no 1,2,3,4,5,6

Diagnosa Keperawatan III

Jam : 13.40

S: Pasien mengatakan masih sulit untuk tidur nyenyak karena terus menerus batuk dan BAK malam hari.

O: Keadaan umum lemah, pasien masih sering menguap. TTV: TD: 120/80 mmHg, S: 36,2°C, N: 85x/mnt, RR: 23x/mnt, SpO2: 99%.

A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi.

P : lanjutkan intervensi nomor 1,2,3

Diagnosa Keperawatan IV

Jam :13.45

S : Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan

O : pasien tampak makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas, terpasang infus NaCl 0,9% 20 Tpm, TD :120/80 mmHg, S:36°C, N:88x/m, RR: 22x/m, SPO2: 99%

A : masalah resiko defisit nutrisi belum teratasi

P : lanjutkan intervensi nomor 1,2,3,4,5,6,7

b. Pada hari Sabtu tanggal 17 Agustus 2024 dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil dengan :

Diagnosa Keperawatan I

Jam : 13.25

S : pasien mengatakan masih pusing dan lelah

O : pasien masih tampak lemah, gula darah masih tinggi, GDS : 276 mg/dl TD :120/80 mmHg, S: 36°C, N:98x/m, RR:22x/m, SPO2:98%

A : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi

P : lanjutkan intervensi nomor 1,2,4,5

Diagnosa Keperawatan II

Jam :13.30

S : pasien mengatakan batuk berdahak berkurang

O :pasien tampak Batuk berdahak berkurang terpasang O2 nasal kanul

3 lpm, pernapasan wheezing, TD :120/80 mmHg, S: 36°C, N:98x/m,

RR:22x/m, SPO2:98%

A : masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi

P : lanjutkan intervensi nomor 1,3,4,5

Diagnosa Keperawatan III

Jam : 13.35

S: Pasien mengatakan ia tidak bisa tidur karena batuk dan sering BAK pada malam hari.

O: Keadaan umum lemah, kesadaran composmetis, TD: 150/60 mmHg,

S: 36°C, N : 88x/mnt, SpO2: 97%, RR: 20x/mnt.

A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi

P: lanjutkan Intervensi nomor 1,2,3

Diagnosa Keperawatan IV

Jam :13.40

S : pasien mengatakan nafsu makan berkurang

O : pasien tampak makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air

terbatas, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, TD :120/80 mmHg,

S: 36°C, N:98x/m, RR:22x/m, SPO2:98%

A : masalah resiko defisit nutrisi sebagian teratasi

P : lanjutkan intervensi nomor 1,5,6,7,8

7. Catatan Perkembangan

Minggu 18 agustus 2024 dilakukan catatan perkembangan

1. Diagnosa Ketidakstabilan kadar glukosa darah

Jam 08.00

S :klien mengatakan pusing berkurang dan lelah berkurang

O : klien tampak lemah berkurang,gula darah masih tinggi, GDS : 295 mg/dl, TD :120/80mmHg, S: 36°C, N: 80x/m, RR: 22x/m, SPO2:99%

A : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi

P : lanjutkan intervensi 1,2,3,4

I : 07.00 Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD :110/70 mmHg S: 36,7°C N: 91x/m RR: 24x/m SPO2:93%. 08.00 Memonitor kadar gula darah Hasil : GDS :363 mg/dl 08.25 Menganjurkan klien agar tetap menjaga pola makan dan imbangi dengan olahraga Hasil : pasien mengerti dengan apa yang dijelaskan dan pasien mendapat makanan yg diberikan dari rumah sakit 09.00 4. Penatalaksanaan pemberian insulin Hasil : melayani Novorapid 10 unit/sl.

E : Jam : 13.45 pasien tampak lemah berkurang, gula darah masih tinggi,GDS :339 mg/dl, TD :120/80 mmHg, S: 36°C N: 80x/m RR: 22x/m SPO2:99%. Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi. Intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

2. Diagnosa Bersihan jalan napas tidak efektif

Jam 08.00

S : pasien mengatakan batuk berdahak berkurang

O : pasien tampak batuk berdahak berkurang terpasang O2 nasal kanul

3 lpm bunyi napas wheezing TD :120/80 mmHg, S: 36°C N: 80x/m, RR: 22x/m , SPO2:99%

A : masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi

P : lanjutkan intervensi nomor 1,2,3,4

I : 07.30 Mengobservasi tanda vital Hasil : TD :110/70 mmHg S:

