

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 Ruangan 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. Pengkajian

Pengkajian Keperawatan dilakukan pada tanggal 22 Mei 2025 pada pukul 14.00 WITA di Ruangan Penyakit Dalam I, II RSUD Ende.

a. Pengumpulan Data

Studi Kasus dilakukan pada Ny. V. P yang berumur 54 tahun. Pasien berjenis kelamin perempuan, beragama katolik, status sudah menikah, pendidikan terakhir S1, pekerjaan karyawan swasta, pasien tinggal di Jl. Melati Atas RT 002, RW 005, pasien masuk tanggal 22 Mei 2025 dengan diagnosa medis Gastropati DM dan Diabetes Melitus Tipe 2. Penanggung jawab Tn. M.R.S

berumur 28 tahun, pekerjaan sebagai karyawan swasta, tinggal di Jl. Melati Atas RT 002, RW 005, hubungan dengan pasien anak kandng.

b. Status Kesehatan

1) Status Kesehatan Sekarang

a) Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri uluh hati dan badan lemah.

b) Riwayat Keluhan Utama

Klien mengatakan pada hari Kamis 22 Mei 2025 jam 17.00 WITA klien mengeluh nyeri uluh hati dan badan lemah. Klien dari pulang kerja klien makan nasi dengan sayur bayam dan tiba-tiba klien mengeluh uluh hati sakit dan badan lemah karena terlambat makan siang. Klien mengatakan sebelum tanggal 22 Mei 2025 klien juga sering mengeluh pusing, badan lemah, dan sakit kepala namun klien masih bisa melaksanakan aktivitas sehari-hari sebagai ibu rumah tangga dan bekerja sebagai karyawan swasta. Klien mengatakan makan dengan porsi yang banyak dan sering namun klien masih bisa juga sakit lambung. Klien mengatakan mengalami penurunan berat badan yang sangat drastis, pada tahun 2020 berat badan klien 80 kg dan pada tahun 2025 berat badan klien 66 kg.

c) Alasan Masuk Rumah Sakit dan Perjalanan Penyakit Saat Ini

Pada hari Kamis 22 Mei 2025 pukul 17.00 WITA klien masuk rumah sakit dengan keluhan nyeri uluh hati dan badan lemah. Klien mengatakan pulang dari kerja klien makan nasi dengan sayur bayam, klien mengatakan terlambat makan siang dan tiba-tiba uluh hati klien

sakit dan badan lemah. Klien mengatakan klien langsung diantar oleh keluarga ke rumah sakit pada pukul 18.00 WITA.

d) Upaya yang Dilakukan Untuk Mengatasinya

Klien mengatakan klien langsung dihantar oleh keluarga ke IGD RSUD Ende pada pukul 18.00 WITA.

2) Status Kesehatan Masa lalu

a) Penyakit yang Pernah dialami

Klien mengatakan menderita penyakit Diabetes Melitus dan Hipertensi pada tahun 2020. Penyakit tersebut membuat klien sempat dirawat di klinik Martin De Porres dengan keluhan badan lemah, pusing dan sakit kepala. Klien juga mengatakan menderita sakit lambung sejak tahun 2022.

b) Alergi

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

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

Klien mengatakan klien memiliki kebiasaan minum kopi, makan makanan yang manis-manis (kue, es krim, cemilan) minum minuman dingin (teh pucuk, floridina) minuman kaleng (minuman bersoda).

3) Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan ada keluarga yang menderita Diabetes Melitus yaitu ayah kandung klien.

4) Diagnosa Medis dan Therapy yang Pernah Didapatkan Sebelumnya

Klien mengatakan pernah dirawat di Klinik Martin De Porres dengan diagnosa medis Diabetes Melitus. Klien mengatakan saat dirawat di klinik

klien mendapatkan penyuntikan insulin serta mendapatkan obat untuk penyakit Diabetes Melitus setelah perawatan di klinik, namun klien hanya minum beberapa kali saja setelah itu klien tidak minum lagi. Klien juga tidak mengingat nama obat yang dikonsumsi saat itu. Klien juga pernah dianjurkan untuk membeli alat pengukur gula darah namun klien hanya menggunakan alat tersebut hanya beberapa kali saja.

c. Pola Kebutuhan Dasar

1) Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Klien mengatakan sehat itu penting dan disaat sudah sakit kita harus berusaha sebaik mungkin agar kita bisa sembuh dan bisa melakukan aktivitas kita seperti biasanya. Klien mengatakan disaat sakit klien mencari pengobatan di klinik Martin De Porres dan rumah sakit. Klien mengatakan klien baru mengetahui bahwa klien menderita Diabetes Melitus dan Hipertensi sejak tahun 2020. Klien pernah dirawat di klinik Martin De Porres, disaat perawatan klien mendapatkan penyuntikan insulin dan setelah perawatan klien mendapatkan obat tablet yang berhubungan dengan sakit DM untuk dikonsumsi namun klien hanya mengonsumsi berapa kali saja karena klien beranggapan bahwa jika terus menerus mengonsumsi obat maka akan muncul masalah pada ginjal. Klien lupa nama obat tablet tersebut. Klien juga dianjurkan untuk membeli alat pengukur gula darah namun klien menggunakan alat tersebut hanya beberapa kali saja karena klien terkadang malas untuk mengukur gula darah sendiri.

2) Pola Nutrisi dan Metabolik

- a) Sebelum sakit: klien mengatakan makan 3-5 kali dalam sehari dengan porsi banyak. Jenis makanan yang dikonsumsi yaitu nasi, ikan, sayuran,

tempe, tahu, daging. Klien juga memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan yang manis-manis (kue, es krim, cemilan), memiliki kebiasaan mengonsumsi minuman dingin (teh pucuk, flolidina), minuman yang di kaleng (minuman bersoda). Klien juga mengatakan sering haus dan banyak minum, minum dalam sehari 10-12 kali dengan jumlah air kurang lebih 2.500 ml-3.000 ml. Klien juga mengatakan mengalami penurunan berat badan yang sangat drastis.

- b) Saat sakit: klien mengatakan hanya makan bubur yang didapatkan dari rumah sakit. Klien makan hanya 3-4 sendok makan saja karena uluhati yang sakit dan rasa makanan yang tidak enak. Klien juga mengatakan sering haus dan sering minum air yaitu 10 gelas kurang lebih 2500 ml, klien juga mengatakan mengalami penurunan berat badan, berat badan saat ini 66 kg.

3) Pola Eliminasi

- a) Sebelum sakit: klien mengatakan sering buang air kecil sehari 6-7 kali dengan jumlah yang banyak dan berwarna keruh. Klien BAB 1 hari 1-2 kali dengan konsistensi padat, warna kuning, berbau khas feses, serta tidak ada keluhan yang berhubungan dengan BAB.
- b) Saat sakit: klien mengatakan sering buang air kecil, BAK 6 kali dengan jumlah banyak dan berwarna keruh, BAB 1 hari 1 kali dengan konsistensi padat, bau khas feses, dan tidak ada keluhan yang berhubungan dengan BAB.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

- a) Sebelum sakit: klien beraktivitas sebagai seorang ibu rumah tangga (mencuci, menyapu, memasak) dan sebagai seorang karyawan swasta.

Aktivitas perawatan diri, makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah secara mandiri. Klien juga mengatakan sering mengalami badan lemah, pusing, sakit kepala namun klien masih dapat melakukan aktivitas secara mandiri dan tanpa bantuan dari orang lain.

b) Saat sakit: klien tampak lemah, makan, minum, mandi, toileting, berpakaian, berpindah dibantu sebagian oleh keluarga klien.

5) Pola kognitif dan Persepsi

Komunikasi klien baik, saat ditanya apakah klien mengetahui mengenai penyakit yang diderita saat ini? Klien mengatakan bahwa tahu akan penyakit yang diderita yaitu DM namun klien mengatakan tidak terlalu paham mengenai bagaimana perawatan yang baik tentang penyakitnya, klien juga mengeluh nyeri ulu hati, skala nyeri 7.

6) Pola Istirahat dan Tidur

a) Sebelum sakit: klien mengatakan tidur malam jam 23.00 bangun pagi jam 05.00. klien juga mengeluh kadang-kadang klien sering beberapa kali terbangun karena buang air kecil.

b) Saat sakit: klien mengatakan sedikit terganggu dengan pola tidur klien karena nyeri ulu hati yang kadang-kadang muncul dan kadang kadang hilang, namun klien masih bisa tidur dengan nyenyak.

