

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa : Saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh: **Putri Ayu Dwiningsih Saokori**, Dengan judul: **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Tipe II di Ruang Penyakit Dalam I&II 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 sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun .

Ende, 15 Juni 2025

Saksi

Alexsya Maria May

Yang Memberi Persetujuan

Martina A. Woe Mbejo

Peneliti

Putri Ayu Dwiningsih Saokori

NIM.PO5303202220058

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Ny. M. P dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus (DM) di Ruang Penyakit Dalam (RPD) I, II RSUD Ende
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus (DM) di Ruang penyakit Dalam (RPD) I, II RSUD Ende yang dapat memberi manfaat bagi klien dan keluarga agar dapat mengetahui cara merawat dan mengelola Diabetes Melitus. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pelaksanaa berupa asuhan keperawatan (pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, penetapan rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara/i.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara/i peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara/i mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara/i sampaikan akan selalu dirahasiakan
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara/i membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP: 082144501466

Ende, 14 Juni 2025

Penulis



Putri Ayu Dwiningsih Saokori
NIM: PO 5303202220058



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

**Lektorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang, Telp.: (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256 ; Email: poltekeskupang@yahoo.co**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny M.P
DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS (DM)
DI RUANG PENYAKIT DALAM (RPD I,II)
RSUD ENDE**

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Juni 2025

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

Nama : Ny M.P

Umur : 69 tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Pendidikan : Sekolah Dasar (SD)

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga (IRT)

Agama : Katolik

Alamat : Wololele B, RT/RW : 002/001

Dx. Medik : Diabetes Melitus

b. Identitas penanggung jawab

Nama : Ny A.M.Y
Umur : 32 tahun
Hbungan dengan pasien : Anak kandung
Alamat : Wololele B, RT/RW : 002/001

c. Status kesehatan

1) Status Kesehatan Saat Ini

a) Keluhan Utama

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

b) 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.

c) 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 membawahi 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.

d) 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.

2) Status Kesehatan Masa Lalu

a) Penyakit yang pernah dialami

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

b) Alergi

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

c) 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.

3) Riwayat Penyakit Keluarga

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

4) Diagnosa Medis dan Therapy yang Pernah Didapatkan Sebelumnya

Pasien mengatakan pernah di rawat 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.

5) 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.

a) 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.

b) 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

c) Pola Peran-Hubungan

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

d) 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.

e) 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.

f) 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.

g) 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.

6) 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.

Palpasai : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

2) Wajah :

Inspeksi : Bentuk wajah simetris dan tampak lemah

3) Mata

Inspeksi : Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikhterik, 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 teraba hangat, tidak ada nyeri tekan, CRT : <3 detik.

b) Esktermitas bawah

Inspeksi : tidak ada edema, tidak ada luka

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Kekuatan otot : 4	4
4	4

10) Genetalia

Inspeksi : terpasang kateter, volume urine output >2000 ml

dan berwarna keruh

7) 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

8) 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	Flu, pusing,mual,nyeri perut, dan lemas

			pada penderita hipertensi	
3	Sansulin Rapid	3x4u/cc	Menurunkan kadar gula darah tinggi dengan cara meningkatkan produksi hormon insulin	Hipoglikemia (kadar gula darah terlalu 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

9) 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 bawah kiri (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.

10) 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 mengatakan sebelum sakit sering haus dan banyak minum.Minum dalam sehari >10 kali dengan ukuran gelas 400ml.	Resistensi Insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

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. DO: pada tahun 2025 berat badan pasien 43 kg. IMT : 17,91 (Berat badan kurang)	ketidakmampuan Mengabsorbsi Nutrisi Defisit Nutrisi
3.	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+ [10³/uL, Gula Darah Sewaktu (GDS): 325 mg/dl, Kalium : 3.02 mmol/l, Creatinin : 1,17 mg/dl.	Kelemahan Intoleransi aktivitas

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 mengabsorbsi 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 kanan bawah (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

