

LAMPIRAN 1

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: Jeronio Oca Ribeiro Soares dengan judul: Asuhan Keperawatan pada Ny. V. P dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Tipe II di Ruang Penyakit Dalam (RPD) 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, 22 Mei 2025

Saksi

Yang memberikan Persetujuan



Tn. M. R. S



Ny. V. P

Peneliti



Jeronio Oca Ribeiro Soares
NIM: PO 5303202220044

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. V. P dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Tipe II 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 Tipe II 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: 081236766155

Ende, 21 Mei 2025

Penulis

Jeronio Oca Ribeiro Soares
NIM: PO 5303202220044



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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. V. P DENGAN DIAGNOSA
MEDIS DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANG PENYAKIT DALAM
(RPD) I, II RSUD ENDE**

A. Pengkajian

1. Pengumpulan Data

a. Identitas

1) Identitas Pasien

Nama	:	Ny. V. P
Umur	:	54 Tahun
Agama	:	Katolik
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Status	:	Menikah
Pendidikan	:	S1
Suku Bangsa	:	Ende Lio

Alamat : Jl. Melati Atas RT 002 RW 005, Kel.
Paupira, Kec. Ende Tengah

Tanggal Masuk : 22 Mei 2025

Tanggal : 23 Mei 2025

Pengkajian

No Register : 000355

Diagnosa Medis : Diabetes Melitus Tipe II dan
Gastropati DM

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. M. R. S

Umur : 28 Tahun

Alamat : Jl. Melati Atas RT 002 RW 005

Pekerjaan : Karyawan Swasta

Hub. Dengan Pasien : Anak Kandung

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 ulu 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, florigina) 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 ulu hati 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 uluh 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 uluh 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 mendapatkan 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

Inspksi: 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

Inspksi: 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:

5	5
4	4

e. Neurologis

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. Tabulasi Data

Kedadaan 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, flordin), 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 ulu 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 bawah kiri (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, floridina), 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 uluh 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.	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 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%.	Agen Pencedara fisiologis	Nyeri Akut
2.	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 dan berwarna keruh. DO: Keadaan umum klien tampak lemah, Gula Darah Sewaktu (GDS) 411 mg/dl, Gula darah Puasa (GDP): 351 mg/dl,	Resistensi Insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

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, floridina), 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 uluh 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
Mengabsorbsi
Nutrisi | Risiko
Nutrisi | Defisit |
|----|--|---|-------------------|---------|

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

B. Diagnosa Keperawatan

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

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

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

3. 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

4. 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, floridina), 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.

5. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi ditandai dengan:

DO: 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. 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.

C. Intervensi Keperawatan

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

1. Nyeri Akut
2. Ketidakstabilan Kadar Glukosa
3. Intoleransi Aktivitas
4. Defisit Pengetahuan
5. Risiko Defisit Nutris

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Perencanaan (SIKI)	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil keluhan	Intervensi Utama: Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri	1. Membantu menentukan penyebab nyeri, memilih pengobatan yang tepat berdasarkan karakteristik nyeri dan membantu mengelola nyeri 2. Membantu menentukan tingkat keparahan nyeri secara akurat dan membantu

		nyeri menurun, menyeringai menurun.	3. Identifikasi respon nyeri non verbal Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Hipnotis, akupresur, terapi musik, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi 1. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	mengatur pengobatan yang tepat. 3. Membantu mengidentifikasi nyeri yang tidak terdeteksi melalui komunikasi 4. Mengurangi ketergantungan terhadap obat-obatan, meningkatkan efektivitas pengelolaan nyeri serta menghindari efek samping obat-obatan. 5. Meningkatkan kenyamanan pasien serta meningkatkan kualitas tidur pasien. 6. Mengurangi ketergantungan terhadap obat-obatan, meningkatkan efektivitas pengelolaan nyeri serta menghindari efek samping obat-obatan. 7. Meredakan nyeri ringan hingga berat.
2.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Setelah dilakukan tindakan asuhan	Intervensi Utama: Manajemen Hiperglikemia	1. Membantu mengoptimalkan pengobatan, mencegah

