

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. HASIL STUDI KASUS

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit milik Pemerintah yang berada di Jl. Prof. Dr. W. Z Yohanes. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruang Penyakit Dalam I, II. Ruang Penyakit Dalam I, II memiliki 14 ruangan yang terdiri dari 1 ruangan Kepala Ruangan, 1 ruangan untuk menyimpan obat dan barang-barang medis lainnya, 1 ruangan perawat, dan 11 ruangan/kamar rawat nginap. 11 ruangan rawat nginap tersebut memiliki kapasitas 18 bed. Kamar VIP 1-5 masing-masing 1 bed, kamar 5, 6 dan 7 masing masing terdiri dari 2 bed, kamar 9, 10 masing-masing terdiri dari 3 bed dan kamar 8 terdiri dari 1 bed. Tenaga perawat Ruang Perawatan Penyakit dalam I, II sebanyak 18 orang yang terdiri dari Diploma-III 15 orang, dan Strata 1 (S1) Ners 3 orang.

2. Studi Kasus

Studi kasus dilakukan pada Ny. M. P yang berumur 69 tahun di RSUD Ende Ruang Penyakit Dalam I.II.

a. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 15 Juni 2025, pukul 07:30 WITA di Ruang Penyakit Dalam I.II RSUD Ende.

1) Pengumpulan Data

Pasien berjenis kelamin perempuan, beragama Katolik, status sudah menikah, Pendidikan terakhir SD, Pekerjaan IRT, pasien tinggal di Wololele B RT 002/RW 001, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 8 Juni 2025, tanggal pengkajian 15 Juni 2025, dengan diagnosa medis DM Tipe 2. Penanggung jawab pasien Ny.A.M.Y, umur 32 tahun, Pekerjaan IRT, Alamat Wololele B RT 002/RW 001, Hubungan dengan pasien adalah anak kandung.

2) Status Kesehatan

a) Status Kesehatan Saat Ini

(1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan badannya lemah, pusing dan selama di rumah sakit aktivitasnya dibantu oleh keluarga.

(2) Riwayat Keluhan Utama

Pasien mengatakan pada hari minggu 15 juni 2025 jam 07.30 WITA pasien mengeluh badannya lemah, pusing dan selama di rumah sakit aktivitasnya dibantu oleh keluarga. Pasien mengatakan kerja dari jam 05.00 WITA sampai jam 14.00 WITA tiba-tiba merasa sakit kepala, pusing, lemah dan kesemutan namun pasien masih melakukan aktivitasnya sehari-hari sebagai seorang petani sampai jam 17.30 WITA. Pasien juga mengatakan sering makan dengan porsi yang banyak seperti 2 piring makan lebih dengan frekuensi makan

3 kali dalam sehari. Pasien juga memiliki kebiasaan makan dan minuman yang manis-manis seperti minum kopi dengan gula >3 sendok, teh manis, kue seperti donat, roti gula dan lain-lain. Pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan yang sangat drastis, pada tahun 2023 berat badan pasien 68 kg dan pada tahun 2025 berat badan pasien 43 kg.

(3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini.

Pada hari minggu 15 Juni 2025 pukul 08.00 WITA pasien dan keluarga mengatakan setiap hari selalu menyuntik insulin 10 unit tetapi tidak pernah mengecek kadar gula darahnya sendiri. Pada tanggal 7 Juni 2025, sebelum makan malam sekitar pukul 18.40 WITA pasien diberi suntik insulin 10 unit, 15 menit kemudian pasien makan malam dengan 2 porsi di habiskan. Tidak berselang lama pasien mengeluh kepada anaknya bahwa ia merasa pusing dan lemas kemudian anaknya menyuruh pasien untuk istirahat tetapi pasien tiba-tiba terjatuh. Keluarga bingung sehingga langsung membawah pasien ke puskesmas wolowaru pada pukul 22.00 WITA, sesampainya disana pasien sempat sadar dan perawat langsung mengecek kadar gula darah pasien dan hasilnya tidak terdeteksi dan mengharuskan pasien dirujuk ke Rumah Sakit Jopu pukul 00.00 WITA, sesampainya disana perawat mengecek TTV pasien dan kadar gula darah pasien.

Hasilnya kadar gula darah pasien hanya 41 mg/dl. Selama di Rumah Sakit Jopu pasien mendapat perawatan seadanya karena peralatan tidak memadai yang mengakibatkan pasien mulai tidak sadarkan diri pada pukul 04.00 WITA sehingga pada tanggal 8 juni 2025 pukul 05.00 WITA pasien di rujuk ke RSUD Ende. Sesampainya di RSUD Ende pasien langsung dilarikan ke ruangan ICU dikarenakan kesadaran menurun. Di ruangan ICU perawat kembali mengukur TTV dan kadar gula darah, hasilnya kadar gula darah pasien 134 mg/dl sehingga pasien tetap dirawat di ruangan ICU selama 6 hari. Setelah mendapatkan perawatan di ruangan ICU selama 6 hari pasien sudah sadarkan diri namun pasien hanya bisa mengangguk dan berbicara seadanya saat di tanya. Kemudian pada tanggal 13 juni 2025 pukul 13.00 WITA pasien di pindahkan ke ruangan RPD I,II untuk mendapatkan perawatan lanjutan.

(4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien mengatakan upaya yang dilakukan langsung di bawah ke puskesmas wolowaru dan di rujuk ke Rumah Sakit Jopu dan akhirnya di rujuk kembali ke RSUD Ende pada minggu 8 juni 2025 pukul 05.00 WITA.

b) Status Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan menderita penyakit Diabetes Melitus dan Hipertensi sejak tahun 2023. Penyakit tersebut membuat pasien sempat dirawat di Rumah Sakit Jopu dengan keluhan badan lemah, pusing, nyeri ulu hati dan sakit kepala.

2) Alergi

Pasien mengatakan tidak ada alergi terhadap makanan, minuman maupun obat-obatan.

3) Kebiasaan (Merokok/Alkohol/Kopi/dll)

Pasien mengatakan memiliki kebiasaan minum dan makan-makanan yang manis seperti minum kopi dengan gula >3 sendok, teh manis, kue seperti donat, roti gula dan lain-lain.

c) Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan ada keluarga yang menderita penyakit Diabetes Melitus dan Hipertensi yaitu ayah kandung dan adeknya pasien.

d) Diagnosa Medis dan Therapy yang Pernah Didapatkan Sebelumnya

Pasien mengatakan pernah dirawat di Rumah Sakit Jopu dengan diagnosa Diabetes Melitus dan Hipertensi. Pasien mengatakan saat dirawat di Rumah Sakit Jopu pasien mendapatkan penyuntikan insulin serta mendapatkan obat-obatan seperti obat

captropil, metformin hcl, dimenhidrinat, omeprazole dan juga pasien lupa obat sebagian yang didapat, namun pasien tidak mengetahui fungsi obat-obat yang diberikan sehingga pasien takut untuk mengonsumsi obat tersebut.

3) Pola Kebutuhan Dasar

a) Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Pasien dan keluarga mengatakan sehat itu penting dan disaat sakit kita harus berusaha sebaik mungkin agar kita bisa sembuh dan bisa melakukan aktivitas kita seperti biasanya. Pasien mengatakan disaat sakit pasien mencari pengobatan di Puskesmas Wolowaru dan Rumah Sakit Jopu. Pasien mengatakan pasien baru mengetahui bahwa pasien menderita Diabetes Melitus dan Hipertensi sejak tahun 2023. Pasien pernah dirawat di Rumah Sakit Jopu, saat dirawat pasien mendapatkan penyuntikan insulin dan setelah dirawat pasien mendapatkan obat tablet untuk dikonsumsi namun pasien tampak bingung dan pasien tidak mengetahui fungsi obat-obatan yang diberikan sehingga pasien takut untuk mengonsumsi obat tersebut dan Pasien juga mendapatkan obat insulin dari rumah sakit namun pasien tidak pernah memeriksa gula darahnya.

b) Pola Nutrisi dan Metabolik

- 1) Sebelum sakit : Pasien mengatakan makan 3 kali dalam sehari dengan 2 porsi banyak. Jenis makanan yang dikonsumsi yaitu nasi putih, ikan, sayur, tempe, tahu, telur. Pasien juga memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan dan minuman yang manis-manis seperti minum kopi dengan gula >3 sendok, teh manis, kue seperti donat, roti gula dan lain-lain. Pasien juga mengatakan tidak mengetahui makanan seperti apa yang harus dihindari. Pasien juga mengatakan sering haus dan banyak minum, minum dalam sehari >10 kali dengan ukuran gelas 400 ml. Pasien juga mengatakan mengalami penurunan berat badan yang sangat drastis.
- 2) Saat sakit : Pasien mengatakan sering merasa lapar tetapi hanya makan bubur saring yang didapatkan dari rumah sakit melalui NGT dan pasien juga sering haus dan minum air hanya 1 gelas berukuran 250 ml melalui selang NGT, perawat juga sering membasahi bibir pasien menggunakan air sesuai anjuran dokter dan pasien juga mengatakan mengalami penurunan berat badan, berat badan saat ini 43kg.

c) Pola Eliminasi

1) Sebelum Sakit : Pasien mengatakan sering buang air kecil lebih dari 7 kali dalam sehari pada malam hari dengan volume output < 500 ml sekali BAK dan berwarna keruh. Pasien BAB >2 kali sehari dengan konsistensi padat, warna kuning, bebrbau khas feses, serta tidak ada keluhan yang berhubungan dengan BAB.

2) Saat Sakit : Pasien terpasang kateter, volume urine output >2000 ml dan berwarna keruh. Pasien terpasang pempers BAB <1 kali sehari dengan konsistensi sedikit cair, warna kuning, berbau khas feses, dan tidak ada keluhan yang berhubungan dengan BAB.

d) Pola Aktivitas dan Latihan

1) Sebelum Sakit : Pasien beraktivitas seperti biasa sebagai seorang ibu rumah tangga (menyapu dan memasak) dan sebagai seorang petani (mencangkul, membajak, membersihkan pematang sawah, menanam, merawat hingga memanen padi) dan pasien juga kadang merasa lemah, sakit kepala, pusing dan kesemutan saat melakukan aktivitas secara mandiri tanpa bantuan dari orang lain.

