

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit tipe C milik pemerintah yang berada di jalan Prof Dr. W. Z. Yohanes. RSUD Ende memiliki berbagai fasilitas pelayanan kesehatan seperti : instalasi rawat jalan, instalasi rawat inap, instalasi gawat darurat, unit penunjang medis, unit penunjang non medis. Instalasi rawat jalan terdiri dari: poli penyakit dalam, poli bedah, poli kandungan, poli anak, poli gigi dan poli fisioterapi, instalasi rawat inap terdiri dari ruangan perawatan penyakit dalam III dimana ruangan ini merupakan ruangan yang merawat pasien yang memiliki penyakit dalam dengan jumlah ruangan ada 3 dan kapasitas untuk penampungan 6-7 orang dalam satu ruangan, ruangan perawatan kandungan dan kebidanan, ruangan perawatan anak, ruangan perawatan perinatal, ruang rawat intensif (ICU), ruangan paviliun dan ruangan perawatan khusus. Unit penunjang medis RSUD Ende terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, ruangan bedah sentral, ruangan bersalin/VK, elektromedis, dan fisioterapi. Sedangkan unit penunjang medis terdiri dari: bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian pelayanan keperawatan/kebidanan, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS), unit kamar jenazah, dapur, bilik basuh, sentral oksigen, dan sistem informasi manajemen rumah sakit.

2. Pengkajian

Pengkajian di lakukan pada hari Jumad, tanggal 20 september 2024 pada Tn. A. P .R.

A. Pengumpulan Data

1) Identitas Klien

Klien berinisial Tn. A. P. R usia 49 tahun, jenis kelamin laki-laki, beragama Katolik, pekerjaan sebagai petani, pendidikan terakhir SMA, tinggal di Welamosa/Ekolea, masuk rumah sakit pada tanggal 19 september 2024 dengan Diagnosa Medis DM Tipe 2. Penanggung jawab Ny. A. O usia 44 tahun, pekerjaan petani, hubungan dengan klien Istri, alamat di Welamosa/Ekolea.

2) Riwayat Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

1. Keluhan Utama

klien mengatakan badan dan kedua kakinya sangat lemah

2. Riwayat Keluhan Utama

klien mengatakan badan lemah, kedua kakinya lemah, dan nyeri perut sejak tanggal 17 September 2024, pada jam 8 pagi belum ada pengobatan yang dilakukan di rumah langsung bawah ke rumah sakit (IGD) pada tanggal 19 september 2024 dan masuk di RPD III pada jam 18.46 malam, saat ini pasien mengatakan badan masih lemah, kedua kakinya lemah dan nyeri pada perut.

3. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien mengatakan upaya yang dilakukan hanya mengoleskan balsem dibagian yang lemah dan sakit.

b. Status kesehatan masa lalu

1. Penyakit yang pernah dialami

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

2. Pernah dirawat

pasien mengatakan sempat dibawa ke polindes terdekat untuk melakukan pemeriksaan.

3. Alergi

keluarga pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi.

4. Kebiasaan (merokok/kopi/alcohol dll)

pasien mengatakan sering minum alkohol dan merokok.

c. Riwayat Keluarga

Keluarga pasien mengatakan bahwa anggota keluarga tidak ada penyakit yang sama.

3) Pola Kebutuhan Dasar (Data, Bio, Psiko, Sosio, Kultural, Spiritual)

a. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Kebiasaan sehari-hari pasien mengatakan kesehatan merupakan hal yang sangat penting dan paling utama, jika ada keluarga yang sakit langsung dibawa ke rumah sakit atau pusat pelayanan kesehatan terdekat. Keadaan saat ini pasien mengatakan merasa terganggu dengan sakit yang di alami dan ingin cepat-cepat sembuh agar bisa beraktifitas lagi.

b. Pola nutrisi-metabolik

Sebelum sakit : klien mengatakan kebiasaan makan kadang lebih dari 3 kali karena sering merasa lapar dengan menu nasi, ikan, tempe, tahu dan sayur-sayuran. Pasien juga kadang memakan makanan tambahan seperti kue, pasien minum air putih sekitar 10-13 gelas sedang (± 2.500 cc) per hari.

Saat sakit : klien mengatakan hanya mengonsumsi bubur, sayur dan telur porsi yang dihabiskan sedikit sekitar 10 sendok makan karena tidak ada nafsu makan, minum air putih sekitar 5-7 gelas sedang (± 1.100 cc).

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit: klien mengatakan sebelum sakit BAB 1-2 kali sehari, konsistensi padat, warna kuning, bau khas feces. klien mengatakan BAK lancar 8-9 kali, warna kuning, bau pesing, memiliki kebiasaan BAK di malam hari biasanya 5-6 kali.

Saat sakit: klien mengatakan BAB 1 kali, konsistensi padat, warna kuning bau khas feces. Klien mengatakan BAK lancar 5-6 kali, warna kuning, BAK 3-5 kali pada malam hari.

d. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan bekerja sebagai petani semua aktivitas dilakukan secara mandiri.