36,7°C N: 91x/m RR: 24x/m SPO2:93% 08.00 Posisikan pasien

semi fowler / fowler Hasil : memposisikan pasien dengan posisi semi

fowler 08.15 Menganjurkan pasien banyak minum air hangat Hasil

: pasien mengerti dan minum air hangat 08.17 Mengajarkan pasien

untuk batuk efektif dan napas dalam Hasil : pasien mengerti dan

dapat melakukannya secara mandiri

E : klien tampak batuk berdahak berkurang terpasang O2 nasal kanul

3 lpm, pernapasan wheezing TD :120/80mmHg, S: 36°C N: 80x/m

RR: 22x/m SPO2:99%. Masalah bersihan jalan napas tidak efektif

sebagian teratasi. intervensi dilanjutkan

3. Diagnosa Gangguan pola tidur

S: Klien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak, batuk berkurang dan BAK pada malam hari dapat dikontrol.

O: Keadaan umum lemah, pasien tidak menguap lagi. TD: 120/70mmHg, S:36,4°C, N: 86x/mnt, RR: 20x/mnt, SpO2: 99%.

A: Masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi.

P: lanjutkan intervensi nomor 1,2,3

I: Jam 11.00 Membatasi pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar pasien dapat beristirahat. Jam 11.10 Memberitahu kepada pasien tentang pentingnya tidur. Jam 11.20 Menyampaikan kepada keluarga tidak bicara dengan pasien saat tidur.

E: 14.00 Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak. Masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi. Intervensi dilanjutkan.

4. Diagnosa Resiko defisit nutrisi

S : pasien Mengatakan sudah ada nafsu makan

O : pasien tampak Nafsu makan membaik kurang lebih 15 sendok, minum air terbatas TD :120/80mmHg, S: 36°C N: 80x/m RR: 22x/m SPO2:99% terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, O2 nasal kanul 3 lpm

A : masalah resiko defisit nutrisi belum teratasi

P : lanjutkan intervensi nomor 1,2,3,4,5

I : 07.00 Mengidentifikasi status nutrisi Hasil : nafsu makan klien menurun, makan sedikit sekitar 15 sendok makan, minim air sekitar 5-6 gelas sedang (\pm 1100 cc). 07.15 melakukan oral hygiene sebelum makan Hasil : membantu pasien sikat gigi sebelum makan

07.18 Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil : keluarga pasien memberikan pasien bubur dari beras merah dan telur ayam kampung 08.10 Mengajukan posisi semi fowler atau fowler Hasil : posisi pasien semi fowler 08.30 Pentalaksanaan dengan ahli gizi Hasil : pasien mendapatkan diet bubur dari Ahli gizi rumah sakit

E : pasien tampak Nafsu makan membaik kurang lebih 15 sendok, minum air Terbatas TD :120/80 mmHg, S: 36°C N: 80x/m RR: 22x/m, SPO2:99% terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, O2 nasal kanul 3 lpm. masalah resiko defisit nutrisi sebagian teratasi. Intervensi dilanjutkan.

B. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat ada tidaknya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Ny.M.K.J di Ruang Penyakit Dalam III.

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Ny. M.K.J ditemukan pasien merasa sangat lemah, pusing, mual, batuk berdahak, nyeri ulu hati, cepat lelah, nafsu makan berkurang, sering BAK pada malam hari GDS : 428 mg/dl. Menurut Fatimah, 2019 menyatakan bahwa penyakit diabetes

melitus menunjukkan gejala seperti : banyak makan, banyak minum, banyak kencing, penurunan berat badan dan rasa lemah, gangguan penglihatan, kelelahan, pusing, kelemahan, frekuensi jantung meningkat.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus Ny. M.K.J Keluhan yang ada pada teori tetapi tidak ada pada kasus yaitu banyak makan, penurunan berat badan, gangguan penglihatan. Peningkatan intake makan, peningkatan akumulasi lemak dengan masalah berat badan lebih dan obesitas sedangkan pada hasil pengkajian Ny. M.K.J dengan diagnosa medis yang sama ditemukan data yaitu pasien mengalami batuk berdahak, terdapat sekret pada jalan napas, RR: 24X/m, O₂ 3 lpm, terdapat bunyi napas tambahan (wheezing), sehingga muncul masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif.

Hasil data pengkajian lainnya yang ditemukan yaitu pasien mengeluh mual, nafsu makan menurun, makan hanya 10 sendok makan, IMT : 26. Sedangkan menurut Fatimah (2015) menyatakan bahwa penderita DM akan membutuhkan energi lebih banyak sehingga mendorong imput tambahan energi lewat banyak makan (polifagia). Oleh karena itu dianjurkan kepada pasien untuk menjaga pola makan dan olahraga serta mengikuti anjuran dari petugas kesehatan.