2) Saat Sakit : Pasien tampak lemah dan berbaring di tempat tidur rumah sakit, makan dan minum dibantu orang lain melalui selang NGT, toileting melalui selang kateter, lap

badan, berpakaian, berpindah dibantu oleh anak kandung pasien.

e) Pola Kognitif dan Persepsi

Komunikasi pasien kurang baik dikarenakan pasien masih merasa masih kurang enak badan, pasien dan keluarga tidak terlalu paham mengenai penyakit yang diderita pasien dan bagaimana perawatan yang baik tentang penyakitnya.

f) Pola Istirahat dan Tidur

1) Sebelum sakit : pasien mengatakan tidur siang pukul 13.00

WITA bangun tidur pukul 15.00 WITA dan tidur malam pukul 10.00 WITA bangun pagi pukul 04.00 WITA. Pasien juga mengeluh sering beberapa kali terbangun karena buang air kecil.

2) Saat sakit : pasien mengatakan tidurnya aman hanya saja sedikit kurang nyaman karena terpasang NGT dan Kateter

g) Pola Peran-Hubungan

Pasien mengatakan pasien berperan sebagai ibu rumah tangga, sebagai kepala keluarga dan sebagai petani. Pasien tinggal di rumah bersama 2 orang.

h) Pola Seksual-Reproduksi

Pasien mengatakan di saat masih remaja pasien mengalami mensturasi pada umur 15 tahun dan sudah menagalami masa menopause pada usia 50-an tahun. Pasien mengatakan

mempunyai 4 orang anak. 2 orang laki-laki dan 2 orang perempuan. Pasien juga mengatakan tidak ada keluhan seperti keputihan dan masalah lain yang berhubungan dengan sakit Diabetes Melitus semenjak tahun 2023 hingga tahun 2025.

i) Pola Nilai-Kepercayaan

Pasien mengatakan bahwa sakit yang di alami merupakan pemeberian dari Tuhan dan tetap harus sabar serta kuat dalam menghadapi sakit yang diberi.

j) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pasien mampu mengenal identitasnya. Pasien adalah seorang ibu rumah tangga dan seorang petani. Pasien juga mengatakan jika dirinya sakit langsung ke fasilitas kesehatan terdekat seperti puskesmas wolowaru dan Rumah Sakit Jopu.

k) Pola Toleransi Stres-Koping

Pasien mengatakan mampu mengontrol amarah serta tidak berlarut-larut dalam amarahnya, karena pasien langsung mencari jalan keluar agar dapat menyelesaikan masalah tersebut.

4) Pemeriksaan Fisik

- a) Keadaan Umum : Pasien tampak lemah dan kebingungan serta bertanya-tanya tentang kondisinya, tingkat kesadaran: Composmentis, GCS: Eye: 4, Verbal: 5, motorik: 6, total: 15.

b) Tanda-tanda vital : TD : 150/90mmHg, Nadi : 80x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 21x/menit, SpO2 : 99%

c) Berat Badan : 43 kg, tinggi 155 cm, IMT : 17,91 (Berat badan kurang)

d) Keadaan Fisik

1) Kepala

Inspeksi : Kepala tampak bersih, rambut tampak bersih dan berminyak, tidak ada benjolan, tidak ada luka, tidak ada pembengkakan.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

2) Wajah :

Inspeksi : Bentuk wajah simetris dan tampak lemah

3) Mata

Inspeksi : Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, bentuk mata simetris

4) Telinga

Inspeksi : Pendengaran baik, tidak ada serumen, tidak ada perdarahan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

5) Hidung

Inspeksi : bentuk hidung simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada perdarahan dan terpasang selang NGT

6) Leher

Inspeksi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada benjolan

Palpasi : tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada nyeri tekan

7) Dada

Inspeksi : Tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi napas 21x/menit

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Auskultasi : bunyi napas vesikuler, tidak ada bunyi napas tambahan, bunyi jantung s1/s2

8) Abdomen

Inspeksi : tampak bersih, tidak ada benjolan, tidak ada luka

Auskultasi : bising usus 7x/m

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, turgor kulit <2detik

9) Ekstermitas

a) Ekstermitas atas :

Inspeksi : tidak ada edema, tidak ada luka, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm di tangan kiri.

Palpasi : Akral terasa hangat, tidak ada nyeri tekan, CRT : <3 detik.

b) Ekstermitas bawah

Inspeksi : tidak ada edema, tidak ada luka

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

$$\text{Kekuatan otot : } \frac{4}{4} \bigg| \frac{4}{4}$$

10) Genetalia

Inspeksi : terpasang kateter, volume urine output >2000 ml
dan berwarna keruh

5) Pemeriksaan Penunjang

a) Tabel darah lengkap (25 Mei 2025)

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
WBC	17.86+	[10 ³ /uL]	(3.60-11.00)
LYMPH#	0.95	[10 ³ /uL]	(1.00-3.70)
MONO#	0.49+	[10 ³ /uL]	(0.00-0.70)
EO#	0.02	[10 ³ /uL]	(0.00-0.40)
BASO#	0.04	[10 ³ /uL]	(0.00-0.10)
NEUT#	16.36+	[10 ³ /uL]	(1.50-7.00)
LYMPH%	5.3-	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	2.7	[%]	(2.0-8.0)
EO%	0.1-	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.2	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	91.7+	[%]	(50.0-70.0)
IG#	0.06	[10 ³ /uL]	(0.00-7.00)
IG%	0.3	[%]	(0.0-72.0)
RBC	5.18	[10 ⁶ /dL]	(3.80-5.20)
HGB	12.3*	[g/dL]	(11.7-15.5)
HCT	33.0-	[%]	(35.0-47.0)
MCV	63.7-	[fL]	(80.0-100.0)
MCH	23.7*	[pg]	(26.0-34.0)
MCHC	37,3*	[g/dL]	(32.0-36.0)
RDW-SD	38.9	[fL]	(37.0-54.0)
RDW-CV	18.2	[%]	(11.5-14.5)
PLT	354	[10 ³ /u/L]	(150-440)
MPV	10.5	[fL]	(9.0-13.0)
PCT	0.37+	[%]	(0.17-0.35)
PDW	12.9	[fL]	(9.0-17.0)
P-LCR	29.5	[%]	(13.0-43.0)

b) ELEKTROLIT (14-06-2025) (09:05;40)

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
NATRIUM	142.7	mmol/l	135-145
KALIUM	3.02	mmol/l	3,5-5,1
CHLORIDA	102.8	mmol/l	98-106
GULA DARAH			
GULA DARAH SEWAKTU	325	mg/dl	70-140
FAAL HATI			
SGOT/AST	31.9	u/l	0-35
SGPT/ALT	16.5	u/l	4-36
FAAL GINJAL			
UREUM	23,6	mg/dl	10-50
CREATININ	1,17	mg/dl	0,51-0,95
ALBUMIN(17-06-2025) (10:34)			
ALBUMIN	3,76	g/dl	3,4-4.8

7) Penatalaksanaan/Pengobatan

No.	Nama	Dosis	Indikasi	Kontraindikasi
1	KSR	3x600	Mengobati dan mencegah kekurangan kalium	Badan lemas,nyeri dada,batuk darah,muntah darah dan bab darah
2	Amlodipin	1x10 mg	Menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi	Flu, pusing,mual,nyeri perut, dan lemas
3	Sansulin Rapid	3x4u/cc	Menurunkan kadar gula darah tinggi dengan cara	Hipoglikemia (kadar gula darah terlalu

			meningkatkan produksi hormon insulin	rendah),ruam,bengkak dan kecemasan.
4	Nacl 0,9%	500cc	Mengembalikan keseimbangan elektrolit pada dehidrasi	Rasa haus,demam,takikardi,h ipertensi,sakit kepala, dan kelelahan
5	Diet Cair (BS)	6x200	Membantu memenuhi kebutuhan nutrisi	Rasa tidak nyaman,mual,muntah,di are,dan perut kembung

8) Tabulasi Data

Keadaan umum pasien tampak lemah dan kebingungan serta nampak bertanya-tanya tentang kondisinya. Pasien mengeluh badannya lemah, pusing dan selama di rumah sakit aktivitasnya dibantu oleh keluarga. Sebelum sakit Pasien mengatakan makan 3 kali dalam sehari dengan 2 porsi banyak. Pasien juga memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan dan minuman yang manis-manis seperti minum kopi dengan gula >3 sendok, teh manis, kue seperti donat, roti gula dan lain-lain. Pasien juga mengatakan tidak mengetahui makanan seperti apa yang harus dihindari. Pasien juga mengatakan sering haus dan banyak minum. Minum dalam sehari >10 kali dengan ukuran gelas 400 ml. Pasien juga mengatakan mengalami penurunan berat badan yang sangat drastis, pada tahun 2023 berat badan pasien 68 kg dan pada tahun 2025 berat badan pasien 43 kg. Saat sakit : Pasien mengatakan sering merasa lapar tetapi hanya makan bubur saring yang didapatkan dari rumah sakit melalui NGT dan pasien juga sering merasa haus dan minum air hanya 1 gelas berukuran 250 ml melalui selang NGT biasanya juga melalui mulut dengan ukuran 3

sendok makan sesuai anjuran dokter, pasien juga mengatakan mengalami penurunan berat badan, berat badan saat ini 43kg, IMT :17,91 (Berat badan kurang). Sebelum Sakit : Pasien mengatakan sering buang air kecil >7 kali dalam sehari pada malam hari dengan volume output < 500 ml sekali BAK dan berwarna keruh dan saat sakit Pasien terpasang kateter, volume urine output >2000 ml dan berwarna keruh. Sebelum Sakit : Pasien beraktivitas seperti biasa sebagai seorang ibu rumah tangga (menyapu dan memasak) dan sebagai seorang petani (mencangkul, membajak, membersihkan pematang sawah, menanam, merawat hingga memanen padi) dan pasien juga kadang merasa lemah, sakit kepala, pusing dan kesemutan saat melakukan aktivitas secara mandiri tanpa bantuan dari orang lain. Saat Sakit : Pasien tampak lemah dan berbaring di tempat tidur rumah sakit, makan dan minum dibantu orang lain, toileting melalui selang kateter, lap badan, berpakaian, berpindah dibantu oleh anak kandung pasien. Kekuatan otot ekstermitas atas kanan (4), ekstermitas atas kiri (4), ekstermitas bawah kanan (4), ekstermitas kanan bawah (4). Pasien mendapatkan obat tablet yang berhubungan dengan sakit DM untuk dikonsumsi namun pasien tidak mengetahui fungsi obat-obat yang diberikan sehingga pasien takut untuk mengonsumsi obat tersebut. Pasien juga mendapatkan obat insulin dari rumah sakit namun pasien tidak pernah memeriksa gula darahnya. Tanda-tanda vital : TD:150/90mmHg, Nadi :80x/menit, Suhu :36,5°C, RR:21x/menit, SpO2:99%. Terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm di tangan kiri. Hasil

lab:WBC:17,86+ [$10^3/uL$, Gula Darah Sewaktu (GDS) : 325 mg/dl,
Kalium : 3.02 mmol/l, Creatinin:1,17 mg/dl.