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	Iuran Utama : Kestabilan Kadar Glukosa Darah Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Pusing menurun (5) - Lelah menurun (5) - rasa lapar menurun (5) - Rasa haus menurun (5) - Kadar glukosa dalam darah dalam rentan normal (GDS: < 200 mg/dl), kadar glukosa dalam urine membaik (5).	Intervensi : Manajemen Hiperglikemia Observasi - Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia - Monitor kadar glukosa darah - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polifagia, poliuria, polidipsia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) Terapeutik - Berikan asupan cairan oral - Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi - Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri - Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga - Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat dan bantuan profesional kesehatan) Kolaborasi - Kolaborasi pemberian insulin	Observasi - Membantu mengoptimalkan pengobatan, mencegah terjadinya komplikasi dan meningkatkan pengelolaan gula darah. - Menganalisa hasil kadar glukosa darah yang lebih akurat. - Membantu mendeteksi hiperglikemia sejak dini, pengelolaan gula darah yang efektif serta memastikan pengobatan yang lebih akurat. Terapeutik - Membantu menghindari dehidrasi, menghindari ketoasidosis diabetikum dan mengatur keseimbangan cairan - Membantu mengatur strategi pengelolaan gula darah yang optimal serta

			2. Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu	mengoptimalkan penggunaan obat-obatan dan insulin. Edukasi 1. Membantu pasien agar mengetahui fluktuasi gula darah untuk pengelolaan yang lebih tepat serta meningkatkan kemandirian pasien dalam mengelola kesehatan. 2. Membantu mengendalikan kadar gula darah, mencegah terjadinya komplikasi dan membantu mempertahankan berat badan yang normal. Kolaborasi 1. 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. Membantu menghindari dehidrasi, menghindari ketoasidosis diabetikum dan
--	--	--	--	--

				mengatur keseimbangan cairan.
2	Defisit Nutrisi	Iuran Utama : Status Nutrisi Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah defisit nutrisi dapat teratasi dengan kriteria hasil : a. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat (5) b. Asupan nutrisi yang tepat meningkat (5) c. Makanan/atau minuman yang sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat (5)	Intervensi : Manajemen Nutrisi Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Monitor asupan makanan 4. Monitor berat badan Terapeutik 1. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 2. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Edukasi 1. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah gizi dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	Observasi 1. Membantu menjaga dan meningkatkan status nutrisi agar mencapai status gizi yang normal 2. Alergi merupakan reaksi sistem imun yang tidak normal saat melawan zat asing yang pada dasarnya tidak berbahaya. 3. Membantu menjaga berat badan serta menjaga agar kadar gula darah tetap dalam rentan normal 4. Mengkaji pemasukan makanan yang adekuat (termasuk absorpsi dan utilitasnya). Terapeutik 1. Membantu memperbaiki kebiasaan makan agar mendapatkan kontrol metabolik yang baik. 2. Membantu menjaga asupan kalori yang cukup

				serta untuk meningkatkan respons gula darah. Edukasi 1. Meningkatkan pengetahuan pasien tentang program diet yang penting agar terciptanya perilaku pola makan yang lebih sehat dan sesuai. Kolaborasi 1. Membantu memastikan pemberian obat yang tepat dalam pengelolaan diabetes melitus 2. Membantu memenuhi kebutuhan gizi pasien, meningkatkan kualitas perawatan, mencegah terjadinya komplikasi serta mengoptimalkan pengelolaan diabetes melitus.
3	Intoleransi Aktivitas	Iuran Utama : Tingkat Keletihan Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah keperawatan intoleransi	Intervensi : Manajemen Energi Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur	Observasi 1. Membantu mengembangkan rencana pengobatan yang efektif. 2. Membantu mendiagnosis penyebab kelelahan serta

		aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Tenaga meningkat (5) - Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat (5) - Keluahan lemah menurun (5)	Terapeutik - Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Kolaborasi - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	mengembangkan trenana pengobatan yang efektif - Membantu mengetahui ketidakcukupan kualitas tidur akibat kelelahan Terapeutik - Meningkatkan kekuatan otot serta meningkatkan toleransi pasien terhadap aktivitas. Edukasi - Meningkatkan kekuatan otot serta meningkatkan toleransi pasien terhadap aktivitas. Kolaborasi - Nutrisi yang adekuat dapat meningkatkan status nutrisi, mengurangi mal nutrisi serta memulihkan dan meningkatkan kembali energi akibat kelelahan.
4	Defisit Pengetahuan	Iuran Utama : Tingkat Pengetahuan Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah keperawatan	Intervensi : Edukasi Proses Penyakit Observasi Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik	Observasi Kesiapan yang baik dapat membantu penerimaan materi dengan baik Terapeutik