7) Pola Peran-Hubungan

Klien mengatakan klien berperan sebagai ibu rumah tangga, sebagai kepala keluarga dan sebagai karyawan swasta. Klien tinggal di rumah bersama 5 orang.

8) Pola Seksual-Reproduksi

Klien mengatakan disaat masih remaja klien mengalami menarche pada umur 12 tahun dan sudah mengalami masa menopause pada usia 50 tahun. Klien mengatakan mempunyai 6 orang anak. 5 orang laki-laki dan 1 orang perempuan. Klein juga mengatak tidak ada keluhan seperti keputihan dan masalah lain yang berhubungan dengan sakit Diabetes Melitus semenjak tahun 2020 hingga tahun 2025.

9) Pola Nilai-Kepercayaan

Klien mengatkan bahwa sakit yang dialami merupakan rencana Tuhan. Klien mengatakan kita harrus mensyukuri akan hidup ini, kita harus terus menjali hidup ini, karena kehidupan terus berjalan. Klien juga percaya bahwa dengan mendapatkan perawatan dan pengobatan di sini klien bisa segera memdapatkan kesembuhan agar dapat melanjutkan aktivitas klien seperti biasanya.

10) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Klien mampu mengenal identitasnya, klien adalah seorang karyawan swasta, klien mengatakan jika sedang sakit maka klien membutuhkan pengobatan, karena jika tidak membutuhkan pengobatan maka sakit klien akan berdampak pada aktivitas klien dan pekerjaan klien setiap hari.

11) Pola Toleransi Stres-Koping

Klien mengatakan jika ada masalah sudah pasti sebagai mama-mama pasti akan marah-marah, namun klien tidak berlarut-larut dalam marah tersebut, klien langsung mencari jalan keluar agar dapat menyelesaikan masalah tersebut. Klien juga mengatakan jika ada masalah klien sering menceritakan masalah tersebut pada ibu kandung klien.

d. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan Umum: klien tampak lemah, tingkat kesadaran: Composmentis, GCS: Eye: 4, Verbal: 5, motorik: 6, total: 15.
- 2) Tanda-tanda vital: suhu: 36,5°C, nadi: 104 x/m, RR: 18 x/m, TD: 130/90 mmHg, SpO2: 95%.
- 3) Berat Badan: 66 kg, tinggi badan: 150 cm, IMT: 29,333 (obesitas tingkat 1)

4) Keadaan Fisik

a) Kepala

Inspeksi: kepala tampak bersih, rambut tampak bersih, tidak ada benjolan, tidak ada luka, tidak ada pembengkakan.

Palpasi: tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

b) Wajah: tampak lesu dan tampak menyeringai

c) Mata

Inspeksi: konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikhterik, bentuk mata simetris.

d) Telinga

Inspeksi: pendengaran baik, tidak ada serumen, tidak ada perdarahan, tidak ada serumen.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan.

e) Hidung

Inspeksi: bentuk hidung simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada boogers, tidak ada perdarahan.

f) Leher

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

Palpasi: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.

g) Dada

Inspeksi: frekuensi napas: 18 x/m, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, tidak ada retraksi dinding dada.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan.

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

h) Abdomen

Inspeksi: tidak ada benjolan, tidak ada luka

Auskultasi: bising usus 10x/m

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

i) Akstermitas

(1) Ekstermitas atas

Inspeksi: tidak ada edema, tidak ada luka, tidak ada benjolan, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri. Palpasi: akral teraba hangat, tidak ada nyeri tekan.

(2) Ekstermitas bawah

Inspeksi: tidak ada edema, tidak ada luka

Palpasi: tidak ada nyeri tekan, ekstermitas bawah Kekuatan otot:

e.	Neurologis	<table><tr><td>5</td><td> </td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td> </td><td>4</td></tr></table>	5		5	4		4
5		5						
4		4						

P: klien mengatakan nyeri uluh hati yang dirasakan karena setelah makan nasi dan sayur bayam, dan juga karena terlambat makan.

Q: kualitas nyeri yang dirasakan yaitu tertusuk-tusuk

R: nyeri yang dirasakan di epigastrik region

S: skala nyeri 7

T: nyeri yang dirasakan hilang muncul, muncul 1 menit setelah itu hilang dan muncul lagi.

f. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Gula Darah Sewaktu (GDS): 411 mg/dl
- 2) Gula darah Puasa (GDP): 351 mg/dl
- 3) Gula Darah 2 Jam Post Prandial (GD2JPP): 334 mg/dl
- 4) Urin Lengkap

Jenis	Hasil	Nilai Rujukan
Colour	Yellow	
Glukosa	+4	<30 mg/dl
Bilirubin	-	0,02 md/dl
Keton	+1	Negatif
SG	1,010	1,001-1,035
Blood	-	0,1010 mg/dl
PH	6,5	4,8-8,0
Protein	-	<15 mg/dl
Urobilin	+1	<1,0 mg/dl

Nitrit	-	Negatif
Leukosit Esterase	-	Negatif

g. Penatalaksanaan/ Pengobatan

- 1) Paracetamol 3 x 1 g/ iv
- 2) Ondancetron 3 x 4 mg/iv
- 3) Omeprazole 3 x 40 mg/iv
- 4) Sansulin Rapid 3 x 8 unit/sc
- 5) Sansulin Log 1 x 16 unit/sc
- 6) Sucralfate 3 x 500 mg/ oral sebelum makan
- 7) Antasida Deon 3 x 500 mg/ oral sebelum makan

g. Tabulasi Data

Keadaan umum klien tampak lemah dan menyeringai. Klien mengeluh nyeri uluh hati dan badan lemah. Nyeri uluh hati karena terlambat makan, kualitas nyeri yang dirasakan yaitu tertusuk-tusuk, skala nyeri 7, nyeri yang dirasakan hilang muncul, muncul 1 menit setelah itu hilang dan muncul lagi. Klien mengatakan Sebelum sakit sering buang air kecil sehari 6-7 kali dengan jumlah banyak dan berwarna keruh, klien mengatakan makan 3-5 kali dalam sehari dengan porsi banyak. Klien juga memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan yang manis-manis (kue, es krim, cemilan), memiliki kebiasaan mengonsumsi minuman dingin (teh pucuk, flolidina), minuman yang di kaleng (minuman bersoda). Klien mengatakan sering haus dan banyak minum dengan jumlah air kurang lebih 2.500 ml-3.000 ml. Klien mengatakan mengalami penurunan berat

badan yang sangat drastis, pada tahun 2020 berat badan klien 80 kg dan pada tahun 2025 berat badan klien 66 kg. Saat sakit klien hanya makan bubur yang didapatkan dari rumah sakit. Klien makan hanya 3-4 sendok makan saja karena uluh hati yang sakit dan rasa makanan yang tidak enak. Saat sakit klien juga mengatakan sering haus dan sering minum air kurang lebih 2.500 ml. Klien mengatakan sering buang air kecil, BAK 6 kali dengan jumlah banyak dan berwarna keruh, IMT: 29,333 (obesitas tingkat 1). Klien mendapatkan obat tablet yang berhubungan dengan sakit DM untuk dikonsumsi namun klien hanya mengonsumsi berapa kali saja karena klien beranggapan bahwa jika terus menerus mengonsumsi obat maka akan muncul masalah pada ginjal. Klien mengatakan terkadang malas untuk mengukur gula darah sendiri dengan alat yang ada. Klien mengatakan tidak terlalu paham mengenai bagaimana perawatan yang baik tentang penyakitnya. Saat sakit aktivitas makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian, berpidah dibantu oleh keluarga. Kekuatan otot ekstermitas atas kanan (5), ekstermitas atas kiri (5), ekstermitas bawah kanan (4), ekstermitas kanan bawah (4). Terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri. Gula Darah Sewaktu (GDS) 411 mg/dl, Gula darah Puasa (GDP): 351 mg/dl, Gula Darah 2 Jam Post Prandial (GD2JPP): 334 mg/dl, keton +1, Tanda-tanda vital: suhu: 36,5°C, nadi: 104 x/m, RR: 18 x/m, TD: 130/90 mmHg, SpO2: 95%.