9) Klasifikasi Data

a) Data Subjektif

Pasien mengeluh badannya lemah, pusing dan selama di rumah sakit aktivitasnya dibantu oleh keluarga. Sebelum sakit Pasien mengatakan makan 3 kali dalam sehari dengan 2 porsi banyak. Pasien juga memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan dan minuman yang manis-manis seperti minum kopi dengan gula >3 sendok, teh manis, kue seperti donat, roti gula dan lain-lain. Pasien juga mengatakan tidak mengetahui makanan seperti apa yang harus dihindari. Pasien juga mengatakan sering haus dan banyak minum. Minum dalam sehari >10 kali dengan ukuran gelas 400 ml. Pasien juga mengatakan mengalami penurunan berat badan yang sangat drastis, pada tahun 2023 berat badan pasien 68 kg dan pada tahun 2025 berat badan pasien 43 kg. Saat sakit : Pasien mengatakan sering merasa lapar tetapi hanya makan bubur saring yang didapatkan dari rumah sakit melalui NGT dan pasien juga sering merasa haus dan minum air hanya 1 gelas berukuran 250 ml melalui selang NGT biasanya juga melalui mulut dengan ukuran 3 sendok makan sesuai anjuran dokter. Pasien juga mendapatkan obat tablet untuk dikonsumsi namun pasien tidak mengetahui fungsi obat-obat yang diberikan sehingga pasien takut untuk mengonsumsi obat tersebut.

Pasien juga mendapatkan obat insulin dari rumah sakit namun pasien tidak pernah memeriksa gula darahnya.

b) Data Objektif

Keadaan umum pasien tampak lemah dan kebingungan serta nampak bertanya-tanya tentang kondisinya IMT:17,91 (Berat badan kurang). Pasien terpasang selang NGT. Pasien terpasang kateter, volume urine output >2000 ml dan berwarna keruh. Pasien tampak lemah dan berbaring di tempat tidur rumah sakit, makan dan minum dibantu orang lain, toileting melalui selang kateter, lap badan, berpakaian, berpindah dibantu oleh anak kandung pasien. Kekuatan otot ekstermitas atas kanan (4), ekstermitas atas kiri (4), ekstermitas bawah kanan (4), ekstermitas kanan bawah (4). Tanda-tanda vital: TD : 150/90mmHg, Nadi:80x/menit, Suhu:36,5°C, RR:21x/menit, SpO2 :99%. Terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm di tangan kiri. Hasil lab : WBC: 17,86+ [$10^3/uL$], Gula Darah Sewaktu (GDS): 325 mg/dl, Kalium : 3.02 mmol/l, Creatinin : 1,17 mg/dl.

10) Analisa Data

No	Sign/Symptom	Etiologi	Problem
1.	DS: Pasien mengeluh badan lemah dan pusing. Sebelum sakit Pasien mengatakan makan 3 kali dalam sehari dengan 2 porsi banyak. Pasien juga memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan dan minuman yang manis-manis seperti minum kopi dengan gula>3 sendok,teh manis,kue seperti donat,roti gula dan lain-lain. Pasien juga	Resistensi Insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

mengatakan sebelum sakit sering haus dan banyak minum. Minum dalam sehari >10 kali dengan ukuran gelas 400ml.

DO: Keadaan umum pasien tampak lemah dan pusing. Pasien terpasang kateter, volume urine output >2000 ml dan berwarna keruh. Hasil lab: Gula Darah Sewaktu (GDS): 325mg/dl, Kalium: 3.02mmol/l, Creatinin: 1,17 mg/dl.

-
- | | | | |
|----|--|-------------------------------------|-----------------|
| 2. | DS:. Saat sakit : Pasien mengatakan sering merasa lapar tetapi hanya makan bubur saring yang didapatkan dari rumah sakit melalui NGT dan pasien juga sering merasa haus dan minum air hanya 1 gelas berukuran 250 ml melalui selang NGT biasanya juga melalui mulut dengan ukuran 3 sendok makan sesuai anjuran dokter. Pasien juga mengatakan mengalami penurunan berat badan yang sangat drastis, pada tahun 2023 berat badan pasien 68 kg. | ketidakmampuan Mengabsorbsi Nutrisi | Defisit Nutrisi |
|----|--|-------------------------------------|-----------------|

DO: pada tahun 2025 berat badan pasien 43 kg. IMT : 17,91 (Berat badan kurang)

-
- | | | | |
|----|---|-----------|-----------------------|
| 3. | DS: Pasien mengeluh badannya lemah, pusing dan selama di rumah sakit aktivitasnya dibantu oleh keluarga. | Kelemahan | Intoleransi aktivitas |
|----|---|-----------|-----------------------|

DO: Keadaan umum Pasien tampak lemah dan berbaring di tempat tidur rumah sakit, makan dan minum dibantu orang lain, toileting melalui selang kateter, lap badan, berpakaian, berpindah dibantu oleh anak kandung pasien. Kekuatan otot ekstermitas atas kanan (4), ekstermitas atas kiri (4), ekstermitas bawah kanan (4), ekstermitas bawah kiri (4). Terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm di tangan kiri.
Hasil lab : WBC: 17,86+ [$10^3/uL$], Gula Darah Sewaktu (GDS): 325 mg/dl, Kalium : 3.02 mmol/l, Creatinin : 1,17 mg/dl.

4.	DS: Pasien mendapatkan obat tablet untuk dikonsumsi namun pasien tidak mengetahui fungsi obat-obatan yang diberikan sehingga pasien takut untuk mengonsumsi obat tersebut. Pasien juga mendapatkan obat insulin dari rumah sakit namun pasien tidak pernah memeriksa gula darahnya. Pasien tidak mengetahui makanan seperti apa yang harus dihindari. DO: Pasien tampak kebingungan dan nampak bertanya-tanya tentang kondisinya.	Kurang Terpapar Informasi	Defisit Pengetahuan
----	--	---------------------------	---------------------

b. Diagnosa Keperawatan

- 1) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan :

DS: Pasien mengeluh badan lemah dan pusing. Sebelum sakit Pasien mengatakan makan 3 kali dalam sehari dengan 2 porsi banyak. Pasien juga memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan dan minuman yang manis-manis seperti minum kopi dengan gula >3 sendok, teh manis, kue seperti donat, roti gula dan lain-lain. Pasien juga mengatakan sebelum sakit sering haus dan banyak minum. Minum dalam sehari >10 kali dengan ukuran gelas 400 ml.

DO: Keadaan umum pasien tampak lemah dan pusing. Pasien terpasang kateter, volume urine output >2000 ml dan berwarna keruh. Hasil lab: Gula Darah Sewaktu (GDS): 325 mg/dl, Kalium: 3.02 mmol/l, Creatinin: 1,17 mg/dl.

2) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi ditandai dengan:

DS: Saat sakit : Pasien mengatakan sering merasa lapar tetapi hanya makan bubur saring yang didapatkan dari rumah sakit melalui NGT dan pasien juga sering merasa haus dan minum air hanya 1 gelas berukuran 250 ml melalui selang NGT biasanya juga melalui mulut dengan ukuran 3 sendok makan sesuai anjuran dokter. Pasien juga mengatakan mengalami penurunan berat badan yang sangat drastis, pada tahun 2023 berat badan pasien 68 kg

DO: pada tahun 2025 berat badan pasien 43 kg. IMT : 17,91 (Berat badan kurang)

3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan: **DS:** Pasien mengeluh badannya lemah, pusing dan selama di rumah sakit aktivitasnya dibantu oleh keluarga.

DO: Keadaan umum Pasien tampak lemah dan berbaring di tempat tidur rumah sakit, makan dan minum dibantu orang lain, toileting melalui selang kateter, lap badan, berpakaian, berpindah dibantu oleh anak kandung pasien. Kekuatan otot ekstermitas atas kanan (4), ekstermitas atas kiri (4), ekstermitas bawah kanan (4), ekstermitas bawah kiri (4). Terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm di tangan kiri. Hasil lab :

WBC: 17,86+ [10^3 /uL, Gula Darah Sewaktu (GDS): 325 mg/dl, Kalium : 3.02 mmol/l, Creatinin : 1,17 mg/dl.

- 4) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan:

DS: Pasien mendapatkan obat tablet untuk dikonsumsi namun pasien tidak mengetahui fungsi obat-obatan yang diberikan sehingga pasien takut untuk mengonsumsi obat tersebut. Pasien juga menggunakan alat suntik insulin setiap hari karena kata pasien dan keluarga untuk bisa menurunkan kadar gula darah yang tinggi harus suntik terus setiap hari sebelum makan akan tetapi pasien dan keluarga mengatakan tidak pernah mengecek kadar gula darahnya sehingga kadar gula darah rendah mengakibatkan pasien tidak sadarkan diri. Pasien tidak mengetahui makanan seperti apa yang harus dihindari.

DO: Pasien tampak kebingungan dan nampak bertanya-tanya tentang kondisinya.

c. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditegakan pada kasus Ny.M.P maka prioritas masalah pada kasus Ny.M.P adalah:

- 1) Ketidakstabilan Kadar Glukosa
- 2) Defisit Nutrisi
- 3) Intoleransi Aktivitas
- 4) Defisit Pengetahuan

Intervensi Keperawatan

- a) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah dapat teratasi dengan kriteria hasil pusing menurun, lelah menurun, rasa lapar menurun, rasa haus menurun, kadar glukosa dalam darah dalam rentang normal (GDS: < 200 mg/dl), kadar glukosa dalam urine membaik (5).