		defisit pengetahuan dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Perilaku sesuai anjuran meningkat (5) - Kemampuan menjelaskan pengetahuan sesuai dengan topik meningkat (5) - Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (5) - Pertanyaan mengenai masalah yang dihadapi meningkat (5) - Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat (5)	- Sediakan materi dan media pendidikan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi - Jelaskan pengeritan dari Diabetes Melitus - Jelaskan penyebab dan faktor risiko Diabetes Melitus - Jelaskan proses munculnya Diabetes Melitus - Jelaskan tanda dan gejala dari Diabetes Melitus - Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi Diabetes Melitus - Jelaskan cara pengelolaan Diabetes Melitus - Informasikan kondisi pasien saat ini	- materi merupakan informasi yang akan disampaikan dan media merupakan alat bantu agar pesan dapat tersampaikan dengan baik. - Agar pasien dpat menyiapkan diri dengan baik - meningkatkan daya tarik mengenai informasi yang disampaikan. Edukasi - menambah pengetahuan pasien mengenai apa itu diabetes melitus. - menambah pengetahuan pasien mengenai penyebab dan faktor risiko dari diabetes melitus agar pasien dapat mengontrol kadar gula darah sesuai dengan faktor risiko tersebut. - menambah pengetahuan klien mengenai perjalanan penyakit diabetes melitus - menambah pengetahuan pasien mengenai tanda dan gejala diabetes melitus.
--	--	---	---	--

				5. Menambah pengetahuan pasien mengenai masalah-masalah yang mungkin akan muncul jika pasien tidak mengontrol gula darah dengan baik. 6. menambah pengetahuan mengenai perawatan diabetes melitus agar tidak terjadinya peningkatan gula darah yang dapat memunculkan komplikasi 7. agar pasien paham mengenai konsisinya saat ini dan perubahan dari perawatan ke arah yang lebih baik.
--	--	--	--	---

d. Implementasi Keperawatan

IMPLEMETASI HARI PERTAMA TANGGAL 15 JUNI 2025

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
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:	Minggu, 15 Juni 2025	07.30 08.00 08.05	1. Mengukur tanda-tanda vital : TD :150/90mmHg Nadi :80x/menit Suhu :36,5°C RR :21x/menit SpO2 :99%. 2. 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. 3. 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	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

	Gula Darah Sewaktu (GDS): 325 mg/dl, Kalium: 3.02 mmol/l, Creatinin: 1,17 mg/dl.			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. 08.30 4. Melakukan pengukuran GDS. Hasil: 333 mg/dl 09.00 5. 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. 09.30 6. Mengajarkan pasien memanggil perawat jika ingin makan siang agar akan dilakukan penyuntikan insulin 10.45 7. Melakukan penyuntikan insulin Sansulin Rapid 8 unit/cc serta menganjurkan keluarga pasien untuk mengencerkan bubur saring terlebih dahulu menggunakan air	: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
--	--	--	--	--	---

			12.00 12.30	hangat agar nanti pasien dapat makan dengan baik tanpa tersumbat melalui selang NGT, dan diberi tahukan kepada pasien 15 menit setelah penyuntikan insulin pasien nanti di berikan makan melalui NGT sesuai program diet. Hasil pasien dan keluarga tampak paham. 8. Perawat memberi makan pasien melalui selang NGT 9. Memantau tetesan infus. Hasil infus Nacl 20 tpm dan tidak ada udara serta lancar.	
2	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien 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	Minggu, 15 Juni 2025	10.00 12.05	1. Mengkaji alergi terhadap makanan. Hasil: Pasien tidak ada alergi terhadap makanan. 2. 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 : 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

	drastis,pada tahun 2023 berat badan pasien 68 kg DO: pada tahun 2025 berat badan pasien 43 kg.IMT :17,91 (Berat badan kurang)		13.10 13.15 13.20 13.30 13.40	3. Menimbang berat badan pasien. Hasil: 43kg. 4. Mengukur tinggi badan pasien. Hasil: 155 cm. 5. Menghitung IMT pasien. Hasil: IMT :17,91 (Berat badan kurang) 6. Mengkaji status nutrisi pasien. Hasil: pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan yang sangat drastis, BB dulu 68 kg. 7. 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 ½ piring berisi sayuran hijau segar	: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.
--	---	--	--	---	--