	berhubungan dengan resistensi insulin.	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 rentan normal (GDS: < 200 mg/dl), kadar glukosa dalam urine membaik (5).	Observasi 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kekambuhan) 3. Monitor kadar glukosa darah 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polifagia, poliuria, polidipsia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 1. Berikan asupan cairan oral 2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi 1. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara	terjadinya komplikasi dan meningkatkan pengelolaan gula darah. 2. Menganalisa hasil kadar glukosa darah yang lebih akurat. 3. Membantu mendeteksi hiperglikemia sejak dini, pengelolaan gula darah yang efektif serta memastikan pengobatan yang lebih akurat. 4. Membantu mengidentifikasi kebutuhan cairan, mendeteksi dehidrasi sejak dini dan mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit. 5. Membantu menghindari dehidrasi, menghindari ketoasidosis diabetikum dan mengatur keseimbangan cairan. 6. Membantu mengatur strategi pengelolaan gula darah yang optimal serta mengoptimalkan penggunaan obat-obatan dan insulin 7. Membantu pasien agar
--	--	---	---	---

			mandiri 2. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 3. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat dan bantuan profesional kesehatan) Kolaborasi 2. Kolaborasi pemberian insulin 3. Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu	mengetahui fluktuasi gula darah untuk pengelolaan yang lebih tepat serta meningkatkan kemandirian pasien dalam mengelola kesehatan. 8. Membantu mengendalikan kadar gula darah, mencegah terjadinya komplikasi dan membantu mempertahankan berat badan yang normal. 9. 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. 10. Membantu menghindari dehidrasi, menghindari ketoasidosis diabetikum dan mengatur keseimbangan cairan.
3.	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam	Intervensi utama: Manajemen Energi Observasi	1. Membantu mengembangkan rencana pengobatan yang efektif. 2. Membantu mendiagnosis

		diharapkan masalah keperawatan intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil, tenaga meningkat, kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat, keluhan lelah menurun, lesu menurun.	1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. suara, cahaya, kunjungan) 2. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang. Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara	penyebab kelelahan serta mengembangkan rencana pengobatan yang efektif. 3. Membantu mengetahui ketidakcukupan kualitas tidur akibat kelelahan. 4. Meningkatkan kenyamanan pasien dalam melakukan aktivitas. 5. Meningkatkan kekuatan otot serta meningkatkan toleransi pasien terhadap aktivitas. 6. Mengurangi kelelahan serta meningkatkan pemulihan fisik dan mental. 7. Meningkatkan kekuatan otot serta meningkatkan toleransi pasien terhadap aktivitas. 8. Membantu mengevaluasi pengobatan yang sudah didapatkan. 9. Nutrisi yang adekuat dapat meningkatkan status nutrisi, mengurangi mal nutrisi serta memulihkan dan meningkatkan kembali energi akibat kelelahan
--	--	---	---	--

			meningkatkan asupan makanan.	
4.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	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	Intervensi utama: Edukasi Proses Penyakit Obesrvasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan 2. Jawalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan pengeritan dari Diabetes Melitus 2. Jelaskan penyebab dan faktor risiko Diabetes Melitus 3. Jelaskan proses patofisiologi munculnya	1. Keiapan yang baik dapat membantu penerimaan materi dengan baik 2. Materi merupakan informasi yang akan disampaikan dan media merupakan alat bantu agar pesan dapat tersampaikan dengan baik. 3. Agar pasien dpat menyiapkan diri dengan baik 4. Meningkatkan daya tarik mengenai informasi yang disampaikan. 5. Menambah pengetahuan pasien mengenai apa itu diabetes melitus. 6. Menambah pengetahuan pasien mengenai penyebab dan faktor risiko dari diabetes melitus agar pasien dapat mengontrol kadar gula darah sesuai dengan faktor risiko tersebut.

		masalah yang dihadapi meningkat, menjalani pemeriksaan yang tidak tepat.	Diabetes Melitus 4. Jelaskan tanda dan gejala dari Diabetes Melitus 5. Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi Diabetes Melitus 6. Jelaskan cara pengelolaan Diabetes Melitus 7. Informasikan kondisi pasien saat ini	7. Menambah pengetahuan klien mengenai perjalanan penyakit diabetes melitus 8. Menambah pengetahuan pasien mengenai tanda dan gejala diabetes melitus. 9. Rasionalnya: Menambah pengetahuan pasien mengenai masalah-masalah yang mungkin akan muncul jika pasien tidak mengontrol gula darah dengan baik 10. Menambah pengetahuan mengenai perawatan diabetes melitus agar tidak terjadinya peningkatan gula darah yang dapat memunculkan komplikasi 11. Agar pasien paham mengenai konsisinya saat ini dan perubahan dari perawatan ke arah yang lebih baik.
--	--	---	--	---