h. Klasifikasi Data

1) Data Subjektif

Klien mengeluh nyeri uluh hati dan badan lemah, nyeri uluh hati karena terlambat makan, kualitas nyeri yang dirasakan yaitu tertusuk-tusuk, skala nyeri 7, nyeri yang dirasakan hilang muncul, muncul 1 menit setelah itu hilang dan muncul lagi. Sebelum sakit sering buang air kecil sehari 6-7

kali dengan jumlah banyak dan berwarna keruh, klien mengatakan makan 3-5 kali dalam sehari dengan porsi banyak. Klien juga memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan yang manis-manis (kue, es krim, cemilan), memiliki kebiasaan mengonsumsi minuman dingin (teh pucuk, flolidina), minuman yang di kaleng (minuman bersoda). Sering haus dan banyak minum, minum air kurang lebih 2.500 ml-3.000 ml. Mengalami penurunan berat badan yang sangat drastis, pada tahun 2020 berat badan klien 80 kg dan pada tahun 2025 berat badan klien 66 kg. Saat sakit klien hanya makan bubur yang didapatkan dari rumah sakit. Klien makan hanya 3-4 sendok makan saja karena ulu hati yang sakit dan rasa makanan yang tidak enak. Saat sakit klien juga mengatakan sering haus dan sering minum air, minum air kurang lebih 2.500 ml. Klien mengatakan sering buang air kecil, BAK 6 kali dengan jumlah banyak dan berwarna keruh, klien mendapatkan obat tablet yang berhubungan dengan sakit DM untuk dikonsumsi namun klien hanya mengonsumsi berapa kali saja karena klien beranggapan bahwa jika terus menerus mengonsumsi obat maka akan muncul masalah pada ginjal. Klien mengatakan terkadang malas untuk mengukur gula darah sendiri dengan alat tersebut. Klien mengatakan tidak terlalu paham mengenai bagaimana perawatan yang baik tentang penyakitnya.

2) Data Objektif

Keadaan umum klien tampak lemah dan menyeringai, IMT: 29,333 (obesitas tingkat 1), aktivitas makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian, berpidah dibantu oleh keluarga. Terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri. Kekuatan otot ekstermitas atas kanan (5), ekstermitas atas

kiri (5), ekstermitas bawah kanan (4), ekstermitas bawah kiri (4). Gula Darah Sewaktu (GDS) 411 mg/dl, Gula darah Puasa (GDP): 351 mg/dl, Gula Darah 2 Jam Post Prandial (GD2JPP): 334 mg/dl, keton +1, Tanda-tanda vital: suhu: 36,5°C, nadi: 104 x/m, RR: 18 x/m, TD: 130/90 mmHg, SpO2: 95%.

i. Analisa Data

No	Sign/Symptom	Etiologi	Problem
1.	<p>DS: Klien mengeluh nyeri uluh hati karena terlambat makan, kualitas nyeri yang dirasakan yaitu tertusuk-tusuk, skala nyeri 7, nyeri yang dirasakan hilang muncul, muncul 1 menit setelah itu hilang dan muncul lagi</p> <p>DO: Keadaan umum klien tampak menyeringai, Tanda-tanda vital: suhu: 36,5°C, nadi: 104 x/m, RR: 18 x/m, TD: 130/90 mmHg, SpO2: 95%.</p>	<p>Agen</p> <p>Pencedara fisiologis</p>	Nyeri Akut
2.	<p>DS: Klien mengatakan badan lemah, Klien mengatakan Sebelum sakit sering buang air kecil sehari 6-7 kali dengan jumlah banyak dan berwarna keruh, klien mengatakan makan 3-5 kali dalam sehari dengan porsi banyak. Klien juga memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan yang manis-manis (kue, es krim, cemilan), memiliki kebiasaan mengonsumsi minuman dingin (teh pucuk, flolidina), minuman yang di kaleng (minuman bersoda). Sering haus dan banyak minum, minum kurang lebih 2.500 ml-3.000 ml. Mengalami penurunan berat badan yang sangat drastis, pada tahun 2020 berat badan klien 80 kg dan pada tahun 2025 berat badan klien 66 kg. Saat sakit klien juga mengatakan sering haus dan sering minum air, minum air kurang lebih 2.500 ml. Klien mengatakan sering buang air kecil, BAK 6 kali dengan jumlah banyak</p>	<p>Resistensi Insulin</p>	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah</p>

dan berwarna keruh.

DO: Keadaan umum klien tampak lemah, Gula Darah Sewaktu (GDS) 411 mg/dl, Gula darah Puasa (GDP): 351 mg/dl, Gula Darah 2 Jam Pos Prandial (GD2JPP): 334 mg/dl, keton +1

-
- | | | | |
|----|---|-----------|-----------------------|
| 3. | DS: Klien mengatakan badan lemah | Kelemahan | Intoleransi aktivitas |
|----|---|-----------|-----------------------|

DO: Keadaan umum klien tampak lemah, aktivitas makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian, berpidah dibantu oleh keluarga. Terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri. Kekuatan otot ekstermitas atas kanan (5), ekstermitas atas kiri (5), ekstermitas bawah kanan (4), ekstermitas bawah kiri (4), Gula Darah Sewaktu (GDS) 411 mg/dl, Gula darah Puasa (GDP): 351 mg/dl, Gula Darah 2 Jam Pos Prandial (GD2JPP): 334 mg/dl, keton +1

-
- | | | | |
|----|---|---------------------------|---------------------|
| 4. | DS: klien mendapatkan obat tablet yang berhubungan dengan sakit DM untuk dikonsumsi namun klien hanya mengonsumsi berapa kali saja karena klien beranggapan bahwa jika terus menerus mengonsumsi obat maka akan muncul masalah pada ginjal. Klien terkadang malas untuk mengukur gula darah sendiri dengan alat tersebut. klien mengatakan tidak terlalu paham mengenai bagaimana perawatan yang baik tentang penyakitnya. Klien juga memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan yang manis-manis (kue, es krim, cemilan), memiliki kebiasaan mengonsumsi minuman dingin (teh pucuk, flolidina), minuman yang di kaleng (minuman bersoda). | Kurang Terpapar Informasi | Defisit Pengetahuan |
|----|---|---------------------------|---------------------|

DO: Gula Darah Sewaktu (GDS) 411 mg/dl, Gula darah Puasa (GDP): 351

mg/dl, Gula Darah 2 Jam Pos Prandial (GD2JPP): 334 mg/dl, keton +1

5. **DO:** Saat sakit klien hanya makan bubur yang didapatkan dari rumah sakit. Klien makan hanya 3-4 sendok makan saja karena ulu hati yang sakit dan rasa makanan yang tidak enak. Klien mengatakan mengalami penurunan berat badan yang sangat drastis, pada tahun 2020 berat badan klien 80 kg.
- ketidakmampuan Mengabsorpsi Nutrisi Risiko Defisit Nutrisi

DO: berat badan klien 66 kg, , keton +1.

3. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi ditandai dengan:

DS: Klien mengeluh nyeri ulu hati karena terlambat makan, kualitas nyeri yang dirasakan yaitu tertusuk-tusuk, skala nyeri 7, nyeri yang dirasakan hilang muncul, muncul 1 menit setelah itu hilang dan muncul lagi

DO: Keadaan umum klien tampak menyeringai, Tanda-tanda vital: suhu: 36,5°C, nadi: 104 x/m, RR: 18 x/m, TD: 130/90 mmHg, SpO2: 95%.

2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan:

DS: Klien mengatakan badan lemah, Klien mengatakan Sebelum sakit sering buang air kecil sehari 6-7 kali dengan jumlah banyak dan berwarna keruh, klien mengatakan makan 3-5 kali dalam sehari dengan porsi banyak. Klien juga memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan yang manis-manis (kue, es krim, cemilan), memiliki kebiasaan mengonsumsi minuman dingin (teh pucuk, floridina), minuman yang di kaleng (minuman bersoda). Sering haus dan banyak minum, minum kurang lebih 2.500 ml-3.000 ml. Mengalami penurunan berat

badan yang sangat drastis, pada tahun 2020 berat badan klien 80 kg dan pada tahun 2025 berat badan klien 66 kg. Saat sakit klien juga mengatakan sering haus dan sering minum air, minum air kurang lebih 2.500 ml. Klien mengatakan sering buang air kecil, BAK 6 kali dengan jumlah banyak dan berwarna keruh.