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan, rumusan diagnosa keperawatan memiliki tiga komponen yaitu: sign/symptom, etiologi dan problem. Ketiga

komponen tersebut sudah dijelaskan pada teori dan juga sudah digambarkan pada kasus.

Pada diagnosa terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yaitu pada diagnosa teori menurut Clevo Rendi, M, Margareth, TH, (2012) terdapat diagnosa intoleransi aktivitas, berat badan lebih, perfusi jaringan perifer tidak efektif, hipovolemia, defisit nutrisi. Diagnosa tersebut tidak ditemukan pada kasus nyata dikarenakan tidak ada tanda dan gejala yang muncul maupun data yang mendukung diagnosa tersebut. Sedangkan pada kasus nyata ditemukan dua diagnosa tambahan yaitu diagnosa yang pertama bersihan jalan napas tidak efektif, Ds : Pasien mengatakan batuk berdahak sulit dikeluarkan, Do : Pasien tampak batuk berdahak, terpasang O² nasal kanul 3 lpm, bunyi napas wheezing, dengan hasil TTV TD : 120/80 mmhg, N : 99x/m, S : 36,2°C, SPO² : 96%, RR : 24x/m dan diagnosa yang kedua gangguan pola tidur Ds : Pasien mengatakan tidak puas tidur karna sering batuk dan BAK pada malam hari, Do : Pasien tampak menguap, ada kantung mata, dengan hasil TTV TD : 120/80 mmHg, N : 99x/m, S : 36,3°C, SPO² : 96%, RR : 24x/m.

3. Intervensi

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien, merumuskan tujuan/hasil yang diharapkan, memilih intervensi yang paling tepat, dan menulis serta mendokumentasikan rencana keperawatan intervensi dilakukan

berdasarkan panduan pada buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dalam *Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018)*

Intervensi yang dilakukan pada diagnosa ketidakstabilan glukosa darah yaitu manajemen hiperglikemia. salah satu intervensi yang ada yaitu memonitor kadar glukosa darah. Rencana keperawatan untuk dilakukan pada diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif yaitu manajemen jalan napas, ada beberapa intervensi yang dilakukan yaitu ajarkan pasien teknik napas dalam dan batuk efektif, memonitor sputum berikan minum air hangat dan berikan oksigen. Rencana keperawatan untuk dilakukan pada diagnosa gangguan pola tidur yaitu dukungan tidur, ada beberapa intervensi yang dilakukan yaitu identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan, dan jelaskan pentingnya tidur. Rencana keperawatan untuk dilakukan pada diagnosa Risiko defisit nutrisi yaitu manajemen nutrisi, ada beberapa intervensi yang dilakukan yaitu identifikasi status nutrisi, monitor berat badan, berikan makanan tinggi protein dan kalori, serta kolaborasi dengan ahli gizi.

4. Implementasi

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

kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi.

Implementasi yang dilakukan pada Ny. M.K.J dengan diagnosa medis Diabetes Melitus berdasarkan keempat diagnosa yang telah ditemukan selama 3 hari, Implementasi dilakukan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang berisi tindakan realisasi mulai dari mengkaji TTV, mengkaji keadaan umum hingga tindakan mandiri klien dengan tujuan mengatasi masalah-masalah keperawatan mulai dari ketidakstabilan glukosa darah, bersihan jalan napas tidak efektif, gangguan pola tidur, dan risiko defisit nutrisi. Sehingga diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, ke empat masalah diatas dapat diatasi. Implementasi pertama dilaksanakan pada tanggal 16 Agustus 2024, hari kedua dilaksanakan pada tanggal 17 Agustus 2024, dan hari ketiga pada tanggal 18 Agustus 2023.

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 ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan retensi insulin, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, dan risiko defisit nutrisi berhubungan dengan

ketidakmampuan mencerna makanan. Ke empat diagnosa keperawatan tersebut sebagian teratasi pada hari ketiga.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan pada Ny. M.K.J dengan diagnosa diabetes mellitus Tipe 2 di RSUD Ende ruangan penyakit dalam (RPD) III, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut.