				(bayam,marungge,kangkung,daun ubi, dan ubi jalar ungu,ubi jalar kuning dan sayuran seperti ini bisa dikukus,dipanggang atau direbus sebentar untuk menjaga kandungan gizinya), ¼ piring berisi protein, ¼ 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.	
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 kanan bawah (4). Terpasang infus NaCl	Minggu, 15 Juni 2025	08.45 09.20 09.50	1. Mengkaji kelelahan fisik. Hasil: Pasien tampak lemah dan terbaring di tempat tidur serta makan, minum (melalui NGT), ngelap badan, toileting (terpasang kateter), berpakaian, berpindah dibantu oleh anak kandung pasien 2. Membantu pasien agar duduk di sisi tempat tidur menggunakan sandaran bantal Hasil: pasien tampak duduk di sisi tempat tidur dengan sandaran di bantal. 3. Menganjurkan pasien agar jangan tidur terus menerus di tempat tidur harus banyak gerak atau miring kanan dan miring kiri	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%

	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.		10.20	dilakukan selama 2 jam sesuai kenyamanan pasien	A: masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi. P: intervensi dilanjutkan.
			10.30	4. Menganjurkan pasien agar melakukan aktivitas bertahap sesuai kenyamanan pasien yaitu duduk di sisi tempat tidur. Hasil: pasien masih tamak lemah 5. Menganjurkan keluarga agar mendampingi pasien dalam melakukan aktivitas (duduk, berpidah posisi tidur atau mika-miki). Hasil : keluarga mengatakan paham.	
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	Minggu, 15 Juni 2025	11.00	1. Mengkaji kesiapan pasien menerima informasi. Hasil: pasien tampak siap.	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.
			11.05	2. Menanyakan persetujuan pasien apakah bersedia atau tidak. Hasil pasien bersedia.	
			11.06	3. Menyiapkan materi dan media pendidikan. Hasil: medianya adalah leaflet.	
			11.10	4. Menjelaskan pengertian diabetes melitus, menjelaskan penyebab dan faktor risiko dari diabetes melitus, menjelaskan proses terjadinya penyakit diabetes melitus, menjelaskan tanda dan gejala	

	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.		11.20 diabetes melitus. Menjelaskan komplikasi dari diabetes melitus, menjelaskan penanganan mengenai diabetes melitus, menjelaskan mengenai pengaturan diet DM dengan prinsip 3J (jumlah, jenis, jadwal). 5. 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. 13.25 6. Menganjurkan pasien memantau gula darah secara mandiri saat pulang dari rumah sakit. Hasil: pasien sudah mempunyai alat glikometer namun pasien jarang menggunakan. 11.35 7. Memotivasi pasien agar menggunakan lagi alat glikometer tersebut serta menjelaskan mengenai takaran atau unit insulin yang harus disuntikan.	A: Masalah Defisit Pengetahuan sebagian teratasi. P: intervensi dilanjutkan.
--	---	--	---	--

--

IMPLEMETASI HARI KEDUA TANGGAL 16 JUNI 2025

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
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:3.02mmol/l,Creatinin: 1,17 mg/dl.	Senin, 16 Juni 2025	07.30 08.00 08.30	1. Mengukur tanda-tanda vital : TD :150/100mmHg Nadi :70x/menit Suhu :36,5°C RR:20x/menit SpO2 :98%. 2. 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 anjuran dari dokter. 3. Meminta keluarga agar memanggil perawat jika pasien ingin makan agar akan dilakukan pengukuran GDS dan penyuntikan 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.