DO: Keadaan umum klien tampak lemah, Gula Darah Sewaktu (GDS) 411 mg/dl, Gula darah Puasa (GDP): 351 mg/dl, Gula Darah 2 Jam Pos Prandial (GD2JPP): 334 mg/dl, keton +1

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan: **DS:** Klien mengatakan badan lemah

DO: Keadaan umum klien tampak lemah, aktivitas makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian, berpidah dibantu oleh keluarga. Terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri. Kekuatan otot ekstermitas atas kanan (5), ekstermitas atas kiri (5), ekstermitas bawah kanan (4), ekstermitas bawah kiri (4), Gula Darah Sewaktu (GDS) 411 mg/dl, Gula darah Puasa (GDP): 351 mg/dl, Gula Darah 2 Jam Pos Prandial (GD2JPP): 334 mg/dl, keton +1

- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan:

DS: klien mendapatkan obat tablet yang berhubungan dengan sakit DM untuk dikonsumsi namun klien hanya mengonsumsi berapa kali saja karena klien beranggapan bahwa jika terus menerus mengonsumsi obat maka akan muncul masalah pada ginjal. Klien terkadang malas untuk mengukur gula darah sendiri dengan alat tersebut. Klien mengatakan tidak terlalu paham mengenai bagaimana perawatan yang baik tentang penyakitnya. Klien juga memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan yang manis-manis (kue, es krim, cemilan), memiliki

kebiasaan mengonsumsi minuman dingin (teh pucuk, flolidina), minuman yang di kaleng (minuman bersoda).

DO: Gula Darah Sewaktu (GDS) 411 mg/dl, Gula darah Puasa (GDP): 351 mg/dl, Gula Darah 2 Jam Pos Prandial (GD2JPP): 334 mg/dl, keton +1.

- e. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi ditandai dengan:

DO: Saat sakit klien hanya makan bubur yang didapatkan dari rumah sakit. Klien makan hanya 3-4 sendok makan saja karena ulu hati yang sakit dan rasa makanan yang tidak enak. Klien mengatakan mengalami penurunan berat badan yang sangat drastis, pada tahun 2020 berat badan klien 80 kg.

DO: berat badan klien 66 kg, keton +1.

4. Intervensi Keperawatan

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

- a. Nyeri Akut
- b. Ketidakstabilan Kadar Glukosa
- c. Intoleransi Aktivitas
- d. Defisit Pengetahuan
- e. Risiko Defisit Nutris

Intervensi Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, menyeringai menurun.

Intervensi Utama: Manajemen Nyeri

Observasi

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

Rasionalnya: membantu menentukan penyebab nyeri, memilih pengobatan yang tepat berdasarkan karakteristik nyeri dan membantu mengelola nyeri

- 2) Identifikasi skala nyeri

Rasionalnya: membantu menentukan tingkat keparahan nyeri secara akurat dan membantu mengatur pengobatan yang tepat.

- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal

Rasionalnya: membantu mengidentifikasi nyeri yang tidak terdeteksi melalui komunikasi.

Terapeutik

- 1) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Hipnotis, akupresur, terapi musik, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin)

Rasionalnya: mengurangi ketergantungan terhadap obat-obatan, meningkatkan efektivitas pengelolaan nyeri serta menghindari efek samping obat-obatan.

- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

Rasionalnya: meningkatkan kenyamanan pasien serta meningkatkan kualitas tidur pasien.

Edukasi

- 1) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

Rasionalnya: mengurangi ketergantungan terhadap obat-obatan, meningkatkan efektivitas pengelolaan nyeri serta menghindari efek samping obat-obatan.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rasionalnya: meredakan nyeri ringan hingga berat.

- b. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 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) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kekambuhan)

Rasionalnya:

- 3) Monitor kadar glukosa darah

Rasionalnya: menganalisa hasil kadar glukosa darah yang lebih akurat.

- 4) 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.

5) Monitor intake dan output cairan

Rasionalnya: membantu mengidentifikasi kebutuhan cairan, mendeteksi dehidrasi sejak dini dan mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit.

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 terkontrol.

2) Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu

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

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 lelah menurun, lesu 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) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. suara, cahaya, kunjungan)

Rasionalnya: meningkatkan kenyamanan pasien dalam melakukan aktivitas.

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

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

Edukasi

- 1) Anjurkan tirah baring

Rasionalnya: mengurangi kelelahan serta meningkatkan pemulihan fisik dan mental.

- 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

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

- 3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.

Rasionalnya: membantu mengevaluasi pengobatan yang sudah didapatkan.

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 3 x 24 jam 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) Jawalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

Rasionalnya: agar pasien dpat 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 pengeritan 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 patofisiologi 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 konsisinya saat ini dan perubahan dari perawatan ke arah yang lebih baik.

- e. Risiko deficit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah risiko defisit nutrisi tidak terjadi 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) Identifikasi makanan yang disukai

Rasionalnya: membantu meningkatkan nafsu makan dan mengoptimalkan nutrisi.

- 4) Monitor asupan makanan

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

- 5) 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.

3) Berikan suplemen makanan

Rasionalnya: membantu mengembalikan kadar vitamin dan mineral yang dibutuhkan tubuh.

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.

5. Implementasi Keperawatan

a. Hari Pertama, Jumad 23 Mei 2025

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Jam 14.00 wita mengukur suhu hasil 36,5°C, menghitung nadi hasil 104 x/m, menghitung pernapasan hasil: 18 x/m, mengukur tekanan darah hasil 130/90 mmHg, mengukur SpO2 hasil 95%. 14.05 mengkaji lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas nyeri. Hasil: klien mengatakan nyeri di uluh hati, lokasi nyeri epigastrik region, nyeri tertusuk-tusuk, nyeri yang dirasakan hilang muncul, muncul 1 menit lalu hilang dan muncul lagi. 14.08 mengkaji skala nyeri.

Hasil: skala 7. 14.10 mengkaji resons nyeri non-verbal. Hasil: klien tampak menyeringai. 14.12 mengajarkan klien teknik napas dalam. Hasil: klien tampak paham. 14.15 meminta klien agar memperagakan kembali teknik napas dalam yang telah diajarkan. Hasil: klien dapat mengulangi teknik napas dalam yang diajarkan dengan baik. 14.20 menjaga keheningan ruangan agar tidak memperberat nyeri dan meningkatkan keamanan. Hasil: lingkungan tampak tenang. 14.22 melakukan injeksi obat paracetamol 1 g/iv. 14.23 melakukan injeksi obat ondansentron 4 mg/iv. 14.25 melakukan injeksi omeprazole 40 mg/iv.

2) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan reseistensi insulin.

Jam 15.00 mengkaji penyebab hiperglikemia. Hasil: klien mengatakan memiliki kebiasaan sering mengonsumsi makanan yang manis-manis (kue, es krim, cemilan) dan minum kopi dan minuman yang dingin dan manis. 15.05 mengkaji tanda-tanda hiperglikemia. Hasil: klien tampak lemah, adanya poliuria yaitu klien mengatakan sering buang air kecil, BAK 6 kali dengan volume yang banyak dan berwarna keruh, adanya polidipsi yaitu klien mengatakan sering haus dan minum air 10 gelas dengan ukuran 250 ml, tidak adanya polifagia karena klien mengatakan nyeri ulu hati. 15.10 melakukan pengukuran GDS. Hasil: 411 mg/dl. 15.15 melakukan konsultasi dengan dokter mengenai hasil GDS. Hasil: dokter mengatakan terapi lanjut 15.20 menganjurkan klien agar menghindari mengonsumsi makanan dan minuman yang tinggi gula (permen, es krim, roti manis, kue), makanan tinggi garam (ikan asin, sayur dengan banyak garam), makanan berlemak (gorengan, daging berlemak). Hasil: klien mengatakan paham. 15.30 menganjurkan klien melakukan prinsip diet DM yaitu prinsip 3J (jumlah,

jenis, jadwal) yaitu mengganti nasi putih dengan nasi beras merah, perbanyak konsumsi sayuran dan protein (ikan, tempe, tahu, telur) serta buah-buahan. Dengan jumlah $\frac{1}{2}$ piring berisi sayuran, $\frac{1}{4}$ piring berisi protein, $\frac{1}{4}$ piring berisi karbohidrat. Jadwal makan 06.00-07.00 makan pagi, 09.00-10.00 makan selingan, 12.00-13.00 makan siang, 15.00-14.00 makan selingan, 18.00-19.00 makan malam. 15.35 mengajurkan klien memanggil perawat jika ingin makan malam agar akan dilakukan penyuntikan insulin. 17.45 melakukan penyuntikan insulin Sansulin Rapid 8 unit/sc serta menganjurkan klien 15 menit setelah penyuntikan insulin klien boleh makan sesuai program diet. Hasil klien mengatakan paham. 18.00 menganjurkan klien segera makan. 18.02 memantau tetesan infus. Hasil infus 20 tpm dan tidak macet.