5.	Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi	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 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor berat badan Terapeutik 1. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 2. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 3. Berikan suplemen makanan Edukasi 1. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan	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 meningkatkan nafsu makan dan mengoptimalkan nutrisi. 4. Membantu menjaga berat badan serta menjaga agar kadar gula darah tetap dalam rentan normal. 5. Mengkaji pemasukan makanan yang adekuat (termasuk absorpsi dan utilitasnya). 6. Membantu memperbaiki kebiasaan makan agar mendapatkan kontrol metabolik yang baik. 7. Membantu menjaga asupan kalori yang cukup serta untuk meningkatkan respons gula darah.
----	---	---	--	--

				8. Membantu mengembalikan kadar vitamin dan mineral yang dibutuhkan tubuh. 9. Meningkatkan pengetahuan pasien tentang program diet yang penting agar terciptanya perilaku pola makan yang lebih sehat dan sesuai. 10. Membantu memastikan pemberian obat yang tepat dalam pengelolaan diabetes melitus.
--	--	--	--	--

D. Implementasi Keperawatan

1. Implementasi Hari Pertama Jumad, 23 Mei 2025

No	Dianosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam (WITA)	Implemetasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.	Jumad, 23 Mei 2025	14.00	1. 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%.	Jam 21.00. Data Subjektif: klien mengatakan masih nyeri uluh hati, nyeri yang dirasakan tertusuk-tusuk dan hilang muncul, skala nyeri: 5.
			14.05	2. 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.	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%.
			14.08	3. Mengkaji skala nyeri. Hasil: skala 7. 14.10	A: Masalah Nyeri Akut belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan.

			14.12	mengkaji resons nyeri non-verbal. Hasil: klien tampak menyeringai.	
			14.15	4. Mengajarkan klien teknik napas dalam. Hasil: klien tampak paham.	
			14.20	5. Meminta klien agar memperagakan kembali teknik napas dalam yang telah diajarkan. Hasil: klien dapat mengulangi teknik napas dalam yang diajarkan dengan baik.	
			14.22	6. Menjaga keheningan ruangan agar tidak memperberat nyeri dan meningkatkan keamanan. Hasil: lingkungan tampak tenang.	
			14.23	7. Melakukan injeksi obat paracetamol 1 g/iv.	
			14.25	8. Melakukan injeksi obat ondansentron 4 mg/iv.	
				9. Melakukan injeksi omeprazole 40 mg/iv.	
2.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan	Jumad, 23 Mei 2025	15.00	1. Mengkaji penyebab hiperglikemia. Hasil: klien mengatak memiliki	Jam: 21.00. Data Subjektif: klien

	reseistensi insulin.			kebiasaan sering mengonsumsi makanan yang manis-manis (kue, es krim, cemilan) dan minum kopi dan minuman yang dingin dan manis. 2. 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 cm, tidak adanya polifagia karena klien mengatakan nyeri uluh hati. 3. Melakukan pengukuran GDS. Hasil: 411 mg/dl. 4. Melakukan konsultasi dengan dokter mengenai hasil GDS. Hasil: dokter mengatakan terapi lanjut.	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.
			15.05		
			15.10		

			15.15	5. 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.	
			15.20	6. 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 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	
			15.30		

			15.35 17.45 18.00 18.02	selingan, 12.00-13.00 makan siang, 15.00-14.00 makan selingan, 18.00-19.00 makan malam. 7. Mengajurkan klien memanggil perawat jika ingin makan malam agar akan dilakukan penyuntikan insulin. 8. 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. 9. menganjurkan klien segera makan. 10. memantau tetesan infus. Hasil infus 20 tpm dan tidak macet.	
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan.	Jumad, 23 Mei 2025	14.00	1. Mengkaji kelelahan fisik. Hasil: klien tampak lemah, makan, minim, mandi, toileting, berpakaian, berpindah dibantu sebagian oleh anak	Jam: 21.00. Data Subjektif: klien mengatakan badan lemah. Data Objektif: klien tampak lemah, makan,