Intervensi Utama: Manajemen Hiperglikemia

Observasi

- 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia

Rasionalnya: membantu mengoptimalkan pengobatan, mencegah terjadinya komplikasi dan meningkatkan pengelolaan gula darah.

- 2) Monitor kadar glukosa darah

Rasionalnya: menganalisa hasil kadar glukosa darah yang lebih akurat.

- 3) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polifagia, poliuria, polidipsia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)

Rasionalnya: membantu mendeteksi hiperglikemia sejak dini, pengelolaan gula darah yang efektif serta memastikan pengobatan yang lebih akurat.

Terapeutik

1) Berikan asupan cairan oral

Rasionalnya: membantu menghindari dehidrasi, menghindari ketoasidosis diabetikum dan mengatur keseimbangan cairan.

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

Rasionalnya: membantu mengatur strategi pengelolaan gula darah yang optimal serta mengoptimalkan penggunaan obat-obatan dan insulin.

Edukasi

1) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri

Rasionalnya: membantu pasien agar mengetahui fluktuasi gula darah untuk pengelolaan yang lebih tepat serta meningkatkan kemandirian pasien dalam mengelola kesehatan.

2) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga

Rasionalnya: membantu mengendalikan kadar gula darah, mencegah terjadinya komplikasi dan membantu mempertahankan berat badan yang normal.

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

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian insulin

Rasionalnya: insulin merupakan hormon yang seharusnya diproduksi oleh organ pankreas dengan pemberian insulin fungsi hormon insulin dapat digantikan serta membantu membantu mengontrol kadar glukosa dalam darah yang tidak terkendali.

2) Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu

Rasionalnya: membantu menghindari dehidrasi, menghindari ketoasidosis diabetikum dan mengatur keseimbangan cairan.

- b) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi

Tujuan: setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah defisit nutrisi dapat teratasi dengan kriteria hasil porsi makanan yang dihabiskan meningkat, asupan nutrisi yang tepat meningkat, makanan/atau minuman yang sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat.

Intervensi Utama: Manajemen Nutrisi

Observasi

1) Identifikasi status nutrisi

Rasionalnya: membantu menjaga dan meningkatkan status nutrisi agar mencapai status gizi yang normal

2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

Rasionalnya: alergi merupakan reaksi sistem imun yang tidak normal saat melawan zat asing yang pada dasarnya tidak berbahaya.

3) Monitor asupan makanan

Rasionalnya: membantu menjaga berat badan serta menjaga agar kadar gula darah tetap dalam rentan normal

4) Monitor berat badan

Rasionalnya: mengkaji pemasukan makanan yang adekuat (termasuk absorpsi dan utilitasnya).

Terapeutik

1) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)

Rasionalnya: membantu memperbaiki kebiasaan makan agar mendapatkan kontrol metabolik yang baik.

2) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Rasionalnya: membantu menjaga asupan kalori yang cukup serta untuk meningkatkan respons gula darah.

Edukasi

1) Ajarkan diet yang diprogramkan

Rasionalnya: meningkatkan pengetahuan pasien tentang program diet yang penting agar terciptanya perilaku pola makan yang lebih sehat dan sesuai.

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan

Rasionalnya: membantu memastikan pemberian obat yang tepat dalam pengelolaan diabetes melitus.

2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah gizi dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

Rasionalnya: membantu memenuhi kebutuhan gizi pasien, meningkatkan kualitas perawatan, mencegah terjadinya komplikasi serta mengoptimalkan pengelolaan diabetes melitus.

c) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah keperawatan intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil, tenaga meningkat, kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat, keluhan lemah menurun.

Intervensi utama: Manajemen Energi

Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

Rasionalnya: membantu mengembangkan rencana pengobatan yang efektif.

- 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional

Rasionalnya: membantu mendiagnosis penyebab kelelahan serta mengembangkan rencana pengobatan yang efektif

- 3) Monitor pola dan jam tidur

Rasionalnya: membantu mengetahui ketidakcukupan kualitas tidur akibat kelelahan

Terapeutik

- 1) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Rasionalnya: meningkatkan kekuatan otot serta meningkatkan toleransi pasien terhadap aktivitas.

Edukasi

- 1) Ajurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasionalnya: meningkatkan kekuatan otot serta meningkatkan toleransi pasien terhadap aktivitas.

Kolaborasi

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

Rasionalnya: nutrisi yang adekuat dapat meningkatkan status nutrisi, mengurangi mal nutrisi serta memulihkan dan meningkatkan kembali energi akibat kelelahan.

- d) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan: setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah keperawatan defisit pengetahuan dapat teratasi dengan kriteria hasil perilaku sesuai anjuran meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan sesuai dengan topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, pertanyaan mengenai masalah yang dihadapi meningkat, menjalani pemeriksaan yang tidak tepat.

Intervensi utama: Edukasi Proses Penyakit

Obesrvasi

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Rasionalnya: keiapan yang baik dapat membantu penerimaan materi dengan baik

Terapeutik

- 1) Sediakan materi dan media pendidikan

Rasionalnya: materi merupakan informasi yang akan disampaikan dan media merupakan alat bantu agar pesan dapat tersampaikan dengan baik.

2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

Rasionalnya: agar pasien dapat menyiapkan diri dengan baik

Rasionalnya: meningkatkan daya tarik mengenai informasi yang disampaikan.

3) Berikan kesempatan untuk bertanya

Rasionalnya: meningkatkan daya tarik mengenai informasi yang disampaikan.

Edukasi

1) Jelaskan pengertian dari Diabetes Melitus

Rasionalnya: menambah pengetahuan pasien mengenai apa itu diabetes melitus.

2) Jelaskan penyebab dan faktor risiko Diabetes Melitus

Rasionalnya: menambah pengetahuan pasien mengenai penyebab dan faktor risiko dari diabetes melitus agar pasien dapat mengontrol kadar gula darah sesuai dengan faktor risiko tersebut.

3) Jelaskan proses munculnya Diabetes Melitus

Rasionalnya: menambah pengetahuan klien mengenai perjalanan penyakit diabetes melitus

4) Jelaskan tanda dan gejala dari Diabetes Melitus

Rasionalnya: menambah pengetahuan pasien mengenai tanda dan gejala diabetes melitus.

5) Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi Diabetes Melitus

Rasionalnya: Menambah pengetahuan pasien mengenai masalah-masalah yang mungkin akan muncul jika pasien tidak mengontrol gula darah dengan baik.

6) Jelaskan cara pengelolaan Diabetes Melitus

Rasionalnya: menambah pengetahuan mengenai perawatan diabetes melitus agar tidak terjadinya peningkatan gula darah yang dapat memunculkan komplikasi

7) Informasikan kondisi pasien saat ini

Rasionalnya: agar pasien paham mengenai konsistensinya saat ini dan perubahan dari perawatan ke arah yang lebih baik.

d. Implementasi Keperawatan

1) Hari Pertama, Minggu 15 Juni 2025

a) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Jam 07.30 WITA, mengukur tanda-tanda vital : TD :150/90mmHg, Nadi :80x/menit, Suhu :36,5°C, RR :21x/menit, SpO2 :99%.
Jam : 08.00 mengkaji penyebab hiperglikemia. Hasil: Pasien mengatakan memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan dan minuman yang manis-manis seperti

minum kopi dengan gula >3 sendok, teh manis, kue seperti donat, roti gula dan lain-lain. Jam: 08.05 mengkaji tanda-tanda hiperglikemia. Hasil: Pasien tampak lemah, adanya poliuria. Pasien terpasang kateter, volume urine output >2000 ml dan berwarna keruh. Adanya polidipsi dan polifagia karena pasien juga sering merasa haus dan minum air hanya 1 gelas berukuran 250 ml melalui selang NGT biasanya juga melalui mulut dengan ukuran 3 sendok makan dan pasien merasa lapar tetapi terpasang NGT dan makan minum sesuai anjuran dari dokter. Jam 08.30 : melakukan pengukuran GDS. Hasil: 333 mg/dl. Jam 09.00 melakukan konsultasi dengan dokter mengenai hasil GDS. Hasil: dokter mengatakan terapi lanjut dengan mengontrol gula darahnya terus dan dokter mengizinkan pasien minum sedikit-sedikit melalui mulut tapi jangan keseringan mengikuti kemauan pasien cukup sekali saja memberikan minum melalui mulut. Jam 09.30 mengajurkan pasien memanggil perawat jika ingin makan siang agar akan dilakukan penyuntikan insulin. Jam 10.45 melakukan penyuntikan insulin Sansulin Rapid 8 unit/cc serta menganjurkan keluarga pasien untuk mengencerkan bubur saring terlebih dahulu menggunakan air hangat agar nanti pasien dapat makan

dengan baik tanpa tersumbat melalui selang NGT, dan diberi tahu kepada pasien 15 menit setelah penyuntikan insulin pasien nanti di berikan makan melalui NGT sesuai program diet. Hasil pasien dan keluarga tampak paham. Dan jam 12.00 perawat memberi makan pasien melalui selang NGT. Jam 12. 30 memantau tetesan infus. Hasil infus Nacl 20 tpm dan tidak ada udara serta lancar.