3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan. Jam 14.00 mengkaji kelelahan fisik. Hasil: klien tampak lemah, makan, minum, mandi, toileting, berpakaian, berpindah dibantu sebagian oleh anak kandung klien. 15.00 membantu klien agar duduk di sisi tempat tidur. Hasil: klien tampak duduk di sisi tempat tidur. 15.10 menganjurkan klien agar jangan tidur terus menerus di tempat tidur. 15.15 menganjurkan klien agar melakukan aktivitas bertahap yaitu duduk di sisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi, berpindah dari kursi ke kursi yang lain. Hasil: klien masih tampak lemah. 15.17. menganjurkan keluarga agar mendampingi klien dalam melakukan aktivitas (duduk, berpindah ke kursi, ke toilet) 15.20 menganjurkan klien agar banyak istirahat. 15.25 menganjurkan klien agar banyak mengonsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein (nasi beras merah, ikan, tempe, tahu, telur, sayuran) dan buah-buahan.

- 4) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Jam 16.30 mengkaji kesiapan klien menerima informasi. Hasil: klien tampak siap. 16.32 menanyakan persetujuan klien apakah bersedia atau tidak. Hasil: klien bersedia. 16.35 menyiapkan materi dan media pendidikan. Hasil: medianya adalah leaflet. 16.40 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). 17.10 menganjurkan klien untuk rutin melakukan olahraga dalam sehari (jalan santai) 30 menit dalam sehari. 17.15 menganjurkan klien agar terus menggunakan alas kaki saat di rumah. 17.18 menganjurkan klien memantau gula darah secara mandiri. Hasil: klien sudah mempunyai alat glukometer namun klien tidak menggunakan lagi. 17.20 memotivasi klien agar menggunakan lagi alat glukometer tersebut. 17.30 menjelaskan mengenai insulin yang disuntikan.
- 5) Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi. Jam 17.32 mengkaji alergi terhadap makanan. Hasil: klien tidak ada alergi terhadap makanan. 17.35 mengkaji intoleransi terhadap makanan. Hasil: klien mengatakan hanya makan bubur 3-4 sendok makan saja karena ulu hati yang sakit dan rasa makanan yang tidak enak. 17.37 menimbang berat badan klien. Hasil: 66 kg. 17.38 mengukur tinggi badan klien. Hasil: 150 cm. 17.38 menghitung IMT klien. Hasil: 29,333 (obesitas Tingkat 1). 17.39 mengkaji status nutrisi klien. Hasil: klien mengatakan mengalami penurunan berat badan yang sangat drastis, BB dulu 80 kg. 17.40

menganjurkan klien makan makanan TKTP. 17.42 menganjurkan klien menerapkan prinsip 3J. 17.45 memberikan klien minum obat Antasida Deon 500 mg dan obat Sucralfate 500 mg serta menganjurkan klien minum obat 15 menit sebelum makan.

b. Hari kedua, Sabtu 24 Mei 2025

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. 14.00 mengukur suhu tubuh. Hasil: 36.8°C. menghitung nadi hasil: 67 x/m, menghitung pernapasan hasil: 17 x/m, mengukur tekanan darah hasil: 130/60 mmHg, mengukur SpO2 hasil: 95%. 14.05 mengkaji klien mengenai keluhan nyeri. Hasil: klien mengatakan masih sedikit nyeri namun tidak seperti nyeri di hari kemarin., skala nyeri 5, klien tampak masih sedikit menyeringai. 14.15 meminta klien agar melakukan teknik napas dalam. Hasil: klien melakukannya dengan baik. 14.20 menganjurkan klien agar melakukan aktivitas yang klien sukai agar klien dapat mengalihkan nyeri tersebut seperti nonton hp. Hasil: klien mengatakan sering mengalihkan nyeri dengan nonton hp dan bercerita dengan anak klien. 14.22 melakukan injeksi Paracetamol 1 g/iv. 14.24 melakukan injeksi obat Ondansentron 4 mg/iv. 14.25 melakukan injeksi obat Omeprazole 40mg/iv.
- 2) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. 14.00 mengkaji keadaan umum klien. Hasil: klien tampak sedikit lemah. 15.00 mengkaji tanda-tanda hiperglikemia. Hasil: klien masih tampak lemah, masih adanya poliuria yaitu klien mengatakan masih sering buang air kecil 5 kali dengan volume kurang lebih 300 cc dan berwarna keruh, adanya polidipsi yaitu klien masih sering haus minum air 8 gelas berukuran 250 ml, tidak adanya polifagia.. 15.05 memotivasi klien agar menghindari makanan

yang manis tinggi (permen, es krim, roti manis, kue), makanan tinggi garam (ikan asin, sayur dengan banyak garam), makanan berlemak (gorengan, daging berlemak). 15.07 memotivasi klien agar tetap melakukan prinsip diet DM yaitu 3J. 16.00 meminta keluarga agar memanggil perawat jika klien ingin makan malam agar akan dilakukan pengukuran GDS dan penyuntikan insulin. 17.40 melakukan pengukuran GDS. Hasil: 266 mg/dl. 17.45 melakukan penyuntikan insulin Sansuli Rapid 8 serta menganjurkan klien 15 menit setelah penyuntikan insulin klien boleh makan. 18.05 meminta klien segera makan sesuai dengan diet yang diprogramkan. Hasil: klien mengonsumsi nasi dari beras merah, ikan, tempe, telur, sayur dan buah pisang. 18.10 memantau tetesan infus. Hasil: infus 20 tpm dan tidak macet.

- 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Jam 14.00 mengkaji keadaan umum klien. Hasil: klien tampak sedikit bersemangat. 14.30 membantu klien duduk di sisi tepat tidur. Hasil: klien tampak duduk di sisi tempat tidur. 14.33 membantu klien berpindah dari tempat tidur ke kursi. Hasil: klien masih tampak sedikit lemah namun dapat berpindah dengan baik. 14.35 membantu klien berpindah dari kursi ke toilet. 14.45 membantu klien berpindah dari toilet tempat tidur. 14.50 memotivasi klien agar mengonsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein (nasi, ikan, telur, tempe, tahu, sayur buah) agar meningkatkan energi. Hasil: klien tampak paham.
- 4) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Jam 16.30 menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang pentingnya mengontrol kadar gula darah dengan patuh diet dan rutin melakukan olahraga. 16.35 menjelaskan nilai normal kadar gula darah yaitu GDS: <200 mg/dl, GDP dan GD2JPP <126 mg/dl. 16.40 menjelaskan mengenai komplikasi dari DM.

16.45 menjelaskan mengenai prinsip diet DM yaitu 3J (jumlah, jenis, jadwal). 16.50 memotivasi klien agar berolahraga ringan seperti jalan Santai minimal 30 menit dalam sehari. Hasil: klien mengatakan setelah sembuh dan keluar dari rumah sakit akan mulai berolahraga. 16.55 memotivasi klien agar tetap menggunakan alas kaki atau sandal di rumah. 17.00 menganjurkan dan memotifasi klien agar memantau gula darah secara mandiri di rumah. Hasil: klien mengatakan akan menggunakan lagi alat glucometer yang sudah dibeli. 17.50 mengajarkan klien dan keluarga cara penyuntikan insulin. Ada 3 lokasi untuk penyuntikan insulin pada lengan, perut dan paha bagian dalam. Hasil klien dan keluarga mengatakan mengerti. 18.00 menganjurkan dan memotivasi klien agar rutin melakukan pemeriksaan kesehatan di fasilitas kesehatan.

- 5) Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi. Jam 17.30 mengkaji intoleransi terhadap makanan. Hasil: klien mengatakan makan nasi beras merah dan menghabiskan ½ porsi nasi karena uluh hati masi sedikit sakit. 17.32 memotivasi klien agar mengonsumsi makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein. 17.35 menganjurkan dan memotivasi klien agar tetap menerapkan prinsip diet DM yaitu prinsip 3J. 17.40 memberikan klien obat tablet Antasida Deon 500 mg. 17.42 memberikan klien obat tablet Sucralfate 500 mg. 17.45 meminta klien agar minum obat Antasida Deon dan Obat Sucralfate 15 menit sebelum makan.

6. Evaluasi

a. Hari pertama, Jumad 23 Mei 2025

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Jam 21.00. **Data Subjektif:** klien mengatakan masih nyeri uluh hati, nyeri yang dirasakan

tertusuk-tusuk dan hilang muncul, skala nyeri: 5. **Data Objektif:** klien tampak menyeringai, nyeri di epigastirik region, TTV: suhu: 36,5°C, nadi: 100 x/m, RR: 18 x/m, TD: 130/90 mmHg, SpO2: 95%. **A:** Masalah Nyeri Akut belum teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan.