			15.00	kandung klien.	minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindan masih dibantu oleh anak klien. A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan.
			15.10	2. Membantu klien agar duduk di sisi tempat tidur. Hasil: klien tampak duduk di sisi tempat tidur.	
			15.15	3. Menganjurkan klien agar jangan tidur terus menurus di tempat tidur.	
			15.17	4. Menganjurkan klien agar melakukan aktivitas bertahap yaitu duduk di sisi tempat tidur, berpindah dari tepat tidur ke kursi, berpindah dari kuris ke kursi yang lain. Hasil: klien masih tamak lemah.	
			15.20	5. Menganjurkan keluarga agar mendampingi klien dalam melakukan aktivitas (duduk, berpidah ke kursi, ke toilet)	
			15.25	6. Menganjurkan klien agar banyak istirahat.	
				7. 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	Jumad, 23 Mei 2025	16.30 16.32 16.35 16.40	1. Mengkaji kesiapan klien menerima informasi. Hasil: klien tampak siap. 2. Menanyakan persetujuan klien apakah bersedia atau tidak. Hasil klien bersedia. 3. Menyiapkan materi dan media pendidikan. Hasil: medianya adalah leaflet. 4. 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	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.

			17.10	mengenai pengaturan diet DM dengan prinsip 3J (jumlah, jenis, jadwal).	
			17.15	5. Menganjurkan klien untuk rutin melakukan olahraga dalam sehari (jalan santai) 30 menit dalam sehari.	
			17.18	6. Mengajarkan klien agar terus menggunakan alas kaki saat di rumah.	
			17.20	7. Menganjurkan klien memantau gula darah secara mandiri. Hasil: klien sudah mempunyai alat glukmeter namun klien tidak menggunakan lagi.	
			17.30	8. Memotivasi klien agar menggunakan lagi alat glukometer tersebut.	
				9. Menjelaskan mengenai insulin yang disuntikan.	
5.	Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mengabsorbi nutrient	Jumad, 23 Mei 2025	17.32	1. Mengkaji alergi terhadap makanan. Hasil: klien tidak ada alergi terhadap makanan.	Jam: 21.00.
			17.35	2. Mengkaji intoleransi	Data Subjektif: klien mengatakan makan bubur hanya 3-4 sendok makan

				terhadap makanan. Hasil: klien mengatakan hanya makan bubur 3-4 sendok makan saja karena ulu hati yang sakit dan rasa makanan yang tidak enak .	saja karena ulu hati yang sakit, klien mengatakan mengalami penurunan BB yang drastis, BB pada tahun 2020 80 kg.
			17.37	3. Menimbang berat badan klien. Hasil: 66 kg.	Data Objektif: BB sekarang: 66 kg, TB: 150 cm, IMT: 29,333 (obesitas tingkat 1), keton +1. A: Masalah deficit nutrisi tidak terjadi. P: Intervensi dilanjutkan.
			17.38	4. Mengukur tinggi badan klien. Hasil: 150 cm.	
			17.38	5. 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	6. Menganjurkan klien makan makanan TKTP.	
			17.42	7. Menganjurkan klien menerapkan prinsip 3J.	
			17.45	8. Memberikan klien minum obat Antasida Deon 500 mg dan obat Sucralfate 500 mg serta menganjurkan klien	

				minum obat 15 menit sebelum makan.	
--	--	--	--	------------------------------------	--

2. Implementasi Hari Kedua Sabtu, 24 Mei 2025

No	Dianosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam (WITA)	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.	Sabtu 24 Mei 2025	14.00 14.05	1. 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%. 2. Mengkaji klien mengenai keluhan nyeri. Hasil: klien mengatakan masih sedikit nyeri namun tidak seperti nyeri di hari kemarin., skala nyeri 5, klien tampak masih	Jam: 21.00. Data Subjektif: klien mengatakan masih nyeri uluh 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