			09.00	4. Melakukan pengukuran GDS. Hasil:438 mg/dl.	
			09.05	5. 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 mengklek kateter (bladder training) selama 2 jam agar melatih kandung kemih pasien	
			11.45	6. 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	

			11.50 12.00 12.30	diberi tahu 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 7. Melakukan pengukuran GDS ulang, Hasil: 355mg/dl. 8. perawat memberi makan pasien melalui selang NGT. 9. Memantau tetesan infus. Hasil infus Nacl 20 tpm dan tidak ada udara serta lancar.	
2	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien 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	Senin, 16 Juni 2025	08.30 08.45 08.50 10.10	1. Mengkaji intoleransi terhadap makanan. Hasil: pasien makan bubur saring 200cc/NGT 2. Memonitor asupan makanan. Hasil: tampak dihabiskan. 3. Memberikan pasien minum obat yang sudah diencerkan yaitu obat KSR 3x600 setelah makan. 4. Menganjurkan dan memotivasi pasien agar tetap menerapkan prinsip diet DM 3J jika nanti sudah melepaskan selang NGT. Hasil: pasien mengatakan paham.	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.

	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 (4). Terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm di tangan kiri. Hasil lab : WBC: 17,86+ [10³/uL,Gula Darah Sewaktu (GDS): 325 mg/dl,Kalium : 3.02 mmol/l,Creatinin : 1,17 mg/dl.	Senin, 16 Juni 2025	07.30 07.40 08.40	1. Mengkaji keadaan umum pasien. Hasil: pasien tampak sedikit bersemangat 2. 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 3. 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.	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.

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.	Senin, 16 Juni 2025	13.00	1. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya mengontrol kadar gula darah dengan patuh diet dan rutin melakukan olahraga 13.10 2. Menjelaskan nilai normal kadar gula darah yaitu GDS: <200 mg/dl, GDP dan GD2JPP <126 mg/dl. 13.15 3. Menjelaskan mengenai komplikasi dari DM 13.20 4. Menjelaskan mengenai prinsip diet DM yaitu 3J (jumlah, jenis, jadwal). 13.25 5. 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. 13.30 6. Mengajukan dan memotivasi pasien agar memantau gula darah secara mandiri di rumah. Hasil: pasien mengatakan akan menggunakan lagi alat glikometer	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
---	---	---------------------	-------	--	---

			13.35 yang sudah dibeli dengan baik sesuai arahan yang berikan dokter. 7. 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) 13.40 8. Menganjurkan dan memotivasi pasien agar rutin melakukan pemeriksaan kesehatan di fasilitas kesehatan terdekat seperti pemeriksaan gula darah.	A: masalah Defisit Pengetahuan teratasi. P: Intervensi diterapkan
--	--	--	--	---

CATATAN PERKEMBANGAN TANGGAL 17 JUNI 2025

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Catatan Perkembangan
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.	Selasa, 17 Juni 2025	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	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)	Selasa, 17 Juni 2025	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. Jam : 14.00 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	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	Selasa, 17 Juni 2025	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.

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). 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.		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.
--	--	--

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Putri Ayu Dwiningrih Saotari

NIM : PO-5303202220058

Prodi : D-III Keperawatan Ende

Dengan ini menyatakan bahwa apabila saya tidak menyelesaikan kewajiban (Tugas) saya sampai dengan sebelum ukom, maka untuk sementara waktu saya bersedia tidak menerima ijazah sampai kewajiban (Tugas) saya tersebut diselesaikan.

Surat pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh, tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Apabila saya tidak menepati kewajiban tersebut maka saya bersedia menerima konsekuensi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ende, 23 Juli 2025

Hormat saya



Putri Ayu Dwiningrih Saotari

NIM : PO-5303202220058



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Kupang

📍 Jalan Piet A. Tallo, Liliba, Oebobo,
Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111
☎ (0380) 8800256
🌐 <https://poltekkeskupang.ac.id>

PERPUSTAKAAN TERPADU

<https://perpus-terpadu.poltekkeskupang.ac.id/> ; e-mail: perpustakaanterpadu61@gmail.com

SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama	: Putri Ayu Dwiningsih Saokori
Nomor Induk Mahasiswa	: PO5303202220058
Dosen Pembimbing	: Try Ayu Patmawati, S.Kep., Ns., M.Kep
Dosen Penguji	: Anatolia K. Doondori S.Kep.Ns., M.Kep
Jurusan	: Program Studi DIII Keperawatan Ende
Judul Karya Ilmiah	: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.