- 2) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Jam: 21.00. **Data Subjektif:** klien mengatakan badan masih lemah, : klien tampak lemah, adanya poliuria yaitu klien mengatakan sering buang air kecil, BAK 6 kali dengan volume kurang lebih 300 ml dan berwarna keruh, adanya polidipsi yaitu klien mengatakan sering haus dan minum air 10 gelas dengan ukuran 250 cm, tidak adanya polifagia karena klien mengatakan nyeri uluh hati.. **Data Objektif:** klien masih tampak lemah, GDS: 261 mg/dl. **A:** Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan.
- 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Jam: 21.00. **Data Subjektif:** klien mengatakan badan lemah. **Data Objektif:** klien tampak lemah, makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindahan masih dibantu oleh anak klien. **A:** Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan.
- 4) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Jam: 21.00. **Data Subjektif:** Klien mengatakan paham akan materi yang disampaikan. **Data Objektif:** klien mampu menyebutkan kembali jenis-jenis DM, tanda dan gejala DM, Komplikasi dari DM, dan Prinsip diet DM yaitu Prinsip 3J. **A:** Masalah Defisit Pengetahuan sebagian teratasi. **P:** intervensi dilanjutkan.

5) Risiko Defisit Nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi. Jam: 21.00. **Data Subjektif:** klien mengatakan makan bubur hanya 3-4 sendok makan saja karena ulu hati yang sakit, klien mengatakan mengalami penurunan BB yang drastis, BB pada tahun 2020 80 kg. **Data Objektif:** BB sekarang: 66 kg, TB: 150 cm, IMT: 29,333 (obesitas tingkat 1), keton +1. **A:** Masalah defisit nutrisi tidak terjadi. **P:** Intervensi dilanjutkan.

b. Hari kedua, Sabtu 24 Mei 2025

1) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Jam: 21.00. **Data Subjektif:** klien mengatakan masih nyeri ulu hati namun nyeri yang dirasakan sedikit berkurang, skala nyeri 3. **Data Objektif:** klien masih tampak sedikit menyeringai, TTV: suhu: 36,8°C, nadi: 67 x/m, RR: 17x/m, TD: 130/60 mmHg, SpO₂: 95%. **A:** masalah nyeri akut Sebagian teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan.

2) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Jam: 21.00. **Data Subjektif:** klien mengatakan lemah sedikit berkurang tidak seperti hari kemarin, klien mengatakan makan nasi dari beras merah dan menghabiskan ½ porsi nasi, menghabiskan sayur, tempe, telur dan buah pisang, BAK: 5 x, minum 8 gelas berukuran 250 ml. **Data Objektif:** klien tampak sedikit bersemangat, lemah sedikit berkurang, GDS: 136 mg/dl. **A:** masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi. **P:** intervensi dilanjutkan.

3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Jam: 21.00. **Data Subjektif:** klien mengatakan lemah berkurang. **Data Objektif:** klien tampak sedikit bersemangat, tidak seperti hari kemarin, makan minum mandiri,

mandi dibantu sebagian, berpakaian dibantu sebagian, pergi ke toilet dibantu sebagian, jarak berpindah meningkat. **A:** masalah Intoleransi Aktivitas sebagian teratasi. **P:** intervensi dilanjutkan.

- 4) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Jam: 21.00. **Data Subjektif:** klien mengatakan akan menjalankan prinsip diet DM yaitu prinsip 3J, klien mengatakan akan melakukan olahraga yaitu jalan santai minimal 30 menit dalam sehari, klien juga akan mengatakan akan menggunakan lagi alat glukometer untuk memantau gula darah secara mandiri. **Data Objektif:** klien mampu menyebutkan komplikasi dari DM, mampu menyebutkan nilai normal dari kadar GDS yaitu < 200 mg/dl, GDS: 136 mg/dl. **A:** masalah Defisit Pengetahuan Sebagian teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan.
- 5) Risiko Defisit Nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi Nutrien. Jam: 21.00. **Data Subjektif:** klien mengatakan makan nasi dari beras merah dan menghabiskan ½ porsi nasi, karena ulu hati yang masih sedikit sakit, namun nyeri ulu hati sedikit berkurang. **Data Objektif:** BB: 66 kg, TB: 150 cm, IMT: 29,333 (obesitas Tingkat 1). **A:** masalah Risiko Defisit Nutrisi tidak terjadi. **P:** Intervensi dilanjutkan.

7. Catatan Perkembangan

a. Diagnosa 1

Jam: 07.00. S: Klien mengatakan sudah tidak nyeri ulu hati lagi, skala nyeri: 2.
O: klien tampak tidak menteringai lagi, TTV: Suhu: 36,7°C, nadi: 77 x/m, RR: 18x/m, TD: 13080 mmHg, SpO2: 96%. **A:** masalah Nyeri Akut sebagian Teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan **I:** 07.30 mengkaji keadaan umum klien, mengkaji skala nyeri, mengkaji respon nyeri non verbal, 07.35 menganjurkan

klien agar tetap melakukan teknik napas dalam jika mengalami nyeri. 08.00 melakukan injeksi obat Paracetamol 1 g/iv, melakukan injeksi obat Ondansetron 4 mg/iv, melakukan injeksi obat Omeprazole 40 mg/iv. **E:** keadaan umum klien tampak baik, tampak bersemangat, tidak ada keluhan nyeri lagi, skala nyeri: 0, TTV: Suhu: 36,7°C, nadi: 77 x/m, RR: 18x/m, TD: 13080 mmHg, SpO2: 96%. masalah teratasi, intervensi dihentikan.

b. Diagnosa 2

Jam: 07.00. S: klien mengatakan badan tidak lemah lagi, tidak adanya polifagia. Keluhan sering haus berkurang, minum air 5 gelas berukuran 250 ml, keluhan sering BAK berkurang, BAK 3 kali. **O:** Klien tampak sangat bersemangat dan tidak lemah lagi, GDS: 136 mg/dl. **A:** masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi. **P:** intervensi dipertahankan. **I:** 07.30 mengkaji keadaan umum klien, 07.40 .mengkaji tanda-tanda hiperglikemia, 07.45 memotivasi klien agar menghindari makanan yang mengandung manis tinggi tinggi (permen, es krim, roti manis, kue), makanan tinggi garam (ikan asin, sayur dengan banyak garam), makanan berlemak (gorengan, daging berlemak). 07.50 Memotivasi klien agar tetap menerapkan prinsip 3J pada diet DM, 11.40 melakukan pengukuran GDS, 11.45 melakukan penyuntikan insulin Sansulin Rapid 8 unit/sc. **E:** klien tampak sangat bersemangat, tidak lemah lagi, keluhan sering haus berkurang, keluhan sering BAK berkurang, GDS: 126 mg/dl, masalah teratasi, intervensi dihentikan.

c. Diagnosa 3

Jam: 07.00. S: klien mengatakan sudah tidak lemah lagi. **O:** klien tampak sangat bersemangat, tidak lemah lagi, makan, minum, mandi, berpakaian, toileting semuanya mandiri tanpa bantuan dari orang lain, jarak berpidah meningkat. **A:**

masalah Intoleransi Aktivitas sebagian teratasi. **P:** Intervensi dipertahankan. **I:** 08.00 mengkaji keadaan umum klien. 08.05 memotivasi klien agar melakukan aktivitas bertahap. 08.10 memotivasi klien makan makanan yang TKTP. 08.15 menganjurkan klien banyak beristirahat. **E:** klien tampak bersemangat, aktivitas klien mandiri, jarak berpindah meningkat, masalah teratasi, intervensi dihentikan.