			14.15	sedikit menyeringai.	Sebagian teratasi. P: Intervensi dilanjutkan.
				3. Meminta klien agar melakukan teknik napas dalam. Hasil: klien melakukannya dengan baik.	
			14.20	4. 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	5. Melakukan injeksi Paracetamol 1 g/iv.	
			14.24	6. Melakukan injeksi obat Ondansentron 4 mg/iv.	
			14.25	7. Melakukan injeksi obat Omeprazole 40mg/iv.	
2.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.	Sabtu 24 Mei 2025	14.00	1. Mengkaji keadaan umum klien. Hasil: klien tampak sedikit lemah.	Jam: 21.00. Data Subjektif: klien mengatakan lemah sedikit berkurang tidak seperti hari kemarin, klien mengatakan
			15.00	2. Mengkaji tanda-tanda hiperglikemia. Hasil: klien masih tampak lemah,	

			15.05	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..	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.
			16.00	3. 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. 4. Meminta keluarga agar memanggil perawat jika klien ingin makan malam agar akan dilakukan	Data Objektif: klien tampak sedikit bersemangat, lemah sedikit berkurang, GDS: 136 mg/dl. A: masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi. P: intervensi dilanjutkan.

			17.40 17.45 18.05 18.10	pengukuran gds dan penyuntikan insulin. 5. Melakukan pengukuran gds. Hasil: 266 mg/dl. 6. Melakukan penyuntikan insulin sansuli rapid 8 serta menganjurkan klien 15 menit setelah penyuntikan insulin klien boleh makan. 7. Meminta klien segera makan sesuai dengan diet yang diprogramkan. Hasil: klien mengonsumsi nasi dari beras merah, ikan, tempe, telur, sayur dan buah pisang. 8. Memantau tetesan infus. Hasil: infus 20 tpm dan tidak macet.	
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan.	Sabtu 24 Mei 2025	14.00 14.30 14.33	1. Mengkaji keadaan umum klien. Hasil: klien tampak sedikit bersemangat. 2. Membantu klien duduk di sisi tepat tidur. Hasil: klien tampak duduk di sisi tempat tidur. 3. Membantu klien	Jam: 21.00. Data Subjektif: klien mengatakan lemah berkurang. Data Objektif: klien tampak sedikit

			14.35 berpindah dari tempat tidur ke kursi. Hasil: klien masih tampak sedikit lemah namun dapat berpindah dengan baik. 14.45 4. Membantu klien berpindah dari kursi ke toilet. 14.50 5. Membantu klien berpindah dari toilet tempat tidur. 6. Memotivasi klien agar mengonsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein (nasi, ikan, telur, tempe, tahu, sayur buah) agar meningkatkan energi. Hasil: klien tampak paham.	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	Sabtu 24 Mei 2025	16.30 1. Menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang pentingnya mengontrol kadar gula darah dengan patuh diet dan rutin melakukan olahraga. 16.35 2. Menjelaskan nilai normal	Jam: 21.00. Data Subjektif: klien mengatakan akan menjalankan prinsip diet DM yaitu prinsip 3J, klien mengatakan akan

				kadar gula darah yaitu GDS: <200 mg/dl, gdp dan GD2JPP <126 mg/dl. 3. Menjelaskan mengenai komplikasi dari dm. 4. Menjelaskan mengenai prinsip diet dm yaitu 3j (jumlah, jenis, jadwal). 5. 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. 6. Memotivasi klien agar tetap menggunakan alas kaki atau sendal di rumah. 7. Mengajarkan dan memotifasi klien agar memantau gula darah secara mandiri di rumah. Hasil: klien mengatakan akan menggunakan lagi alat glucometer yang sudah dibeli. 8. Mengajarkan klien dan	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.
			16.40		
			16.45		
			16.50		
			16.55		
			17.00		
			17.50		