1. Pengkajian pada Ny. M.K.J dilakukan secara komprehensif dan ditemukan data pasien lemah pasien mengatakan Pasien mengatakan sangat lemah, pusing, mual muntah, batuk berdahak, cepat lelah, nafsu makan berkurang, pasien mengatakan memiliki riwayat DM, GDS : 428 mg/dl, terpasang O² nasal kanul 3 lpm, pernapasan wheezing, klien tampak lemah, makan sedikit kurang lebih 10 sendok, minum air putih 5-6 gelas sedang (\pm 1100 cc), terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tpm, dengan hasil TTV TD : 120/80 mmHg, N : 99x/m, S : 36,3°C, SPO² : 96%, RR : 24x/m, CRT : < 3 Detik, BB: 64kg, BBI :53,3
2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. M.K.J adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah, bersihan jalan napas tidak efektif, gangguan pola tidur, dan resiko defisit nutrisi
3. Intervensi yang dilakukan pada Ny. M.K.J yaitu manajemen hiperglikemia, manajemen jalan napas, dukungan tidur, manajemen nutrisi.
4. Implementasi yang dilakukan pada Ny. M.K.J yaitu memonitor kadar glukosa darah, mengajarkan pasien teknik napas dalam dan batuk efektif,

memonitor sputum, memberikan minum air hangat, memberikan oksigen, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, memodifikasi lingkungan, menjelaskan pentingnya tidur, mengidentifikasi status nutrisi, monitor berat badan, memberikan makanan tinggi protein dan kalori, serta kolaborasi dengan ahli gizi.

5. Evaluasi yang dilakukan pada Ny. M.K.J menunjukkan hasil bahwa masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah, bersihan jalan napas tidak efektif, gangguan pola tidur, dan resiko defisit nutrisi sebagian teratasi.
6. Kesenjangan yang ditemukan adalah terdapat keluhan batuk berdahak yang mana keluhan tersebut tidak tersedia secara teori. Kesenjangan dalam diagnosa keperawatan yaitu bersihan jalan napas tidak efektif. Kesenjangan secara intervensi keperawatan adalah intervensi manajemen jalan napas. Kesenjangan dari sisi implementasi keperawatan adalah tidak diberikan obat pengencer dahak. Kesenjangan dalam evaluasi adalah sekret masih ada karena tidak diberikan obat pengencer dahak

B. Saran

1. Bagi Peneliti

Harus lebih banyak mempelajari teori pada kasus yang diambil sehingga mempermudah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus.

2. Bagi Klien dan keluarga

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

3. Bagi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan perlu meningkatkan pelayanan pada penderita DM.

4. Bagi Institusi Pendidikan

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

DAFTAR PUSTAKA

- Arania, R., Triwahyuni, T., Esfandiari, F., & Nugraha, F. R. (2021). Hubungan antara usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan dengan kejadian diabetes melitus di klinik mardi waluyo lampung tengah. *Jurnal Medika Malahayati*, 5(September), 146–153.
- Clevo Rendi.,M,Margareth.,TH (2012) Asuhan Keperawatan Medikal Bedah.Yogyakarta: Nuha Medika
- Dinas Kesehatan Kabupaten Ende. (2020). Data Pravelensi Penyakit Diabetes Melitus Kabupaten Ende. Ende : Dinas Kesehatan Kabupaten Ende
- Dinarti, & Mulyanti, Y. (2017). Dokumentasi Keperawatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 167.
http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wpcontent/uploads/2017/11/P_R_AKTIKA-DOKUMEN-KEPERAWATAN- xvii DAFIS.pdf
- Dinkes NTT. (2018). Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur.
<https://dinkes-kotakupang.web.id/bank-data/category/1-profil-kesehatan.html>
- Fatimah,(2015). Faktor Risiko Kejadian Diabetes Mellitus. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 9(2), 94-102.Diambil pada 4 maret 2023 dari
<http://www.ejurnaladhkdr.com/index.php/jik/article/view/304/212>
- Fatimah,R.N. (2015). Diabetes melitus tipe 2. *Jurnal Majority*, 4(5), 93-101.
<https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/viewFile/615/619>
- Hardianto,D.(2020). Telaah komprehensif diabetes melitus: klasifikasi, gejala,diagnosis, pencegahan, dan pengobatan. *Jurnal bioteknologi dan biosains Indonesia*, 7(2), 304-317.
- Haskas, (2018). Hubungan health locus of control dengan kepatuhan terapi insulin pada pasien dm tipe ii di rsu gmim pancaran kasih manado. *Jurnal Keperawatan*,7(1).<https://ejournal.unsrat.ac.id/v3/index.php/jkp/article/view/25225/24922>
- Jais, M., Tahlil, T., & Susanti, S. S. (2021). Dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien diabetes mellitus yang berobat di puskesmas. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 5(1), 82-88.
- Kemenkes Republik Indonesia (2019), Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian RI tahun 2018.
- Mamahit, (2018). Hubungan health locus of control dengan kepatuhan terapi insulin pada pasien dm tipe ii di rsu gmim pancaran kasih manado. *Jurnal Keperawatan*, 7(1).