d. Diagnosa 4

Jam: 07.00. S: klien mengatakan akan menjalankan prinsip diet DM yaitu prinsip 3J, klien mengatakan akan melakukan olahraga yaitu jalan santai minimal 30 menit dalam sehari, klien juga akan mengatakan akan menggunakan lagi alat glukometer untuk memantau gula darah secara mandiri. **Data Objektif:** klien mampu menyebutkan komplikasi dari DM. **A:** masalah Defisit Pengetahuan Sebagian teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan. 09.00 menganjurkan klien melakukan pemeriksaan secara teratur di fasilitas Kesehatan. 09.05 menganjurkan klien melakukan diet DM yang seimbang yaitu prinsip 3J. 09.10 menganjurkan klien agar tidak mengonsumsi makanan yang tinggi gula (kue, roti manis, permen, es krim, cemilan) dan minuman manis (teh pucuk, flordinia, minuman bersoda). 09.15 menganjurkan klien rutin melakukan olahraga (jalan Santai) 30 menit dalam sehari. 09.20 menganjurkan klien agar rutin mengukur gula darah secara mandiri dengan alat yang sudah ada. 09.25 menganjurkan klien agar istirahat yang cukup. **E:** klien mengatakan setelah keluar dari rumah sakit klien akan rutin olahraga, akan melaksanakan prinsip diet DM 3J, tidak mengonsumsi makanan dan minuman yang membuat gula darah naik yang bisa menyebabkan komplikasi dan rutin periksa Kesehatan. GDS: 126 mg/dl, masalah Defisit Pengetahuan teratasi, intervensi dihentikan.

e. Diagnosa 5

Jam: 07.00. S: klien mengatakan menghabiskan 1 porsi makan yaitu nasi dari beras merah, ikan, tahu, sayur dan buah pisang. **O:** klien tampak bersemangat, **BB:** 66 kg, **TB:** 150 cm, **IMT:** 29,333. **A:** masalah deficit nutrisi tidak terjadi. **P:** Intervensi dihentikan. **I:** 08.00 mengkaji intoleransi terhadap makanan, 08.05 memotivasi klien makan makanan TKTP. 08.10 memotivasi klien agar menerapkan prinsip diet DM yaitu prinsip 3J. 11.00 memberikan obat tablet Antasida Deon 500 mg, memberikan obat tablet Sucralfat 500 mg, menganjurkan klien minum obat Antasida Deon dan Sucralfate 15 menit sebelum makan. **E:** klien tampak bersemangat, mengatakan menghabiskan 1 porsi makan yaitu nasi dari beras merah, ikan, tahu, sayur dan buah pisang, klien tampak bersemangat, **BB:** 66 kg, **TB:** 150 cm, **IMT:** 29,333. Masalah tidak terjadi, intervensi dihentikan.

B. PEMBAHASAN

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian studi kasus pada Ny. V. P ditemukan keadaan umum klien tampak lemah dan menyeringai. Klien mengeluh nyeri ulu hati dan badan lemah. Nyeri ulu hati karena terlambat makan, Klien mengatakan mengalami penurunan berat badan yang sangat drastis, pada tahun 2020 berat badan klien 80 kg dan pada tahun 2025 berat badan klien 66 kg. Klien hanya makan bubur yang didapatkan dari rumah sakit. Klien makan hanya 3-4 sendok makan saja karena ulu hati yang sakit dan rasa makanan yang tidak enak. Klien juga mengatakan sering haus dan minum air, sering buang air kecil, **IMT:** 29,333 (obesitas tingkat 1). Makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian, berpidah dibantu oleh keluarga. Gula Darah Sewaktu (GDS) 411 mg/dl, Gula darah Puasa (GDP): 351 mg/dl, Gula Darah 2 Jam

Pos Prandial (GD2JPP): 334 mg/dl, keton +1, Tanda-tanda vital: suhu: 36,5°C, nadi: 104 x/m, RR: 18 x/m, TD: 130/90 mmHg, SpO2: 95%.

Menurut Fatimah dalam Suryati Ida (2021) mengungkapkan gejala Diabetes Melitus dibedakan menjadi Akut dan kronik. Gejala akut (polifagia, polidipsia, poliuria), muda lelah, lemah, penurunan berat badan. Gejala kronik (kesemutan, rasa kebas dikulit, kulit terasa panas dan tertusuk-tusuk, kelelahan, dan pandangan kabur, adanya bisul, luka yang lama sembuh) serta adanya peningkatan kadar glukosa dalam darah diatas nilai normal yaitu GDS > 200 mg/dl, GDP > 126 mg/dl dan GD2JPP >200 mg/dl.

Hal ini terdapat kesenjangan antara teori dan kasus Ny. V. P dimana tidak ditemukan gejala polifagia, kesemutan, rasa kebas di kulit, kulit terasa panas dan tertusuk-tusuk, pandangan kabur, bisul, dan luka yang lama sembuh.

Pada kasus Ny. P. V Tidak ditemukan gejala polifagia. Hal ini berkaitan dengan diagnosa medis yang ditegakan oleh dokter yaitu Gastropati DM. Menurut Cahyono, J. B. Suharjo (2021) mengatakn Gastropati DM merupakan salah satu komplikasi dari DM dan merupakan kondisi neuropati yang terjadi pada sistem gastrointestinal pada pasien Diabetes Melitus. Kelemahan saraf otonom menyebabkan menurunnya fungsi motilitas lambung. Akibatnya pasien dengan komplikasi tersebut mengeluh tidak mudah lapar, makan sedikit terasa kenyang, gampang kembung, mual, muntah, sakit perut dan nyeri uluh hati. Komplikasi pada Ny. V. P tersebut menyebabkan klien mengeluh nyeri uluh hati. Pada pengkajian klien mengeluh nyeri uluh hati yang membuat klien hanya makan bubur 3-5 sendok saja sehingga tidak ditemukan polifagia. Saran yang diberikan pada Ny. V. P yang berhubungan dengan nyeri uluh hati adalah klien terus melakukan teknik napas

dalam disaat nyeri timbul, klien juga dianjurkan untuk mengonsumsi makanan yang hangat dengan porsi sedikit tapi sering agar kebutuhan nutrisi klien tetap terpenuhi.

Kesemutan, rasa kebas dikulit, kulit terasa panas dan tertusuk-tusuk dan luka yang lama sembuh adalah gejala dari neuropati diabetikum yang merupakan salah satu komplikasi dari Diabetes Melitus. Sedangkan Pandangan kabur juga merupakan salah satu gejala dari retinopati DM yang merupakan komplikasi dari DM. Lamanya menderita DM berpotensi terkena neuropati DM dan retinopati DM

Menurut Tandra, Hans (2022) mengatakan bahwa sebenarnya neuropati DM dan retinopati DM sering terjadi dan diperkirakan 75 persen diabetesi mengalami komplikasi ini. Terutama jika diabetes sudah terjadi sudah berlangsung lebih dari 10 tahun. Hal ini tidak terjadi pada Ny. V. P karena klien mengatakan menderita penyakit Diabetes Melitus pada tahun 2020 artinya klien sudah menderita penyakit DM selama 5 tahun. Saran yang diberikan pada Ny. V. P yang berhubungan dengan tanda dan gejala dari neuropati dan retinopati adalah klien terus menjaga pola makan, menerapkan prinsip diet 3J, rutin melakukan pemeriksaan kesehatan, serta rutin melakukan olahraga.

Faktor keturunan, gaya hidup yang tidak sehat, faktor usia, gula darah yang tidak terkontrol adalah faktor risiko terjadinya DM. Jangka waktu yang lama menderita Diabetes Melitus dan juga ditambah faktor risiko tersebut berpotensi seseorang terkena neuropati DM dan retinopati DM. Hasil penelitian yang mendukung terjadinya neuropati DM adalah penelitian dari Rahmi, Aryeni Sri, DKK tentang "Hubungan Lama Menderita DM Tipe 2 dengan Kejadian Neuropati Diabetik" mengungkapkan bahwa sebagian besar DM tipe 2 yang menderita neuropati diabetik rata-rata menderita DM > dari 5 tahun (92,1%). Hasil penelitian yang mendukung adanya hubungan lamanya menderita DM dengan retinopati adalah

penelitian dari Dewi, Putri Nirmala yang berjudul “Profil Tingkat Keparahan Retinopati Diabetik Dengan Atau Tanpa Hipertensi di RSUP Dr. M. Djamil Padang” yang mengatakan bahwa menurut durasi menderita DM banyak pada penderita > 5 tahun sebesar 110 orang (68 %).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. V. P adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dan Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien.

Menurut Maria, Insana (2021) mengatakan diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien Diabetes Melitus adalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas/resistensi insulin, Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien, nyeri kronis berhubungan dengan gangguan fungsi metabolik, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, gangguan pola tidur berhubungan dengan penyakit kronis, risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit (diabetes melitus), dan risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hiperglikemia.

Hal ini terdapat kesenjangan antara teori dan kasus dimana diagnosa keperawatan yang ada pada teori tidak ditemukan dalam kasus dan diagnosa yang ditemukan dalam kasus Ny. V. P tidak ditemukan dalam teori..