			18.00	keluarga cara penyuntikan insulin. Ada 3 lokasi untuk penyuntikan insulin pada lengan, perut dan paha bagian dalam. Hasil klien dan keluarga mengatakan mengerti. 9. Menganjurkan dan memotivasi klien agar rutin melakukan pemeriksaan kesehatan di fasilitas kesehatan.	
5.	Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mengabsorbi nutrient	Sabtu 24 Mei 2025	17.30 17.32 17.35 17.40	1. Mengkaji intoleransi terhadap makanan. Hasil: klien mengatakan makan nasi beras merah dan menghabiskan ½ porsi nasi karena uluh hati masi sedikit sakit. 2. Memotivasi klien agar mengonsumsi makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein. 3. Menganjurkan dan memotivasi klien agar tetap menerapkan prinsip diet dm yaitu prinsip 3j. 4. 1memberikan klien obat	Jam: 21.00. Data Subjektif: klien mengatakan makan nasi dari beras merah dan menghabiskan ½ porsi nasi, karena uluh hati yang masih sedikit sakit, namun nyeri uluh hati sedikit berkurang. Data Objektif: BB: 66 kg, TB: 150 cm, IMT: 29,333 (obesitas Tingkat 1). A: masalah Risiko Defisit Nutrisi tidak terjadi.

			17.42	tablet antasida deon 500 mg.	P: Intervensi dilanjutkan.
			17.45	5. Memberikan klien obat tablet sucralfate 500 mg. 6. Meminta klien agar minum obat antasida deon dan obat sucralfate 15 menit sebelum makan.	

3. Catatan Perkembangan Hari Ketiga Minggu 25 Mei 2024

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Catatan Perkembangan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.	Minggu 25 Mei 2024	Jam: 07.00. S: Klien mengatakan sudah tidak nyeri uluh 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 Ondansentron 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: 130/80 mmHg, SpO2: 96%. masalah teratasi, intervensi dihentikan
2.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.	Minggu 25 Mei 2024	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.
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan.	Minggu 25 Mei 2024	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.
4.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Minggu 25 Mei 2024	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. O: klien mampu menyebutkan komplikasi dari DM. A: masalah Defisit Pengetahuan Sebagian teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. I: 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, flolidina, 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.
5.	Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mengabsorbi nutrient	Minggu 25 Mei 2024	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.
--	--	--	--

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Jeronio Oca Ribeiro Soares
NIM : PO 5303202220049
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



[Handwritten signature]
O.P.

Jeronio Oca Ribeiro Soares

NIM : PO 5303202220049

PERPUSTAKAAN TERPADU<https://perpus-terpadu.poltekkeskupang.ac.id/> ; e-mail: perpustakaanterpadu61@gmail.com**SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI**

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama : Jeronio Oca Ribeiro Soares
Nomor Induk Mahasiswa : PO 5303202220044
Dosen Pembimbing : Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Dosen Penguji : Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom
Jurusan : Program Studi DIII Keperawatan Ende
Judul Karya Ilmiah : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. V. P DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS TIPE II 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 **27,49%**
Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 12 Agustus 2025

Admin Strike Plagiarism



Murry Jermias Kale SST
NIP. 19850704201012100

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 KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

Nama : Jeronio Oca Ribeiro Soares
 NIM : PO 5303202220044
 Pembimbing KTI : Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep
 Penguji KTI : Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.,Sp..Kep.Kom

NO	TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF
1.	Jumad, 09 Agustus 2024	Konsultasi BAB I	1. Konsultasi judul Proposal. 2. ACC judul. 3. Lanjutkan penulisan BAB I.	
2.	Selasa, 27 Agustus 2024	Konsultasi BAB I	1. Pahami dengan baik isi yang ada dalam latar belakang proposal. 2. Perbaiki kalimat pengantar pada BAB I. 3. Perbaiki bagian prevalensi kasus setiap tahunnya dari tingkat dunia. 4. Perbaiki kalimat bagian faktor risiko. 5. Tambahkan opini anda bagian peran perawat.	

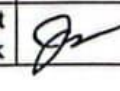
			6. Konsultasi berikutnya bawa dengan artikel 7. Lanjutkan dengan pengetikan.	
3.	Senin, 09 September 2024	Konsultasi BAB I	1. Perbaiki bagian prevalensi kasus. 2. Perbaiki bagian faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kasus DM dengan artikel yang mendukung. 3. Perbaiki bagian dari dampak kasus DM 4. Perbaiki bagian peran perawat.	
4.	Rabu, 18 September 2024	Konsultasi BAB I	1. Perbaiki kata awal paragraf. Jangan gunakan kata penghubung di awal paragraf. 2. Perbaiki bagian faktor risiko. 3. Perbaiki bagian dampak dan komplikasi. 4. Perbaiki bagian peran perawat. 5. Perbaiki bagian rumusan masalah. 6. Perbaiki bagian tujuan.	
5.	Selasa, 24 September 2024	Konsultasi BAB I	1. Lengkapi dengan nomor halaman. Pada bagian BAB nomor halaman di bawah dan selanjutnya di pojok kanan atas. 2. Perbaiki bagian peran perawat. Kata menginstruksikan tidak usah dimasukkan. 3. Konsultasi berikutnya bawa dengan BAB II.	
6.	Kamis, 03 Desember 2024	Konsultasi BAB II	1. Perbaiki dan lengkapi nomor halaman. 2. Perbaiki penulisan di awal paragraf jangan diawali dengan angka.	