M. P. DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS (DM) DI RUANG PENYAKIT

DALAM (RPD) I, II RSUD ENDE

Laporan Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar **25,58%** Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Admin Strike Plagiarism


Murry Jermias Kale SST
NIP. 19850704201012100
Kupang, 13 Agustus 2025

LAMPIRAN 6

209

LAMPIRAN 6

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



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

LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : PUTRI AYU DWININGSIH SAOKORI
NIM : PO5303202220058
DOSEN PEMBIMBING : Try Ayu Patmawati S. Kep., Ns, M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rokemdasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	Jumat, 16 Agustus 2024	Penyakit DM	1. Konsultasi judul kasus 2. ACC Judul 3. Lanjut BAB I Dengan Kasus Diabetes Melitus 4. Sesuaikan waktu selanjutnya untuk konsultasi	
2	Senin, 19 Agustus 2024	BAB I	1. Lihat panduan penyusunan KTI 2. Melakukan konsultasi laporan 3. Perhatikan ukuran huruf dan spasi pada panduan 4. Perbaiki data-data mulai dari data Dunia, Indonesia, Provinsi, Kabupaten 5. Menggunakan data SKI 6. Menambahkan data Dinas Kesehatan, RSUD Ende 7. Tambahkan fenomena (mengapa bisa meningkat) 8. Menambahkan peran perawat dan perbaikan tujuan 9. Perlihatkan sumber/daftar pustaka sesuai data yang dimasukkan	
3	Jumat, 13 September 2024	BAB I	1. Melakukan konsultasi laporan 2. Menyesuaikan data 3. Urutkan laporan sesuai yang di	

			arahkan - Menyesuaikan data sesuai susunan IDF, SKI Provinsi, Syamsiah, SKI NTT - Menyesuaikan data Dinas kesehatan, RSUD Ende (2022,2023,2024 (Januari-Agustus) dan faktor serta perawat fokus peran perawat Care giver	
4	Senin, 21 Oktober 2024	BAB II dan BAB III	- Menambahkan sekaligus menggantikan fenomena - Menggantikan faktor resiko - Masuk ke BAB II dan BAB III	Ay
5	Rabu, 11 Desember 2024	BAB II dan BAB III	- Menambahkan data RSUD Ende - Mencari sumber asli Chairunnisa Wan Rizky. - Perbaiki BAB III di bagian prosedur studi kasus - Susun daftar pustaka sesuai materi yang ada	Ay
6	Senin, 03 Maret 2025	BAB I- BAB III	- Perbaiki Daftar Isi - Perbaiki kata pengantar sesuai format - Tambahkan penelitian dosen di proposal - Rapikan penulisan pada lembar persetujuan	Ay
7	Rabu, 05 Maret 2025	BAB I	- Perbaiki Daftar Isi - Perbaiki latar belakang bagian komplikasi - Perbaiki penulisan nama Pembimbing	Ay
8	Senin, 30 Juni 2025	BAB IV	- Pengkajian (pada keluhan utama di perbaiki) - Perbaiki pola manajemen - Kekuatan otot kenapa bisa 4 semua? - Perbaiki analisa data (ketidakstabilan kadar glukosa	Ay