- b) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbi nutrient. Jam 10.10 mengkaji alergi terhadap makanan. Hasil: Pasien tidak ada alergi terhadap makanan. Jam 12.05 mengkaji intoleransi terhadap makanan. Hasil: pasien hanya makan bubur saring 200cc yang sudah diencerkan dengan air hangat dengan ukuran cup mangkok 500 ml melalui selang NGT dan minum air hanya 1 gelas berukuran 250 ml melalui selang NGT biasanya juga melalui mulut dengan ukuran 3 sendok makan, serta memberikan pasien minum obat KSR 3x600. Jam 13.10 menimbang berat badan pasien. Hasil: 43kg. Jam 13.15 mengukur tinggi badan pasien. Hasil: 155 cm. Jam 13.20 menghitung IMT pasien. Hasil: IMT :17,91 (Berat badan kurang)Jam 13.30 mengkaji status nutrisi pasien. Hasil: pasien

mengatakan mengalami penurunan berat badan yang sangat drastis, BB dulu 68 kg. Jam 13.40 menganjurkan pasien nanti makan makanan TKTP disaat pasien sudah bisa makan sendiri tanpa menggunakan selang NGT serta menganjurkan pasien melakukan prinsip diet DM yaitu prinsip 3J (jumlah, jenis, jadwal) yaitu jika pasien bosan makan nasi putih bisa mengganti dengan nasi beras merah, jagung, kentang serta perbanyak konsumsi sayuran dan protein (ikan, tempe, tahu, telur) serta buah-buahan rendah gula seperti (apel harus 1 buah besar, jambu air 2 buah, pisang 1 buah sedang, pepaya 1 potong besar). Dengan jumlah $\frac{1}{2}$ piring berisi sayuran hijau segar (bayam, merungge, kangkung, daun ubi, dan ubi jalar ungu, ubi jalar kuning dan sayuran seperti ini bisa dikukus, dipanggang atau direbus sebentar untuk menjaga kandungan gizinya), $\frac{1}{4}$ piring berisi protein, $\frac{1}{4}$ piring berisi karbohidrat. Setiap hari harus diupayakan makan pada jam yang sama dengan jumlah yang sama serta komposisi karbohidrat, protein, dan lemak dalam porsi yang sama juga. Harus konsistensi seperti ini karena sangat membantu pasien dalam kontrol diabetes. Misalnya setiap pagi pukul 7 sarapan pagi, 6 jam kemudian makan siang, dan 6 jam kemudian makan

malam. Jadwal ini perlu dipertahankan secara konsisten setiap hari. Lalu, ada tambahan makanan snack di antara sarapan pagi dan makan siang, serta di antara makan siang dan makan malam. Jika pasien minum obat atau suntik insulin, jadwal minum obat atau suntik juga harus konsisten seiring dengan jadwal makan seperti misalnya jadwal makan 06.00-07.00 makan pagi, 09.00-10.00 makan selingan (kacang-kacangan, telur rebus, dan buah-buahan yang rendah gula), 12.00-13.00 makan siang, 15.00-14.00 makan selingan, 18.00-19.00 makan malam. Hasil : pasien mengatakan paham dengan penjelasan yang diberikan dan dapat melakukan setelah pulang dari rumah sakit.

c) Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Jam 08.45 mengkaji kelelahan fisik. Hasil: Pasien tampak lemah dan terbaring di tempat tidur serta makan, minum (melalui NGT), ngelap badan, tolileting (terpasang kateter), berpakaian, berpindah dibantu oleh anak kandung pasien. Jam 09.20 membantu pasien agar duduk di sisi tempat tidur menggunakan sandaran bantal Hasil: pasien tampak duduk di sisi tempat tidur dengan sandaran di bantal. Jam 09.50 menganjurkan pasien agar jangan tidur terus menerus di tempat tidur harus banyak

gerak atau miring kanan dan miring kiri dilakukan selama 2 jam sesuai kenyamanan pasien. Jam 10.20 menganjurkan pasien agar melakukan aktivitas bertahap sesuai kenyamanan pasien yaitu duduk di sisi tempat tidur. Hasil: pasien masih tamak lemah. Jam 10.30 menganjurkan keluarga agar mendampingi pasien dalam melakukan aktivitas (duduk, berpidah posisi tidur atau mika-miki). Hasil : keluarga mengatakan paham.

- d) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Jam 11.00 mengkaji kesiapan pasien menerima informasi. Hasil: pasien tampak siap. Jam 11.05 menanyakan persetujuan pasien apakah bersedia atau tidak. Hasil pasien bersedia. Jam 11.06 menyiapkan materi dan media pendidikan. Hasil: mediana adalah leaflet. Jam 11.10 menjelaskan pengertian diabetes melitus, menjelaskan penyebab dan faktor risiko dari diabetes melitus, menjelaskan proses terjadinya penyakit diabetes melitus, menjelaskan tanda dan gejala diabetes melitus. Menjelaskan komplikasi dari diabetes melitus, menjelaskan penanganan mengenai diabetes melitus, menjelaskan mengenai pengaturan diet DM dengan prinsip 3J (jumlah, jenis, jadwal). Jam 11.20 menganjurkan pasien untuk rutin

melakukan olahraga dalam sehari (jalan santai, senam, atau bersepeda atau melakukan aktivitas yang ringan atau sedang) 15-30 menit dalam sehari dan dalam seminggu bisa melakukan 3-5 kali olahraga. Jam 11.25 menganjurkan pasien memantau gula darah secara mandiri saat pulang dari rumah sakit.

Hasil: pasien sudah mempunyai alat glikometer namun pasien jarang menggunakan. Jam 13.55 memotivasi pasien agar menggunakan lagi alat glikometer tersebut serta menjelaskan mengenai takaran atau unit insulin yang harus disuntikan.

2) Hari Kedua, Senin 16 Juni 2025

- a) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Jam 07.30 WITA, mengukur tanda-tanda vital : TD :150/100mmHg, Nadi :70x/menit, Suhu :36,5°C, RR:20x/menit, SpO2 :98%. Jam : 08.00 mengkaji tanda-tanda hiperglikemia. Hasil: Pasien tampak sedikit bersemangat, adanya poliuria pasien terpasang kateter, volume urine >700 ml dan berwarna keruh. Adanya polidipsi karena pasien juga sering merasa haus dan memberi minum hanya ukuran 3 sendok makan. dan adanya polifagia karena pasien merasa lapar tetapi terpasang NGT dan makan sesuai

anjuan dari dokter. Jam 08.30 meminta keluarga agar memanggil perawat jika pasien ingin makan agar akan dilakukan pengukuran GDS dan penyuntikan insulin. Jam 09.00 melakukan pengukuran GDS. Hasil:438 mg/dl. Jam 09.05 melakukan konsultasi dengan dokter mengenai hasil GDS. Hasil: dokter mengatakan jangan dulu diberimakan tetapi diguyur dulu Nacl 500cc untuk mencegah agar tidak terjadi penurunan kesadaran, setelah itu di cek kembali GDS pasien dan jika hasilnya menurun,sore atau besok begitu lepas saja NGT karena mau melatih pasien makan melalui mulut karena pasien sudah dengan kesadaran penuh.dan menganjurkan untuk mengklem katater (bladder training) selama 2 jam agar melatih kandung kemih pasien Jam 11.45 melakukan penyuntikan insulin Sansulin Rapid 8 unit/cc serta menganjurkan keluarga pasien untuk mengencerkan bubur saring terlebih dahulu menggunakan air hangat agar nanti pasien dapat makan dengan baik tanpa tersumbat melalui selang NGT serta memberikan pasien minum obat KSR 3x600 setelah makan, dan diberi tahukan kepada pasien 15 menit setelah penyuntikan insulin pasien nanti di berikan makan melalui NGT sesuai program diet bubur saring 200cc. Hasil pasien dan

keluarga tampak paham. Jam 11.50 melakukan pengukuran GDS ulang, Hasil: 355mg/dl. Dan jam 12.00 perawat memberi makan pasien melalui selang NGT. Jam 12.30 memantau tetesan infus. Hasil infus NaCl 20 tpm dan tidak ada udara serta lancar.

b) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi. Jam 08.30 mengkaji intoleransi terhadap makanan. Hasil: pasien makan bubur saring 200cc/NGT Jam 08.45 memonitor asupan makanan. Hasil: tampak dihabiskan. Jam : 08.50 memberikan pasien minum obat yang sudah diencerkan yaitu obat KSR 3x600 setelah makan. Jam 10.10 menganjurkan dan memotivasi pasien agar tetap menerapkan prinsip diet DM 3J jika nanti sudah melepaskan selang NGT. Hasil: pasien mengatakan paham.

c) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Jam 07.30 mengkaji keadaan umum pasien. Hasil: pasien tampak sedikit bersemangat. 07.40 membantu pasien duduk di sisi tepat tidur dengan sandaran bantal di belakang punggung pasien Hasil: pasien tampak duduk di sisi tempat tidur dengan sandaran bantal di belakang punggung dan merasa nyaman. Jam 08.40 memotivasi pasien agar mengonsumsi makanan tinggi

kalori tinggi protein (nasi merah, ikan, telur, tempe, tahu, sayur buah) sesuai porsi agar meningkatkan energi disaat sudah lepas selang NGT atau pulang ke rumah. Hasil: pasien tampak paham.

- d) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Jam 13.00 menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya mengontrol kadar gula darah dengan patuh diet dan rutin melakukan olahraga. Jam 13.10 menjelaskan nilai normal kadar gula darah yaitu GDS: <200 mg/dl, GDP dan GD2JPP <126 mg/dl. Jam 13.15 menjelaskan mengenai komplikasi dari DM. Jam 13.20 menjelaskan mengenai prinsip diet DM yaitu 3J (jumlah, jenis, jadwal). Jam 13.25 memotivasi pasien agar berolahraga ringan seperti jalan santai minimal 15-30 menit dalam sehari dan selama seminggu bisa mengulang 3-5 kali. Hasil: pasien mengatakan setelah sembuh dan keluar dari rumah sakit akan mulai melakukan aktivitas ringan dalam seminggu bisa mengulang kembali 3-5 kali. Jam 13.30 menganjurkan dan memotivasi pasien agar memantau gula darah secara mandiri di rumah. Hasil: pasien mengatakan akan menggunakan lagi alat glikometer yang sudah dibeli dengan baik sesuai arahan yang berikan dokter. Jam 13.35 mengajarkan pasien dan

keluarga cara penyuntikan insulin. Ada 3 lokasi untuk penyuntikan insulin pada lengan, perut dan paha bagian samping luar serta unit yang diperlukan tergantung sesuai arahan dokter.

Hasil pasien dan keluarga mengatakan paham dan tidak mengulanginya lagi, karena takut terjadi seperti kemarin (penurunan kesadaran) Jam 13.40 menganjurkan dan memotivasi pasien agar rutin melakukan pemeriksaan kesehatan di fasilitas kesehatan terdekat seperti pemeriksaan gula darah.

e. Evaluasi

1) Hari Minggu 15 Juni 2025

- a) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.

Jam: 14.00.