- Mangkuliguna, G., Glenardi & Kuatama, R.(2021). 1-hydroxymethyl Harmine-TGF β SF Inhibitor: Inovasi Terapi Diabetes Melitus Terbaru Melalui Inisiasi Proses Regenerasi Sel β Pankreas pada Penderita DM Tipe 1 dan 2. *SCRIPTA SCORE Scientific Medical Journal*, 2(2), 104-115. Diambil pada 4 maret 2023 <https://talenta.usu.ac.id/scripta/article/view/3926/3613>
- Nabu, C. A., & Gobel, I. (2017). Studi Asuhan Keperawatan Pada Pasien Penyakit Diabetes Melitusdi Rsud Liunkendage Tahuna. *Jurnal Ilmiah Sesebanua*, 1(1), 10–15. <http://e-journal.polnustar.ac.id/jis/article/view/22>
- Prabowo & Hastuti, (2015). Faktor Risiko Kejadian Diabetes Mellitus. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 9(2), 94-102. Diambil pada 4 maret 2023 dari <http://www.ejurnaladhkdr.com/index.php/jik/article/view/304/212>
- Profil RSUD Ende. (2023). Profil Rumah Sakit Umum Daerah Ende.
- Purwanto, H. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah II*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Rahmi, H., Malini, H., & Huriani, E. (2020). Peran dukungan keluarga dalam menurunkan diabetes distress pada pasien diabetes mellitus tipe II. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(4).
- Ramdhan,M.(2021).Metode Penelitian Surabaya : Cipta Medis Nusantara
- Saputri, Setiani & Dewanti, (2018). Faktor Risiko Kejadian Diabetes Mellitus. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 9(2), 94-102. Diambil pada 4 maret 2023 dari <http://www.ejurnaladhkdr.com/index.php/jik/article/view/304/212>
- Soelistijo, S. (2021). Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia 2021. Global Initiative for Asthma, 46. www.ginasthma.org
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI*, (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI*, (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI*, (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

LAMPIRAN 1

JADWAL 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: poltekeskupang@yahoo.com

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

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 16 Agustus 2024

A. PENGUMPULAN DATA

1. Identitas

a. Identitas pasien

Nama : Ny. M.K.J
Umur : 15-08-1956 (68 Tahun)
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan
Status : Sudah Menikah
Pendidikan : SD
Pekerjaan : IRT
Suku Bangsa : Indonesia
Alamat : Jl.Suka Maju RT/RW 001/001
Tanggal Masuk : 15-08-2024
Tanggal Pengkajian : 16-08-2024
No. Register : 146264
Diagnosa Medis : DM Tipe 2

Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. S.H
Umur : 37 Tahun
Hub. Dengan Pasien : Anak mantu
Pekerjaan : IRT
Alamat : Jl. Suka maju RT/RW 001/001

2. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan sangat lemah

2) Riwayat Keluhan Utama

Pasien mengatakan sangat lemah, mual, batuk berdahak. sejak pagi tanggal 15 Agustus 2024. Pada pukul 20.00 klien masuk RS dengan keluhan mencret, batuk berdahak, mual muntah, nyeri ulu hati,pusing dan lemah.

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit

Pasien mengatakan sudah merasakan mencret dari pagi sehingga keluarga memutuskan untuk membawa klien ke RSUD Ende.

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Anak pasien mengatakan sebelum kerumah sakit upaya yang dilakukan yaitu menggosok perut pasien dengan minyak kayu putih dan memberikan minum air.

b. Satus Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan memiliki Riwayat penyakit DM sudah 4 tahun dan selalu mendapat obat meformin rutin tiap bulan dipuskesmas.

2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan baru pertama kali dirawat dirumah sakit

3) Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki Riwayat alergi obat ataupun makanan

4) Kebiasaan

Pasien mengatakan tidak merokok, minum alkohol, maupun minum kopi

c. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita diabetes

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

a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

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

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

b. Pola Nutrisi-Metabolik

1) Sebelum sakit : Pasien mengatakan kebiasaan makan sebelum sakit : makan 3 kali sehari, porsi banyak dengan menu nasi, ikan, telur, tempe, tahu, sayur-sayuran, Pasien tidak mempunyai alergi terhadap makanan, pasien juga biasanya memakan makanan tambahan seperti kue, pasien minum air putih sekitar 10-13 gelas sedang (± 2.500 cc) per hari.