Masalah keperawatan hipovolemia tidak ditegakan dalam kasus Ny. V. P karena pada pengkajian tidak ditemukan data-data yang mendukung tentang hipovolemia. Menurut SDKI (2020) data-data yang mendukung sehingga bisa

ditegakan masalah hipovolemia adalah frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat dan data tersebut tidak ditemukan dalam pengkajian.

Nyeri kronis tidak ditegakan dalam kasus Ny. V. P karena tidak ditemukan data-data yang mendukung untuk ditegakkannya masalah keperawatan nyeri kronis. Menurut Maria, Insana (2020) mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan pasien DM adalah nyeri yang berhubungan dengan nyeri saraf. Nyeri saraf yang sering dirasakan seperti mati rasa, menusuk, kesemutan atau sensasi terbakar yang membuat klien terjaga pada waktu malam hari. Hal itu tidak ditemukan dalam kasus Ny. V. P. Masalah nyeri masih tetap ditegakan pada kasus Ny. V. P namun nyeri yang ditemukan dalam kasus Ny. V. P berhubungan dengan Gastropati DM dan ditemukan data klien mengeluh nyeri ulu hati, nyeri yang dirasakan tertusuk-tusuk, nyeri hilang muncul dan skala nyeri 7 sehingga ditegakan masalah keperawatan nyeri akut.

Masalah keperawatan gangguan pola tidur tidak ditegakan dalam kasus Ny. V. P karena tidak ditemukan data-data yang mendukung. Menurut SDKI (2020) data yang mendukung untuk ditegakan masalah gangguan pola tidur adalah mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh istirahat tidak cukup. Data-data tersebut tidak ditemukan pada kasus Ny. V. P.

Masalah keperawatan risiko infeksi tidak ditegakan dalam kasus Ny. V. P karena tidak ditemukan data-data yang mendukung untuk ditegakkannya masalah tersebut. Tanda dan gejala dari risiko infeksi adalah adanya luka yang lama sembuh, nyeri pada area luka, kemerahan, bengkak, dan panas. Tanda dan gejala tersebut tidak ditemukan dalam kasus Ny. V. P.

Masalah keperawatan risiko perfusi perifer tidak efektif tidak ditegaskan dalam kasus Ny. V. P karena tidak ditemukan data-data yang mendukung untuk ditegakkannya masalah tersebut. Tanda dan gejala dari risiko perfusi perifer tidak efektif yaitu pengisian kapiler > 3 detik, akral teraba dingin, warna kulit pucat dan turgor kulit menurun. Tanda dan gejala tersebut tidak ditemukan dalam kasus Ny. V. P.

Masalah keperawatan defisit pengetahuan ditegaskan dalam kasus Ny. V. P karena ditemukan data-data yang mendukung. Menurut SDKI (2018) data yang mendukung untuk ditegaskan masalah defisit pengetahuan adalah menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran. Data yang ditemukan dalam kasus Ny, V. P adalah klien mendapatkan obat tablet yang berhubungan dengan sakit DM untuk dikonsumsi namun klien hanya mengonsumsi berapa kali saja karena klien beranggapan bahwa jika terus menerus mengonsumsi obat maka akan muncul masalah pada ginjal. Klien lupa nama obat tersebut. Klien terkadang malas untuk mengukur gula darah sendiri dengan alat glukometer. Klien mengatakan tidak terlalu paham mengenai bagaimana perawatan yang baik tentang penyakitnya. Klien juga memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan yang manis-manis (kue, es krim, cemilan), memiliki kebiasaan mengonsumsi minuman dingin (teh pucuk, flolidina), minuman yang di kaleng (minuman bersoda). Dari data-data tersebut yang mendukung sehingga ditegaskan masalah defisit pengetahuan.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan prioritas masalah keperawatan yang muncul pada kasus Ny. V. P. Intervensi keperawatan pada Ny. V. P disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) tahun 2018.

Intervensi Keperawatan pada masalah Nyeri Akut pada kasus Ny. V. P disusun berdasarkan SIKI tahun 2018. Intervensi masalah nyeri akut disusun untuk mencapai kriteria hasil yang telah ditetapkan pada kasus Ny. V. P. Pada teori terdapat intervensi yang berhubungan dengan masalah nyeri kronis namun intervensi tersebut tidak disusun dalam kasus Ny. V. P. Namun intervensi yang disusun dalam kasus Ny. V. P adalah intervensi yang berhubungan dengan masalah nyeri akut pada kasus Ny. V. P.

Intervensi keperawatan yang tidak disusun dalam masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah pada kasus Ny. V. P adalah fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik. Hipotensi ortostatik merupakan penurunan tekanan darah secara tiba-tiba yang terjadi saat seseorang berubah posisi dari berbaring ke duduk atau berdiri. Hipotensi ortostatik sering disebabkan oleh neuropati otonom diabetik yaitu kerusakan saraf otonom yang mengatur tekanan darah dan denyut jantung saat berubah posisi. Ambulasi tidak disusun dalam intervensi keperawatan karena pada kasus Ny. V. P tidak ditemukan komplikasi yang berhubungan dengan neuropati.

Intervensi keperawatan pada masalah keperawatan intoleransi aktivitas yang ada dalam teori berdasarkan SIKI semuanya disusun pada kasus Ny. V. P yang terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Intervensi keperawatan yang ada dalam teori pada masalah keperawatan defisit pengetahuan berdasarkan SIKI yang terdiri dari observasi, terapeutik dan edukasi semuanya disusun pada kasus Ny. V. P.

Intervensi keperawatan untuk masalah keperawatan risiko defisit nutrisi disusun berdasarkan SIKI yang terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Pada teori tidak ditemukan intervensi mengenai masalah risiko defisit

nutrisi namun pada kasus Ny. V. P ditemukan masalah risiko defisit nutrisi sehingga intervensi yang disusun disesuaikan dengan masalah tersebut.

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. V P dilaksanakan selama 3 hari sejak tanggal 23-25 Mei 2025. Implementasi dilakukan sesuai perencanaan yang sudah disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia tahun 2018).

5. Evaluasi

Evaluasi tindakan keperawatan yang diberikan pada Ny. V. P Dengan diagnosa medis Gastropati DM dan Diabetes Melitus Tipe 2 dilakukan berdasarkan tujuan yang ditetapkan. Pada Ny. V. P Dievaluasi bahwa masalah nyeri akut teratasi dengan hasil **S:** Klien mengatakan sudah tidak nyeri ulu hati lagi, skala nyeri: 0. **O:** klien tampak tidak menteringai lagi, TTV: Suhu: 36,7°C, nadi: 77 x/m, RR: 18x/m, TD: 13080 mmHg, SpO2 95%.

Masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi dengan hasil **S:** klien mengatakan badan tidak lemah lagi, tidak adanya polifagia. Keluhan sering haus berkurang, minum air 5 gelas berukuran 250 ml, keluhan sering BAK berkurang, BAK 3 kali. **O:** Klien tampak sangat bersemangat dan tidak lemah lagi, GDS: 126 mg/dl.

Masalah keperawata intoleransi aktivitas teratasi dengan hasil **S:** klien mengatakan sudah tidak lemah lagi. **O:** klien tampak sangat bersemangat, tidak

lemah lagi, makan, minum, mandi, berpakaian, toileting semuanya mandiri tanpa bantuan dari orang lain, jarak berpidah meningkat.

Masalah keperawatan Defisit pengetahuan teratasi dengan hasil **Data Subjektif:** klien mengatakan setelah keluar dari rumah sakit klien akan rutin olahraga, akan melaksanakan prinsip diet DM 3J, tidak mengonsumsi makanan dan minuman yang membuat gula darah naik yang bisa menyebabkan komplikasi dan rutin periksa kesehatan. **Data Objektif:** klien mampu menyebutkan pengelolaan DM dengan baik yaitu rutin melakukan olahraga, menerapkan prinsip diet DM 3j, rutin periksa kesehatan ke faskes, GDS: 126 mg/dl. **A:** masalah Defisit Pengetahuan teratasi.

Masalah keperawatan risiko defisit nutrisi tidak terjadi sampai defisit nutrisi dengan hasil **S:** klien mengatakan menghabiskan 1 porsi makan yaitu nasi dari beras merah, ikan, tahu, sayur dan buah pisang. **O:** klien tampak bersemangat, BB: 66 kg, TB: 150 cm, IMT: 29,333.

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

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

2. 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.

3. 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.