Data Subjektif: pasien mengatakan badan masih lemah dan pusing. Adanya polidipsi karena pasien juga sering merasa haus dan minum air hanya 1 gelas berukuran 250 ml melalui selang NGT biasanya juga melalui mulut dengan ukuran 3 sendok makan. dan adanya polifagia, karena pasien merasa lapar tetapi makan harus sesuai anjuran dari dokter

Data Objektif: pasien masih tampak lemah, adanya poliuria pasien terpasang kateter, volume urine >2000 ml dan berwarna keruh GDS: 333 mg/dl. TTV: TD :140/80mmHg, Nadi :64x/menit, Suhu :36,5°C, RR :20x/menit, SpO2 :96%:

A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

- b) Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi.

Jam: 14.00

Data Subjektif: pasien mengatakan merasa lapar tetapi makan harus sesuai anjuran dari dokter dan pasien mengatakan mengalami penurunan BB yang drastis, BB pada tahun 2023 68 kg.

Data Objektif: pasien tampak terpasang selang NGT, BB sekarang: 43 kg, TB: 155 cm, IMT :17,91 (Berat badan kurang)

A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

- c) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Jam: 14.00.

Data Subjektif: pasien mengatakan badannya lemah,pusing dan selama di rumah sakit aktivitasnya dibantu oleh keluarga.

Data Objektif: pasien tampak lemah, makan, minum melalui selang NGT, toileting melalui kateter, ngelap badan, berpakaian dan berpindah masih dibantu oleh keluarga.

A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan

- d) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Jam: 14.00.

Data Subjektif: pasien mengatakan paham akan materi yang disampaikan dan dapat menerapkan setelah pulang dari rumah sakit.

Data Objektif: pasien mampu menyebutkan apa itu DM, Penyebab DM, tanda dan gejala DM, Komplikasi dari DM, dan Prinsip diet DM yaitu Prinsip 3J.

A: Masalah Defisit Pengetahuan sebagian teratasi.

P: intervensi dilanjutkan.

2) Hari Kedua Senin 16 Juni 2025

- a) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.

Jam: 14.00.

Data Subjektif: pasien mengatakan sudah mendingan tidak seperti hari kemarin.

Data Objektif: pasien tampak sedikit bersemangat, lemah sedikit berkurang, terpasang selang kateter dengan memberikan klem pada selang dan direncanakan akan melepaskan kateter, GDS: 355mg/dl. TTV: TD :140/80mmHg, Nadi :64x/menit, Suhu :36,5°C, RR :20x/menit, SpO2 :96%

A: masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi.

P: intervensi dilanjutkan.

b) Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi Nutrien.

Jam: 14.00.

Data Subjektif: pasien mengatakan ingin makan dengan baik tanpa menggunakan selang NGT

Data Objektif: pasien tampak terpasang selang NGT, makan dihabiskan, pasien direncanakan akan melepaskan NGT.

A: masalah Defisit Nutrisi sebagian teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

c) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Jam: 14.00.

Data Subjektif: pasien mengatakan lemah berkurang dan sudah sebagian bisa melakukan aktivitas sendiri seperti duduk disisi tempat tidur.

Data Objektif: pasien tampak sedikit bersemangat, tidak seperti hari kemarin, tampak duduk disisi tempat tidur, makan minum melalui selang NGT, ngelap badan dibantu sebagian, berpakaian dibantu sebagian, toileting melalui selang kateter.

A: masalah Intoleransi Aktivitas sebagian teratasi.

P: intervensi dilanjutkan.

d) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Jam: 14.00.

Data Subjektif: pasien mengatakan jika sudah pulang dari rumah sakit akan mengikuti arahan yang telah diberikan oleh perawat seperti diet DM yaitu prinsip 3J, pasien mengatakan akan melakukan aktivitas yang ringan (jalan santai dan senam) minimal 15-30 menit dalam sehari atau seminggu bisa 3-5 kali dan mengurangi kerja yang berat-berat seperti kerja di kebun, pasien juga mengatakan akan menggunakan lagi alat

glikometer untuk memantau gula darah secara mandiri serta selalu mengecek kesehatan difasilitas kesehatan terdekat.

Data Objektif: pasien mampu menyebutkan nilai normal dari kadar GDS yaitu < 200 mg/dl dan mampu mengikuti arahan yang diberikan

A: masalah Defisit Pengetahuan teratasi.

P: Intervensi diterapkan.

f. Catatan Perkembangan

1) Diagnosa 1

Jam: 07.00.

S: pasien mengatakan badan tidak lemah lagi, keluhan sering makan berkurang, keluhan sering haus berkurang, keluhan BAK berkurang

O: pasien tampak sangat bersemangat dan tidak lemah lagi, GDS: 192 mg/dl.

A: masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi.

P: intervensi dipertahankan.

I: Jam 07.30 mengkaji keadaan umum pasien, Jam 07.40 .mengkaji tanda-tanda hiperglikemia, Jam 07.45 memotivasi pasien agar menghindari makanan dan minuman yang mengandung manis tinggi tinggi seperti teh

manis,kopi manis,roti,biskuit, makanan tinggi garam seperti ikan asin,masak sayur dengan banyak garam, makanan berlemak seperti gorengan, makanan yang berlemak atau berminyak lainnya. Jam 07.50 memotivasi pasien agar tetap menerapkan prinsip 3J pada diet DM, Jam 11.40 melakukan pengukuran GDS,Jam 11.45 melakukan penyuntikan insulin Sansulin Rapid 8 unit/cc. Jam 14.00.

E: pasien tampak sangat bersemangat, lemah berkurang, keluhan sering haus berkurang, keluhan BAK berkurang, GDS: 127 mg/dl, masalah teratasi, intervensi diterapkan.

2) Diagnosa 2

Jam: 07.00.

S: pasien mengatakan menghabiskan 1 porsi makan yaitu bubur, telur, tahu, sayur dan buah pisang.

O: pasien tampak bersemangat, BB: 43 kg, TB: 155 cm, IMT :17,91 (Berat badan kurang)

A: masalah defisit nutrisi sebagian teratasi.

P: Intervensi diterapkan.

I: Jam 08.00 mengkaji intoleransi terhadap makanan. Jam 08.05 memotivasi pasien makan makanan TKTP. Jam 08.10 memotivasi pasien agar menerapkan prinsip diet DM yaitu prinsip 3J. Jam 11.00 memberikan obat KSR 3x600.

E: pasien tampak bersemangat, mengatakan menghabiskan 1 porsi makan yaitu bubur, telur, tahu, sayur dan buah pisang, BB: 43 kg, TB: 155 cm, IMT :17,91 (Berat badan kurang), masalah defisit nutrisi teratasi, intervensi diterapkan.

3) Diagnosa 3

Jam: 07.00.

S: pasien mengatakan sudah tidak lemah lagi dan ingin pulang.

O: pasien tampak sangat bersemangat, tidak lemah lagi, makan, minum, mandi, berpakaian, dilakukan secara mandiri dan sebagian seperti toileting dan berpindah dibantu oleh keluarga pasien.

A: masalah Intoleransi Aktivitas sebagian teratasi.

P: intervensi dipertahankan.

I: Jam 08.00 mengkaji keadaan umum pasien, Jam 08.05 memotivasi pasien agar melakukan aktivitas bertahap. Jam 08.10 memotivasi pasien makan makanan yang TKTP seperti perbanyak konsumsi sayuran dan protein (ikan, tempe, tahu, telur) serta buah-buahan rendah gula seperti (apel harus 1 buah besar ,jambu air 2 buah, pisang 1 buah sedang, pepaya 1 potong besar). Jam 08.15 menganjurkan pasien banyak beristirahat. Jam 14.00.

E: pasien tampak bersemangat, aktivitas pasien sebagian mandiri dan sebagian di bantu seperti ke toileting dan berpindah, masalah sebagian teratasi, intervensi diterapkan.

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 di lihat adanya kesenjangan antara teori kasus nyata yang di temukan pada Ny M.P di Ruang Penyakit Dalam I,II.

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian studi kasus pada Ny. M.P ditemukan pada keluhan utama badan lemah,pusing dan selama di rumah sakit aktivitasnya dibantu oleh keluarga, pasien juga mengatakan tidak mengetahui makanan seperti apa yang harus dihindari, pasien juga mendapatkan obat insulin dari rumah sakit namun pasien tidak pernah memeriksa gula darahnya. Pasien tampak lemah, dan berbaring di tempat tidur rumah sakit, makan dan minum dibantu keluarga (pasien mengatakan sering merasa lapar tetapi hanya makan bubur saring yang didapatkan dari rumah sakit dan diberikan melalui selang NGT dan minum air 1 gelas berukuran 250 ml atau biasanya 3 sendok makan sesuai anjuran dari dokter), lap badan, berpakaian, berpindah dibantu oleh keluarga. TTV: TD:150/90, Nadi:80x/menit, Suhu: 36,5°C, RR: 21x/menit, SpO2: 99%,

GDS 325 mg/dl, kekuatan otot ekstermitas atas kanan (4), ekstermitas atas kiri (4), ekstermitas bawah kanan (4), ekstermitas kanan bawah (4).

Menurut Lingga (2012) penyebab lemah pada penderita DM adalah akibat malfungsi dari penggunaan insulin, jumlah glukosa yang di peroleh dari makanan akan tetap tinggal di aliran darah dan menyebabkan kadar gula menjadi tinggi, serta menyebabkan sel-sel tubuh tidak memiliki gula yang cukup untuk di gunakan sebagai energi, sehingga penderita DM akan merasa lemah, sehingga aktivitas pasien di bantu di karenakan kurangnya energi.

Selain itu pasien juga mengalami penurunan berat badan yang sangat drastis, pada tahun 2023 berat badan pasien 68 kg dan pada tahun 2025 berat badan pasien 43 kg, IMT: 17,91 (Berat badan kurang).

Menurut Lestari (2021) mengatakan kekurangan insulin juga dapat mengganggu metabolisme protein dan lemak, yang menyebabkan penurunan berat badan. Sedangkan menurut Yohanes(2017) mengatakan penyandang DM akan mengalami defisiensi insulin, sehingga terganggunya metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan.

Selain itu pasien juga toileting melalui selang kateter dan volume urin output >2000ml.