- 2) Saat sakit : Pasien mengatakan hanya mengkonsumsi bubur, porsi yang dihabiskan sedikit sekitar 10 sendok makan karena tidak ada nafsu makan. Minum air putih sekitar 5-6 gelas sedang (\pm 1100 cc).

c. Pola Eliminasi

1) BAB

- a) Sebelum sakit : Pasien mengatakan sebelum sakit BAB1-2 kali sehari, konsistensi padat, warna kuning, bau khas feses.
- b) Saat sakit : Pasien mengatakan BAB 1 kali, konsistensi padat, warna kuning, bau khas feses. BAK lancar 2-3 kali, warna kuning, bau pesing, BAK 1-2 kali di malam hari.

2) BAK

- a) Sebelum sakit : Pasien mengatakan BAK lancar 3-4 kali sehari, warna kuning jernih, bau pesing, memiliki kebiasaan BAK di malam hari.
- b) Saat sakit : Pasien mengatakan BAK 1-2 kali sehari sering BAK di malam hari.

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Aktivitas

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

Ket :

0: mandiri, 1: Alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total

Sebelum sakit : pasien mengatakan semua aktifitasnya dilakukan secara mandiri

Saat sakit : Pasien melakukan semua aktifitasnya dengan dibantu oranglain.

2) Latihan

a) Sebelum sakit : Pasien mengatakan kerja dan melakukan aktifitasnya sehari-hari secara mandiri.

b) Saat sakit : Pasien mengatakan merasa lemah sehingga tidak dapat melakukan aktifitasnya secara mandiri.

e. Pola kognitif dan Persepsi

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

f. Pola Persepsi-Konsep diri

1. Gambaran diri : Pasien mengatakan ia menerima kondisinya saat ini

2. Harga diri : Pasien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun orang sekitar.

3. Ideal diri : Pasien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama anaknya serta dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari.

4. Peran diri : Pasien mengatakan ia berperan sebagai Ibu rumah tangga berumur 68 tahun.
5. Identitas diri : Pasien mengatakan ia adalah seorang istri dan ibu dari 4 orang anak dan 1 orang suami.

g. Pola Tidur dan Istirahat

- 1) Sebelum sakit : Pasien mengatakan sebelum sakit biasanya tidur 6-8 jam per hari, pasien tidur jam 22.00 dan bangun pagi jam 04.00 atau jam 05.00, kebiasaan pasien sebelum tidur nonton TV, sering bangun ditengah malam untuk BAK, tidur siang kurang lebih 2-3 jam.
- 2) Saat sakit : Pasien mengatakan tidak dapat tidur dengan nyenyak karena merasa tidak nyaman, pasien tidur dari jam 23.00 atau 24.00 dan terbangun sesekali karena batuk atau pengen BAK. Pasien bisa tidur siang kurang lebih 30-60 menit. Tidur terlentang menggunakan 1 bantal.

h. Pola Peran-Hubungan

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

i. Pola Seksual-Reproduksi

Pasien mengatakan ia adalah seorang istri dan ibu dari 4 orang anak dan 1 orang suami

j. Pola Toleransi Stress-Koping

Pasien mengatakan bila ada masalah dengan keluarga pasien selalu mencari jalan keluar bersama untuk menyelesaikan masalah. pasien juga mengatakan selama sakit pasien merasa stres, pasien hanya bisa berdoa agar tetap kuat menjalani masa penyembuhan.

k. Pola Nilai-Kepercayaan

Pasien mengatakan ia mengatut agama islam dan rajin beribadah setiap hari sholat 5 waktu dan hari-hari perayaan pasien memiliki kebiasaan bangun pagi untuk beribadah. Saat sakit pasien mengatakan bahwa ia jarang sholat tetapi ia tetap berdoa untuk kesembuhannya.

h) Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : lemah

Tingkat kesadaran : **komposmetis**

GCS: 15 verbal : 6 motorik : 5 eye : 4

b. Tanda-tanda Vital : Nadi = 80x/menit, Suhu :36,2°C, TD = 120/80mmHg,

RR = 24x/m, SPO² : 96%

c. Berat Badan : 64 Kg

Tinggi Badan : 157 = 1,57

$$\text{Indeks Massa Tubuh} = \frac{\text{BB (kg)}}{\text{TB X TB (cm)}}$$

$$\text{Indeks Massa Tubuh} = \frac{64\text{kg}}{1,57 \times 1,57(\text{cm})} = \frac{64\text{kg}}{6\text{cm}}$$