			darah, defisit nutrisi, intoleransi, defisit pengetahuan) sesuai bpengkajian dan lihat data DS/DO mayor dan minor di buku SDKI. Lanjutkan di pembahasan.	
9	Rabu, 02 Juli 2025	BAB IV	1. Perbaiki tentang "kebingungan" masuk di pola persepsi dan manajemen kesehatan 2. Perbaiki pengkajian serta analisa data di bagian defisit pengetahuan Pembahasan 3. Tambahkan penelitian yang berhubungan dengan berat badan dan volume Urin 4. Perbaiki pengetikan 5. Perbaiki diagnosa intervensi, implementasi, evaluasi sesuai Tambahkan penomoran halaman	A
10	Jumat, 04 Juli 2025	BAB IV	1. Perbaiki pengkajian sesuai urutan 2. Perbaiki diagnosa sesuai urutan prioritas utama 3. Perbaiki Intervensi dan tambahkan para penelitian Perbaiki evaluasi sesuai yang di yang ada pada pembahasan sesuai hasil studi kasus	A
11	Senin, 07 Juli 2025	BAB IV	1. Hasil studi kasus dibagian analisa data harus di perbaiki sesuai masalah pada pasien 2. Pembahasan pengkajian (harus tambahkan tahun penelitian)	A
12	Selasa, 08 Juli 2025	BAB IV DAN V	1. Setiap diagnosa harus tambahkan kata berhubungan dengan 2. Intervensi defisit nutrisi cari penelitian dan efeknya 3. Evaluasi hari ketiga	dy

			tambahkan penelitian yang sesuai	
			4. Intervensi sesuaikan dengan SIKI	
13	Kamis, 10 Juli 2025		1. ACC, kontrak waktu untuk ujian	u
14	Rabu, 16 Juli 2025		1. Atur pengetikan, rapikan, huruf sesuaikan panduan 2. Tanggal sesuaikan ujian 16/Jul/2025 3. Kata pengantar tambahkan dr, pasien 4. Atur abstrak, atur penulisan 5. Daftar pustaka tambahkan 6. Buat jurnal dan tambahkan askep	A
15	Kamis, 21 Agustus 2025		1. Atur penomoran di abstrak 2. Lengkapi Askep sesuai format 3. Infoconsen yang asli 4. Lembar konsul harus tulis penguji 5. ACC	A

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



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

NIP. 196601141991021001



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

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



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN PROPOSAL DAN KTI

NAMA : PUTRI AYU DWININGSIH SAOKORI

NIM : PO.5303202220058

NAMA PENGUJI : ANATOLIA K. DOONDORI, S.KEP., NS.,M.KEP

No	Hari/Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
1.	Rabu, 16 Juli 2025		1. Tanggal disesuaikan ujian 16/Juli/2025 2. Perbaiki intervensi dan alasannya 3. Atur pengetikan, huruf, kerapian dan tanda-tandanya sesuaikan	
2.	Senin, 28 Juli 2025		1. Pengetikan nama (spasi, titik / Ny. M. P) 2. Atur rapi dan jangan jarak 3. Print 80 gram dan dilihat baik-baik kerapian 4. ACC	

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende

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

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Putri Ayu Dwiningsih Saokori
Tempat/Tanggal Lahir : Ende, 10 September 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jl. Perwira, RT/RW: 01/01, Kel. Kota Raja,
Kec. Ende Utara, Kab. Ende

B. Riwayat Pendidikan

1. SD Inpres Ende 9 tahun 2008-2014
2. SMP Katolik Frateran Ndao tahun 2014-2017
3. SMA Madrasah Aliyah Negeri Ende 2017-2020
4. Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende tahun 2022-2025

MOTTO

Terima kasih kepada Mama dan Nenek, yang sujud dan doanya selalu mencakar langit. Untuk Bapak dan Oncu, kepergianmu di tengah perjuangan ini menjadi duka yang dalam, namun namamu tetap menjadi semangat dan motivasi terkuat sampai detik ini.

"Akan ada suatu masa dalam hidup seseorang merasakan suatu persoalan, yang seakan akan beban berat di pikul sampai merasa kesulitan dari ujung kepala sampai ujung kaki siapapun itu. Kalau ada yang sedang merasakan itu yakinlah kata Allah pada saat itu Allah sedang mengangkat derajatnya dan meningkatkan kualitas hidupnya untuk mencapai suatu istimewa yg belum pernah di raih.

(Q.S Al-baqrah 286)"

"Allah tidak akan memberi kesulitan kepada seseorang sesuai batas kemampuannya"

(QS. Al- Insyirah 94:5-6)

"Allah memang tidak menjanjikan hidupmu akan selalu mudah, tapi dua kali Allah berjanji bahwa: Fa inna ma'al usri yusro innama'al