Menurut Erlin Kurnia (2020) mengatakan ginjal memiliki ambang batas untuk gula darah adalah 180 mg/dl sehingga apabila terjadi peningkatan kadar gula darah maka ginjal tidak bisa menyaring dan

mengabsorpsi sejumlah glukosa dalam darah. Gula memiliki sifat menyerap air, maka semua kelebihan dikeluarkan bersama urine yang disebut glukosuria. Keadaan glukosuria dengan jumlah air yang akan hilang dalam urine disebut frekuensi kencing. Volume urine yang lebih banyak dihasilkan menyebabkan penderita Diabetes Melitus sering berkemih.

Hal ini terdapat kesenjangan antara teori dan kasus Ny. M P dimana tidak ditemukan gejala kesemutan, rasa kebas di kulit, kulit terasa panas dan tertusuk-tusuk, bisul, dan luka yang lama sembuh karena gejala-gejala tersebut adalah bentuk komplikasi dari diabetes melitus akibat neuropati diabetikum.

Menurut Bondar (2021) mengatakan neuropati diabetik adalah kerusakan saraf yang diakibatkan dari keadaan kadar gula darah yang sangat berlebihan. Neuropati dapat didefinisikan dengan tanda tertentu ataupun gejala khusus yang biasanya dialami oleh penderita DM seperti kesemutan, rasa kebas di kulit, kulit terasa panas dan adanya luka. Menurut Rahmi (2022) mengatakan gejala neuropati diabetik utama biasanya beragam, seperti merasakan kebas, kesemutan dan bahkan nyeri hingga berkurangnya sensasi nyeri yang dapat menyebabkan pasien sering terjatuh, cedera, terbatasnya ruang gerak dan juga penurunan kualitas hidup. Sedangkan pada pasien Ny.M P tidak ditemukan gejala seperti kesemutan, rasa kebas di kulit, bisul, luka, kulit terasa panas dan tertusuk-tusuk.

Hasil penelitian yang mendukung terjadinya neuropati DM adalah penelitian dari Rahmi, Aryeni Sri, DKK (2022) mengungkapkan bahwa sebagian besar DM tipe 2 yang menderita neuropati diabetik rata-rata menderita DM > dari 5 tahun (92,1%).

Hal ini tidak terjadi pada Ny. M P karena pasien mengatakan menderita penyakit Diabetes Melitus pada tahun 2023 artinya pasien sudah menderita penyakit DM selama 3 tahun.

Selain itu pasien juga tidak mengalami pandangan kabur karena pandangan kabur juga merupakan salah satu gejala dari retinopati DM yang merupakan komplikasi dari DM.

Menurut NIH (2024) mengatakan bahwa retinopati diabetik disebabkan oleh kadar gula darah tinggi akibat diabetes sehingga dapat merusak retina yang menyebabkan gangguan penglihatan hingga kebutaan. Sedangkan pada pasien NY.M P tidak ditemukan gejala seperti gangguan penglihatan hingga kebutaan.

Hasil penelitian yang mendukung adanya hubungan lamanya menderita DM dengan retinopati adalah penelitian dari Dewi, Putri Nirmala (2021) mengungkapkan bahwa durasi menderita DM banyak pada penderita > 5 tahun sebesar 110 orang (68 %).

Selain itu menurut Tandra, Hans (2022) mengatakan bahwa sebenarnya neuropati DM dan retinopati DM sering terjadi dan diperkirakan 75% diabetesi mengalami komplikasi ini. Terutama jika diabetes sudah terjadi berlangsung lebih dari 10 tahun dan juga faktor

keturunan, gaya hidup yang tidak sehat, faktor usia, gula darah yang tidak terkontrol adalah faktor risiko terjadinya DM.

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. M.P adalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien., Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dan Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin ditemukan dalam kasus Ny. M.P karena pasien mengalami lemah, pusing, sering merasa lapar tetapi hanya makan bubur saring yang didapatkan dari rumah sakit melalui NGT dan pasien juga sering merasa haus dan minum air hanya 1 gelas berukuran 250 ml melalui selang NGT biasanya juga melalui mulut dengan ukuran 3 sendok makan sesuai anjuran dokter dan pasien terpasang kateter, volume urine output >2000 ml dan berwarna keruh, GDS 325 mg/dl. Menurut SDKI (2020) data-data yang mendukung sehingga bisa ditegakkan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah pusing meningkat, lemah meningkat, rasa lapar meningkat, rasa haus meningkat, kadar glukosa dalam darah lebih dari normal (GDS: < 200 mg/dl), kadar glukosa dalam urine meningkat.

Masalah keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien ditemukan dalam kasus Ny. M.P

karena pasien mengalami penurunan berat badan dari 68 kg di tahun 2023 menjadi 43 kg di tahun 2025, IMT :17,91 (Berat badan kurang). Menurut SDKI (2020) data yang mendukung untuk ditegakkannya masalah defisit nutrisi adalah berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal.

Masalah keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditemukan dalam kasus Ny. M. P karena pasien mengalami lemah dan berbaring di tempat tidur rumah sakit, makan dan minum dibantu orang lain melalui selang NGT, toileting melalui selang kateter, lap badan, berpakaian, berpindah dibantu oleh keluarga. Kekuatan otot ekstermitas atas kanan (4), ekstermitas atas kiri (4), ekstermitas bawah kanan (4), ekstermitas kanan bawah (4). Menurut SDKI (2020) data-data yang mendukung sehingga bisa ditegakkan masalah intoleransi aktivitas adalah tenaga menurun, kemampuan melakukan aktivitas rutin menurun, keluhan lelah meningkat, lesu meningkat.

Masalah keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditegakkan karena terdapat data yang ditemukan dalam kasus Ny. M. P yaitu pasien mendapatkan obat tablet untuk dikonsumsi namun pasien tidak mengetahui fungsi obat-obatan yang diberikan sehingga pasien takut untuk mengonsumsi obat tersebut. Pasien juga mendapatkan obat insulin dari rumah sakit namun pasien tidak pernah memeriksa gula darahnya dan juga pasien tidak mengetahui makanan seperti apa yang harus dihindari. Pasien tampak kebingungan dan bertanya-tanya tentang kondisinya. Menurut SDKI (2018) data yang mendukung

untuk ditegakkan masalah defisit pengetahuan adalah menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran. Menurut pendapat Laila (2024) bahwa defisit pengetahuan pada pasien diabetes melitus (DM) mengacu pada kurangnya pemahaman atau pengetahuan yang kurang memadai tentang kondisi pasien termasuk pengelolaan dan pengobatan yang diperlukan untuk mengontrol DM.

Masalah keperawatan yang tidak ditegakan dalam kasus Ny. M. P yaitu hipovolemia karena pada pasien tidak ada gejala nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun. Pasien juga tidak ditemukan nyeri kronis karena pada pasien tidak ada gejala menusuk, kesemutan atau sensasi terbakar yang membuat pasien terjaga pada waktu malam hari. Gangguan pola tidur tidak ditegakkan pada pasien karena kebutuhan tidur pasien terpenuhi. Resiko infeksi tidak ditegakan dalam kasus Ny. M. P karena pada pasien tidak ada gejala seperti adanya luka yang lama sembuh, nyeri pada area luka, kemerahan, bengkak, dan panas dan resiko perfusi perifer tidak efektif tidak ditegakan dalam kasus Ny. M. P karena pada pasien tidak ada gejala seperti CRT > 3 detik, akral teraba dingin, warna kulit pucat dan turgor kulit menurun.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada Ny. M.P dengan diagnosis medis Diabetes Melitus Tipe 2 disesuaikan dengan diagnosis keperawatan menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017), Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2019)

a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah

Rencana tindakan yang dilakukan pada diagnosa pertama yaitu identifikasi penyebab hiperglikemia, monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, berikan asupan cairan oral, konsultasi dengan medis tanda dan gejala hiperglikemia, anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, ajarkan pengeleloaan diabetes, kolaborasi pemberian insulin dan kolaborasi pemberian cairan IV.

Ajarkan pengeleloaan diabetes, hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yuliet (2022) menunjukkan pentingnya pemantauan kadar glukosa darah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Pemantauan glukosa darah yang baik dapat dilakukan ketika pasien mendapat informasi lengkap tentang penyakitnya, yang pada akhirnya mencegah mortalitas dan morbiditas pada mereka yang terkena.

Hal ini terdapat kesenjangan antara intervensi teori dan intervensi kasus dimana tidak semuanya intervensi pada teori di masukan dalam kasus seperti identifikasi situasi yang menyebabkan

kebutuhan insulin meningkat karena pada pasien terpasang NGT dan makan minum yang diberikan semua dikontrol oleh perawat. Monitor keton urine dan kadar AGD, karena pada hasil laboratorium tidak menunjukkan adanya keton dan kadar AGD. Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik karena pada pasien tidak ditemukan tanda dan gejala hipotensi karena tekanan darah pasien 150/90 mmHg. Anjurkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu karena pada pasien tidak ditemukan hasil laboratorium yang berhubungan dengan keton urine.

b. Defisit Nutrisi

Rencana tindakan yang dilakukan pada diagnosis kedua yaitu,identifikasi status nutrisi,identifikasi alergi dan intoleransi makanan,identifikasi makanan yang disukai,monitor asupan makanan,monitor berat badan,berikan makanan TKTP,ajarkan diet yang diprogramkan,kolaborasi pemberian medikasi (insulin) sebelum makan,kolaborasi dengan ahli gizi (bubur saring).

Ajarkan diet yang diprogramkan untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang program diet yang penting agar terciptanya perilaku pola makan yang lebih sehat dan sesuai. Menurut Altifani (2022) yang menyatakan bahwa edukasi ajarkan diet yang diprogramkan dengan pengelolaan diet 3J pada penderita Diabetes Melitus di masyarakat mampu memotivasi pasien dalam melakukan

pengaturan pola makan, jadwal makan yang baik dan porsi makanan yang sehat sehingga kadar gula darah dapat terkontrol.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Gustini (2022) menyatakan bahwa pola makan yang kurang baik untuk penderita diabetes yakni dengan konsumsi makanan kaya karbohidrat dan makanan manis dengan tidak melihat frekuensi, jenis dan porsi makanannya akan menyebabkan peningkatan kadar gula.