IMT : 26

d. Keadaan fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

- 1) Kepala dan leher : Kulit kepala bersih, terdapat rambut uban, bergelombang, tidak ada nyeri tekan. Pada leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe, tidak ada nyeri tekan. menggunakan O² nasal kanul 3 lpm.
- 2) Dada
 - a) Paru : Simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, terdapat bunyi napas tambahan (wheezing) RR : 24x/m, menggunakan O² nasal kanul 3 lpm.
 - b) Jantung : Tidak ada pembengkakan, tidak ada terdengar bunyi suara jantung tambahan. Nadi 80x/menit.
- 3) Payudara dan ketiak : Simetris, bersih, tidak ada pembengkakan dan nyeri tekan.
- 4) Abdomen : Bersih, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, bising usus 15 x/menit.
- 5) Genetalia : Bersih dan tidak ada kelainan
- 6) Integumen : Kulit tampak bersih, warna sawo matang, turgor kulit tidak elastis, CRT <3 detik.
- 7) Ekstremitas
 - a) Atas : Terpasang infus NaCl 0,9% tpm ditangan kanan, tidak ada luka, jari-jari lengkap, kuku bersih, CRT <3 detik.
 - b) Bawah : Jari-jari lengkap, tidak ada edema.

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. M.K.J Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende.
2. Tujuan dari Studi Kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny. M.K.J Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus di Ruangan 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 peyanaan 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: 082138793948

Peneliti

**Waika Ersintha****PO.5303202210076**

INFORMED CONSENT
(Persetujuan menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa : Saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh : WAIKA ERSINTHA dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIABETES MELITUS DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE

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

Ende, 12 Agustus 2024

Saksi



Patna Sari A. Rahman

Yang memberikan Persetujuan



Masita Keti Karmiludin

Peneliti,








WAIKA ERSINTHA
PO. 5303202210076








LEMBAR KONSUL PROPOSAL DAN KTI

Nama : Waika Ersintha
NIM : PO.5303202210076
Pembimbing Utama : Maria Salestina Sekunda,SST.Ns., M.Kes
Pembimbing Pendamping : Syaputra Artama S,S.Kep.Ns., M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1.	Rabu, 15 november 2023	1. Konsul judul 2. BAB 1 Latar Belakang	1) Ganti judul ambil DM keseluruhan 2) Defenisi DM cari pengantar yang merupakan masalah yang utama yang akan diteliti. 3) Data angka kejadian DM diutamakan 3 tahun terakhir 4) Rumusan masalah diubah dilihat dari masalah utama yang akan diatasi 5) Tujuan diganti kata menggambarkan karena sesuai studi kasus 6) Tujuan khusus diganti kata melakukan. Contohnya : mampu melakukan pengkajian 7) Manfaat dibagi menjadi dua yaitu manfaat teoritis dan manfaat praktis 8) perbaiki lembar konsultasi nama pembimbing	

2.	Jumat, 17 November 2023	1. Konsul Perbaiki BAB I Latar Belakang	1) Perbaiki latar belakang dimulai dari masalah utama DM, Data global, Riskesdas, Kesimpulan, Dampak, masukan data yang dilihat selama praktek, kemudian hasil studi sebelumnya BAB I 5 lembar 2) Rumusan Masalah 3) Tujuan 4) Manfaat	
3.	Rabu, 22 November 2023	1. Konsul perbaiki BAB I Latar Belakang	1) Penulisan latar belakang menggunakan kata diawali huruf kapital 2) Paragraf pertama tentang Diabetes diastukan satu paragraf 3) Lanjut BAB II	
4.	Jumat, 02 Februari 2024	1. Konsul BAB II	1) Perbaiki Pengetikan 2) Penatalaksanaan harus medis dan keperawatan 3) Pathway tambahkan sumber 4) Analisa sesuai pathway 5) Menggunakan Rasional.	
5.	Senin, 12 Februari 2024	1. Konsul BAB II 2. Konsul BAB III	1) Ganti judul diruangan penyakit dalam 2) Rumusan masalah tambahkan "Bagaimana"	
6.	Selasa, 13 Februari	1. Konsul BAB I 2. Konsul BAB	1) Cover depan tambahkan diruangan penyakit dalam	