			3. Tambahkan sumber pada bagian <i>Pathway</i>. 4. Perbaiki pemeriksaan fisik menggunakan <i>head to toe</i>. 5. Pahami dan pelajari dengan baik bagian pengkajian. 6. Konsultasi berikutnya bawa dengan BAB III.	
7.	Selasa, 10 Desember 2025	Konsultasi BAB II dan BAB III	1. Perbaiki bagian keluhan utama. 2. Perbaiki dan lengkapi bagian pemeriksaan fisik yang spesifik pada pasien DM. 3. Perbaiki penulisan BAB III.	
8.	Selasa, 11 Desember 2024	Konsultasi BAB II dan BAB III	1. Pelajari dengan baik bagian pemeriksaan fisik. 2. Siapkan diri dan belajar dengan baik. 3. ACC BAB I-BAB III 4. Senin, 16 Desember 2024 siap untuk ujian Proposal.	
9.	Selasa, 10 Juni 2025	Konsultasi BAB IV	1. Perbaiki dengan jelas Riwayat keluhan utama. 2. Perbaiki judul Pola persepsi dan manajemen kesehatan. 3. Perbaiki kalimat yang berkaitan dengan alasan masuk RS. 4. Perbaiki kalimat pada status kesehatan masa lalu di poin penyakit yang pernah di alami. 5. Perbaiki kalimat yang ada dalam pola nutrisi, eliminasi, aktivitas dan latihan. 6. Perbaiki dari tabulasi data, klasifikasi data, analisa data.	

			7. Perbaiki Diagnosa keperawatan. 8. Semua data dipengkajian harus ada di tabulasi data-diagnosa Keperawatan. 9. Perbaiki intervensi keperawatan. 10. Perbaiki implementasi keperawatan. 11. Perbaiki evaluasi keperawatan. 12. Konsultasi berikutnya bawa dalam bentuk yang sudah diketik.	
10.	Jumad, 13 Juni 2025	Konsultasi BAB IV	1. Perbaiki bagian riwayat keluhan utama. Kaitkan sakit DM dengan pola makan. 2. Bagian riwayat keluhan utama masalah yang berhubungan dengan BAK dan sering haus masukan saja ke dalam pola eliminasi dan nutrisi, jangan tampilkan di riwayat keluhan utama. 3. Perbaiki kalimat yang ada dalam poin diagnosa medis dan therapy yang pernah didapatkan sebelumnya. 4. Perbaiki data BAK warna apa, jumlahnya berapa dan apakah ada keluhan atau tidak. 5. Tambahkan kekuatan otot. 6. Data pada tabulasi data yang ada kalimatnya jangan diulang-ulang. 7. Data pada tabulasi data seharusnya data-data yang bermasalah saja. 8. Jika pada pengkajian data-datanya diperbaiki maka data dari tabulasi-	

			diagnosa harus diperbaiki. 9. Perbaiki jam implementasi keperawatan. 10. Perbaiki pada implementasi mengkaji tanda-tanda hiperglikemia yang seperti apa. 11. Perbaiki implementasi, membatasi makanan yang tinggi garam dan tinggi gula yang seperti apa pada pasien DM. 12. Perbaiki implementasi pada diagnosa 1-5 Sesuaikan dengan intervensi keperawatan. 13. Pada implementasi jangan hanya menganjurkan tapi harus ada tindakan terapeutik juga.	
11.	Rabu, 18 Juni 2025	Konsultasi BAB IV	1. Perbaiki kalimat yang sesuai pada riwayat keluhan utama. 2. Jelaskan yang lebih detail kebiasaan minum minuman yang seperti apa. 3. Perbaiki minum air dalam sehari berapa ml. 4. Sebutkan nama klinik pada waktu itu klien dirawat. 5. Perbaiki kalimat aktivitas klien dibantu keluarga. 6. Perbaiki tujuan dan kriteria hasil. 7. Data tampak paham tidak usah dimasukan dalam evaluasi. 8. Evaluasi dan catatan perkembangan harus ada jam.	