Hal ini terdapat kesenjangan antara intervensi teori dan intervensi kasus dimana tidak semuanya intervensi pada teori di masukan dalam kasus seperti sajian makanan secara menarik dan suhu yang sesuai karena pada pasien terpasang selang NGT dan nafsu makan pasien baik. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi karena pada pasien BAB-nya kurang dari 1 kali dalam sehari terpasang pempers dengan konsistensi sedikit cair, warna kuning, berbau khas dan tidak ada keluhan yang berhubungan dengan BAB. Berikan suplemen makanan karena nafsu makan pasien baik dan meningkat.

c. Intoleransi Aktivitas

Rencana tindakan yang dilakukan pada diagnosa ketiga yaitu,identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan,monitor kelelahan fisik,monitor pola dan jam tidur,fasilitasi duduk disisi tempat tidur,anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap untuk meningkatkan kekuatan otot serta meningkatkan toleransi pasien terhadap aktivitas. Menurut Siti (2023) mengatakan bahwa dengan melakukan aktivitas fisik secara bertahap dan teratur, pasien diabetes dapat meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi resiko komplikasi. Dengan melakukan aktivitas ringan dan durasi singkat, kemudian secara bertahap tingkatkan intensitas dan durasi seiring dengan peningkatan kemampuan tubuh.

Hal ini terdapat kesenjangan antara intervensi teori dan intervensi kasus dimana tidak semuanya intervensi pada teori di masukan dalam kasus seperti monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas karena pasien aktivitas diatas tempat tidur dan tidak ditemukan hasil bahwa pasien mengeluh. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan karena pada pasien tidak ada tanda dan gejala yang berhubungan dengan nyeri dan pasien juga mengalami kelemahan sehingga membutuhkan waktu istirahat yang banyak.

d. Defisit pengetahuan

Rencana tindakan yang dilakukan pada diagnosa keempat yaitu,identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi,sediakan materi dan media pendidikan,jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan,berikan kesempatan pasien

bertanya,jelaskan pengertian,penyebab,faktor risiko,proses,tanda dan gejala,komplikasi,cara pengelolaan pada pasien DM.

Edukasi merupakan salah satu cara efektif yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan dan dapat berpengaruh pada pemahaman, keterampilan serta mendukung usaha pasien yang menderita diabetes untuk melakukan manajemen diri. Menurut penelitian Alfi (2025) dengan memberikan edukasi, pasien diabetes melitus dapat mengetahui dan menerapkan manajemen diri yang baik, sehingga kadar gula darah dapat terkontrol dan kualitas hidup meningkat.

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Implementasi merupakan pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujukan pada perawat untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan.

Implementasi pada Ny. M. P dilaksanakan selama 3 hari sejak tanggal 15-17 Juni 2025. Implementasi dilakukan sesuai perencanaan yang sudah disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia tahun 2018).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak.

a. Hasil evaluasi pada diagnosa ketidakstabilan kadar gula darah

Tanggal 15 juni 2025 menunjukkan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi dengan hasil pasien mengatakan badan masih lemah dan pusing. Adanya polidipsi karena pasien juga sering merasa haus dan minum air hanya 1 gelas berukuran 250 ml melalui selang NGT biasanya juga melalui mulut dengan ukuran 3 sendok makan dan adanya polifagia, karena pasien merasa lapar tetapi makan harus sesuai anjuran dari dokter dan pasien masih tampak lemah, adanya poliuria pasien terpasang kateter, volume urine >2000 ml dan berwarna keruh GDS:333 mg/dl. TTV: TD:140/80mmHg, Nadi:64x/menit, Suhu :36,5°C, RR :20x/menit, SpO2 :96%.

Tanggal 16 juni 2025 menunjukkan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi dengan hasil, pasien mengatakan sudah mendingan tidak seperti hari kemarin dan pasien tampak sedikit bersemangat, lemah sedikit berkurang, terpasang selang kateter dengan memberikan klem pada selang dan direncanakan akan melepaskan kateter, GDS: 355mg/dl. TTV: TD :140/80mmHg, Nadi :64x/menit, Suhu :36,5°C, RR:20x/menit, SpO2 :96%.

Tanggal 17 juni 2025 masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi dengan hasil pasien mengatakan badan tidak lemah lagi, keluhan sering makan berkurang, keluhan sering haus berkurang, keluhan BAK berkurang, pasien tampak sangat bersemangat dan tidak lemah lagi, GDS: 127 mg/dl. Hal ini sejalan dengan penelitian Syokumawena (2022) diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah pada pasien Ny. L dan Ny. D teratasi dihari ketiga dengan melaksanakan manajemen hiperglikemia.

b. Hasil evaluasi diagnosa defisit nutrisi

Tanggal 15 juni 2025 menunjukkan masalah defisit nutrisi belum teratasi dengan hasil pasien mengatakan merasa lapar tetapi makan harus sesuai anjuran dari dokter dan pasien mengatakan mengalami penurunan BB yang drastis, BB pada tahun 2023 68 kg dan pasien tampak terpasang selang NGT, BB sekarang: 43 kg, TB: 155 cm, IMT:17,91 (Berat badan kurang).

Tanggal 16 juni 2025 menunjukkan masalah defisit nutrisi sebagian teratasi dengan hasil : pasien mengatakan ingin makan dengan baik tanpa menggunakan selang NGT dan pasien tampak terpasang selang NGT, makan dihabiskan, pasien direncanakan akan melepaskan NGT.

Tanggal 17 juni 2025 menunjukkan masalah masalah defisit nutrisi teratasi dengan hasil : pasien mengatakan menghabiskan 1 porsi makan yaitu bubur, telur, tahu, sayur dan buah pisangserta pasien

tampak bersemangat, BB: 43 kg, TB: 155 cm, IMT:17,91 (Berat badan kurang). Hal ini sejalan dengan penelitian Ayudati (2021) diagnosa defisit nutrisi pada pasien Ny. T teratasi dihari ketiga dengan melaksanakan manajemen nutrisi.

c. Hasil evaluasi pada diagnosa intoleransi aktivitas

Tanggal 15 juni 2025 menunjukkan masalah intoleransi aktivitas belum teratasi dengan hasil pasien mengatakan badannya lemah,pusing dan selama di rumah sakit aktivitasnya dibantu oleh keluarga dan pasien tampak lemah, makan, minum melalui selang NGT, toileting melalui kateter, ngelap badan, berpakaian dan berpindah masih dibantu oleh keluarga.

Tanggal 16 juni 2025 menunjukkan masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi dengan hasil : pasien mengatakan lemah berkurang dan sudah sebagian bisa melakukan aktivitas sendiri seperti duduk disisi tempat tidur dan pasien tampak sedikit bersemangat, tidak seperti hari kemarin, tampak duduk disisi tempat tidur, makan minum melalui selang NGT, ngelap badan dibantu sebagian, berpakaian dibantu sebagian, toileting melalui selang kateter.

Tanggal 17 juni 2025 menunjukkan masalah masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi dengan hasil :pasien mengatakan sudah tidak lemah lagi dan ingin pulang serta pasien tampak sangat bersemangat, tidak lemah lagi, makan, minum, mandi, berpakaian, dilakukan secara mandiri dan sebagian seperti toileting,berpindah dibantu oleh keluarga

pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian Muthia (2023) diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan pada pasien Ny. A.W sudah teratasi sebagian dihari ketiga dengan melaksanakan manajemen energi.

d. Hasil evaluasi pada diagnosa defisit pengetahuan

Tanggal 15 juni 2025 menunjukkan masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi dengan hasil : pasien mengatakan paham akan materi yang disampaikan dan dapat menerapkan setelah pulang dari rumah sakit dan pasien mampu menyebutkan apa itu DM, Penyebab DM, tanda dan gejala DM, Komplikasi dari DM, dan Prinsip diet DM yaitu Prinsip 3J.

Tanggal 16 juni 2025 menunjukkan masalah asal defisit pengetahuan teratasi dengan hasil : pasien mengatakan jika sudah pulang dari rumah sakit akan mengikuti arahan yang telah diberikan oleh perawat seperti diet DM yaitu prinsip 3J, pasien mengatakan akan melakukan aktivitas yang ringan (jalan santai dan senam) minimal 15-30 menit dalam sehari atau seminggu bisa 3-5 kali dan mengurangi kerja yang berat-berat seperti kerja di kebun, pasien juga mengatakan akan menggunakan lagi alat glikometer untuk memantau gula darah secara mandiri serta selalu mengecek kesehatan difasilitas kesehatan terdekat dan pasien mampu menyebutkan nilai normal dari kadar GDS yaitu < 200 mg/dl, dan mampu mengikuti arahan yang diberikan. Hal ini sejalan dengan penelitian Azrimaidaliza (2023) diagnosa defisit

pengetahuan yang berhubungan dengan kurang terpapar informasi disimpulkan telah teratasi pada hari kedua karena pasien mampu mengulang kembali informasi tentang penyakit DM yang ditanyakan sebagai bentuk evaluasi pemahaman oleh perawat.

C. Keterbatasan Studi Kasus

Dalam melakukan penelitian studi kasus ini terdapat keterbatasan yaitu faktor orang atau manusia. Orang dalam hal ini pasien yang hanya berfokus pada satu pasien saja membuat peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin didapatkan dari pasien yang lainnya dengan diagnosa yang sama dan sulitnya referensi yang digunakan dalam 5 tahun terakhir.

D. Implikasi Untuk Keperawatan

Terdapat beberapa peran perawat yang ditemukan dalam kasus ini adalah:

1. Sebagai Pendidik

Peran perawat sebagai pendidik yaitu memberikan informasi berupa pengajaran mengenai pengetahuan dan keterampilan dasar, pada studi kasus nyata ini ditemukan perawat menjelaskan apa yang kurang dimengerti pasien dari segi fasilitas maupun lainnya.

2. Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan (*caregiver*)

Perawat berperan memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif, mencakup aspek bio-psiko-sosio-spiritual, untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien.

3. Peran Perawat sebagai Edukator

Peran perawat sebagai edukator adalah mendidik pasien dan keluarga tentang kesehatan, penyakit, dan tindakan perawatan. Perawat memberikan informasi, pengetahuan, dan keterampilan yang diperlukan agar individu dapat mengelola kesehatan mereka sendiri dan membuat keputusan yang tepat terkait perawatan.

4. Peran Perawat sebagai Motivator

Peran perawat sebagai motivator adalah mendorong, membangkitkan semangat, dan memberikan dukungan kepada pasien agar mereka aktif dalam proses penyembuhan dan perawatan diri.