	2024	II	<ul style="list-style-type: none"> 2) Tambahkan nomor halaman 3) Sumber pathway bagian bawah sebelah kiri 4) Pathway diperjelas 5) Pengkajian 11 pola 6) Tambahkan rasional 7) Dibagian pemeriksaan ekstremitas tambahkan CRT > 3 detik, Akral dingin 8) Pake tabulasi, analisa, prioritas masalah 9) Dibagian subyek studi kasus tambahkan dirawat diruang penyakit dalam 	
7.	Kamis, 02 Mei 2024	<ul style="list-style-type: none"> 1. Konsul BAB II dan BAB III 2. Responsif 	1) ACC ujian	
8.	Selasa, 20 Agustus 2024	1. Lengkapi sampai implementasi	<ul style="list-style-type: none"> 1) Lengkapi sampai implementasi 2) Lanjut pengetikan 	
9.	Senin, 26 Agustus 2024	<ul style="list-style-type: none"> 1. Konsul hasil kasus 2. Konsul BAB IV 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Perbaiki kata 2) Ganti dignosa 3) Hitung BBI 4) Perbaiki intervensi 5) Perbaiki Implementasi 6) Hasil Lab huruf kecil 7) Perbaiki pengetikan 8) Buat table terbuka 	
10.	Rabu, 28 Agustus	1. Konsul BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> 1) Perbaiki pengetikan 2) Pola nutrisi ditambah 	

	2024		<ul style="list-style-type: none"> 3) Intervensi dinarasikan 4) Implementasi dinarasikan 5) Evaluasi dinarasikan 	
11.	Kamis, 29 Agustus 2024	1. Konsul BAB IV dan BAB V	<ul style="list-style-type: none"> 1) Perbaiki pengetikan 2) Tambahkan abstrak 3) Tambahkan format lampiran 4) Lengkapi semuanya 5) ACC 	

Mengetahui

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



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



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



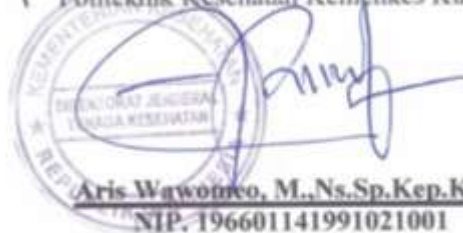
LEMBAR KONSUL REVISI PROPOSAL DAN KTI

Nama : Waika Ersintha
NIM : PO.5303202210076
Pembimbing Utama : Maria Salestina Sekunda, SST.Ns., M.Kes
Pembimbing Pendamping : Syaputra Artama S, S.Kep.Ns., M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf penguji
1.	Kamis, 24 Juli 2024	Proposal revisi	1) Perbaiki masukan saat ujian 2) Perbaiki penulisan dipenyusunan 3) Perbaiki latar belakang 4) Perbaiki referensi	
2.	Jumat, 02 Agustus 2024	Proposal revisi	1) Perbaiki Penulisan 2) Perbaiki latar belakang 3) Perbaiki referensi	
3.	Selasa, 06 Agustus 2024	Proposal revisi	1) Perbaiki penulisan 2) Perbaiki referensi	
4.	Kamis, 08 Agustus 2024	Proposal revisi	1) Perbaiki penulisan 2) Turun ambil di rumah sakit kasus penyakit ACC	
5.	Selasa, 24 September 2024	Konsul revisi KTI	1) Perbaiki abstrak 2) Perbaiki BAB I 3) Perbaiki pembahasan tambahkan sumber diagnosa 4) Perbaiki penulisan	
6.	Kamis, 26	Konsul	1) Perbaiki abstrak	

	September 2024	revisi KTI	2) Perbaiki kata pengantar 3) Perbaiki huruf nomor halaman 4) Tambahkan sumber intervensi dipembahasan	f
7.	Selasa, 01 Oktober 2024	Konsul revisi KTI	1) Perbaiki abstrak 2) Perbaiki kata pengantar 3) Tambahkan lembar persetujuan pasien	f
8.	Rabu, 02 Oktober 2024	Konsul revisi KTI	1) Perbaiki Abstrak	f
9.	Selasa, 08 Oktober 2024	Konsul revisi KTI	ACC revisi	f/ke 10-24

Mengetahui

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


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

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Waika Ersintha
Tempat/Tanggal lahir : Ende, 07 April 2003
Alamat : Jl. Teuku Umar Kelurahan Paupanda
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam

B. Riwayat Pendidikan

1. SDI Paupanda 3
2. SMP Negeri 2 Ende
3. SMA Negeri 1 Ende

MOTTO

**ALLAH TIDAK MEMBEBANI SESEORANG
MELAINKAN SESUAI DENGAN
KESANGGUPANNYA
- QS Al Baqarah : 286 -**