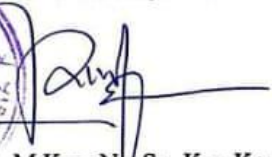
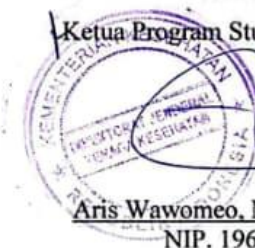
			9. Pada pembahasan bagian pengkajian data-data yang dimasukan adalah hanya data-data yang bermasalah. Tuliskan poin-poin penting saja. 10. Perbaiki semua kalimat yang ada dalam pembahasan pada poin pengkajian	
12.	Jumad, 20 Juni 2025	Konsultasi BAB IV	1. Pada analisa data, data yang berhubungan dengan makan bubur tidak usah dimasukan dalam masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah. 2. Perbaiki kalimat klien sering BAK dalam jumlah yang banyak karena tidak melakukan pengukuran urine. 3. Kekuatan otot pada pemeriksaan fisik digambar. 4. Data untuk diagnosa keperawatan defisit pengetahuan harus ditulis dengan jelas. 5. Tambahkan data kebiasaan makan makanan yang manis dan minum minuman botol dan bersoda ke dalam masalah keperawatan defisit pengetahuan. 6. Perbaiki kalimat pembahasan pada poin pengkajian terlebih khusus pada poin kesenjangan. 7. Pada pembahasan poin pengkajian, tampilkan semua data yang ada dalam teori namun tidak	

			ditemukan dalam pasien, sertakan dengan referensi yang mendukung. 8. Pada pembahasan poin diagnosa keperawatan setiap kalimat per diagnosa keperawatan diperbaiki dengan lebih jelas. Setiap diagnosa satu paragraf. Sertakan dengan referensi yang mendukung	
13.	Rabu, 25 Juni 2025	Konsultasi BAB IV	1. Perbaiki kalimat yang belum sesuai pada bagian pembahasan pada poin pengkajian dan diagnosa keperawatan. 2. Konsultasi berikutnya bawa KTI lengkap dari BAB I-BAB V.	
14.	Kamis, 26 Juni 2025	Konsultasi BAB I-BAB V	1. Siapkan diri, berdoa dan belajar untuk ujian. 2. Kontrak waktu dengan penguji. 3. ACC BAB I-V 4. Selasa, 01 Juli 2025 ujian KTI.	
15.	Rabu, 09 Juli 2025	Konsultasi Revisi KTI	1. Pada tabulasi data masukan saja data-data yang bermasalah. 2. Data-data yang tidak bermasalah jangan dimasukan kedalam tabulasi data dan seterusnya. 3. Perbaiki kata-kata yang sessuai. 4. Perbaiki intervensi keperawatan. 5. Perbaiki kalimat pada pebahasan bagian pengkajian sampai diagnosa keperawatan.	
16.	Selasa 29, Juli 2025		1. Pada saat mau diprint lihat dengan baik	

			pengetikan dari awal hingga akhir	
			2. ACC	
			3. Lanjut ke tahap selanjutnya.	

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III KEperawatan Ende

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

RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Jeronio Oca Ribeiro Soares
Tempat/Tanggal Lahir : Oelnasi, 03 Juli 2003
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Agama : Katolik
Alamat : Jl. Tilong Dam, RT/RW: 05/003, Desa
Oelnasi, Kecamatan Kupang Tengah,
Kabupaten Kupang

B. Riwayat Pendidikan

1. SD GMIT Oelbubuk 2009-2015
2. SMP Negeri 4 Kupang Tengah tahun 2015-2018
3. SMA Negeri 2 Kupang Tengah tahun 2018-2021
4. Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende tahun 2022-2025

MOTTO HIDUP

**“Jalan-Mu bukanlah Jalan ku,
rancangan-Mu bukanlah rancangan ku”**