Setelah masuk rumah sakit klien mengatakan semua aktivitasnya di bantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah karena merasa sangat lemah.

e. Pola kognitif dan persepsi

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

f. Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit : klien mengatakan biasa tidur malam 6-7 jam mulai jam 21.00-05.00 dan klien jarang tidur siang, kebiasaan klien sebelum tidur nonton TV, sering bangun ditengah malam untuk BAK.

Saat sakit : klien mengatakan tidak dapat tidur dengan nyenyak karena merasa tidak nyaman, tidur malam 5 jam sering terbangun karena sakit perut dan sering BAK, klien tidur siang kurang lebih 20-30 menit.

g. Pola Peran – Hubungan

Klien mengatakan hubungannya dengan keluarga dan orang-orang disekitar sangat baik. Klien mengatakan selalu berperan aktif di lingkungan masyarakat baik dalam kegiatan rohani maupun jasmani.

h. Pola mekanisme dan toleransi terhadap stress

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

i. Pola nilai-kepercayaan

Sebelum sakit Pasien mengatakan ia menganut agama khatolik dan rajin beribadah setiap hari minggu dan hari-hari perayaan pasien memiliki kebiasaan bangun pagi untuk beribadah.

Saat sakit pasien mengatakan bahwa ia jarang ke gereja tetapi ia tetap berdoa untuk kesembuhannya.

4) Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : lemah

Tingkat kesadaran : composmentis

GCS : 15 → Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 6

b. Tanda-tanda Vital

TD : 151/108 MmHg, N : 91 X/ menit, RR : 20 X/ menit, S : 37 °C, SPO2 : 96 %.

c. BB : 70 Kg

TB : 157 Cm

$$1. IMT = \frac{BB \text{ (kg)}}{TB \text{ (m}^2\text{)}}$$

$$= \frac{70 \text{ (kg)}}{1,57^2}$$

$$= \frac{70 \text{ Kg}}{2,4649}$$

$$= 28,39$$

2. BB Ideal

$$= (TB-100) - (TB-100) \times 10\%$$

$$= (157-100) - (157-100) \times 10\%$$

= 57-5,7

= 51,3 Kg

3. Head To Toe

Kepala : Kulit kepala bersih, terdapat rambut uban, bergelombang, tidak ada nyeri tekan. **Leher** : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe, tidak ada nyeri tekan. **Mata** : Bentuk mata simetris, ada kantung mata, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikteris. **Telinga** : tampak bersih, tidak terdapat cairan yang keluar. **Hidung** : simetris, tidak terdapat pernapasan cuping hidung dan terpasang O2 nasal kanul 2 lpm. **Mukosa bibir** : tampak lembab, pasien berbicara jelas. **Dada** : inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada pembengkakan, RR : 20 x/m, menggunakan O2 nasal kanul 2 lpm, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi : tidak ada bunyi napas tambahan, bunyi napas : vesikuler. **Pemeriksaan abdomen** : inspeksi bentuk simetris, bersih, palpasi : terdapat nyeri tekan dibagian perut sebelah bawah pusat, auskultasi : peristaltik usus 15x/m. **Pemeriksaan genitalia** tidak dilakukan. **Pemeriksaan ekstremitas atas** : Inspeksi: CRT <3 detik, tangan kanan dan kiri bisa digerakkan dan tidak ada kelainan, akral teraba dingin, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm pada tangan kanan, kekuatan otot tangan kanan dan kiri 5 (mampu menggerakkan persendian dan lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan penuh), tidak ada edema, kulit tampak bersih jari tangan lengkap. **Ekstremitas bawah** : inspeksi: tidak terdapat edema, kaki kanan dan kiri tampak lemah, akral teraba dingin, kekuatan otot kaki kanan dan kiri 4

(mampu melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan), tidak terdapat edema, jari kaki lengkap.

5). Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Darah Lengkap (19 september 2024)

Tabel 4.1. Pemeriksaan Darah Lengkap

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Wbc	22.06 +	$10^3/UL$	3.60 - 11.00
Lymph #	1.99	$10^3/UL$	1.00 - 3.70
Mono #	1.59 +	$10^3/UL$	0.00 - 0.70
Eo #	0.10	$10^3/UL$	0.00 – 0.40
Baso #	0.01	$10^3/UL$	0.00 – 0.10
Neut #	18.37 +	$10^3/UL$	1.50- 7.00
Lymph %	9.0 -	%	25.0 – 40.00
Mono %	7.2	%	2.0 – 8.0
Eo %	0.5 -	%	2.0 -4.0
Baso %	0.0	%	0.0 – 1.0
Neut %	83.3 +	%	50.0 – 70.0
Ig #	0.08	$10^3/UL$	0.00 – 7.00
Ig %	0.4	%	0.0 – 72.0
Rbc	4.92	$10^6/UL$	3.80 -5.20
Hgb	13.9	g/dL	11.7 -15.5
Hct	38.6	%	35.0 – 47.0
Mcv	78.5 -	fL	80.0 – 100.0
Mch	28.3	Pg	26.0 – 34.0
Mchc	36.0	g/dL	32.0 – 36.0
Rdw-sd	37.7	fL	37.0 – 54.0
Rdw-cv	13.2	%	11.5 – 14.5
Plt	249	$10^3/UL$	150 – 440
Mpv	9.9	fL	9.0 – 13.0
Pct	0.25	%	0.17 – 0.35
Pdw	11.5	fL	9.0 – 17.0
P-lcr	24.7	%	13.0 – 43.0

b. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 4.2 Pemeriksaan Hasil Lab (tanggal 19-09-2024)

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Glukosa Darah		
• Glukosa sewaktu	428	70 – 140 mg/dL
FAAL HATI		
• SGOT/AST	13,8	0 – 35 U/L
• SGPT/ALT	13,1	4 – 36 U/L
FAAL GINJAL		
• Ureum	35,8	10 – 5 mg/dL
• Creatinin	0,9	0.6 – 1.2 mg/dL

6). Penatalaksanaan/Pengobatan

Tabel 4.3 Penatalaksanaan Pengobatan

No	Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian	Indikasi
1.	Omeprazole	2 x 1 gr	IV	Untuk mengatasi gejala asam lambung dan maag
2.	Paracetamole	3 x1 gr	IV	Untuk meredakan nyeri dan meredakan demam
3.	Amlodipine	1 x1 gr	IV	Untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi
4.	Nevorapid	3 x 10	IV/ Unit	Untuk menurunkan gula darah 10-20 menit setelah disuntikan kedalam tubuh
5.	Ezelin	1 x 10	IV/Unit	Untuk menurunkan kadar gula darah

B. Tabulasi Data

Klien mengatakan badan lemah, kedua kakinya lemah, cepat lelah, nyeri perut, nafsu makan berkurang, pasien mengatakan memiliki riwayat DM, GDS : 428 mg/dl, terpasang 02 nasal kanul 2 lpm, pasien tampak lemah, wajah tampak pucat, akral teraba dingin, tampak meringis, makan sedikit kurang lebih 10 sendok makan, minum air putih sekitar 5-7 gelas sedang (± 1.100 cc), sering BAK pada malam hari, klien mengatakan semua aktivitasnya dibantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah,

keadaan umum lemah, tingkat kesadaran composmentis, GCS : 15 E = 4, V = 5, M = 6, TTV = TD : 151/108 mmHg, S : 37°C, N : 91 x/menit, SPO2 : 99%, RR : 20 x/ menit, CRT : < 3 detik, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tpm, BB : 70 kg, BBI : 51,3.

C. Klasifikasi Data

Berdasarkan hasil tabulasi, maka data kemudian di klasifikasikan kedalam 2 bagian yaitu:

DS : Klien mengatakan badan lemah, kedua kaki lemah, nyeri pada perut, cepat lelah, nafsu makan berkurang, pasien mengatakan memiliki riwayat DM, makan sedikit kurang lebih 10 sendok makan, minum air putih sekitar 5-7 gelas sedang (± 1.100 cc), sering BAK pada malam hari, semua aktivitasnya di bantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah .

DO : Pasien tampak lemah, akral teraba dingin, wajah tampak pucat, tampak meringis, makan sedikit kurang dari 10 sendok makan, minum air putih sekitar 5-7 gelas sedang (± 1.100 cc), GDS : 428 mg/dl, semua aktivitasnya di bantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah, terpasang 02 nasal kanul 2 lpm, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tpm, tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 E : 4, V : 5, M : 6, TTV = TD : 151/108 mmHg, S : 37 °C, N : 91 x/menit, SP02 : 99%, RR : 20 x/menit, CRT : 3 < detik, BB : 70 kg, BBI : 51,3.

D. Analisa Data

Tabel 4.4 Analisa Data

No	Sign/Symptom	Etiologi	Problem
1.	Ds : klien mengatakan dan cepat lelah. Do : pasien tampak lemah, akral teraba dingin, pucat, kadar glukosa dalam darah tinggi, GDS : 428 mg/dl, dengan hasil TTV = TD : 151/108 mmHg, S : 37 °C, N : 91 x/ menit, SPO2 : 99 %, RR : 20 x/ menit, CRT : < 3 detik.	Hiperglikemi	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
2.	Ds : klien mengatakan tidak bisa tidur dengan nyenyak karena rasa tidak nyaman pada perut serta sering BAK pada malam hari. Do : Pasien tampak menguap, ada kantung mata, dengan hasil TTV = TD : 151/108 mmHg, S : 37 °C %, N : 91 x/ menit, SPO2 : 99 %, RR : 20 x/ menit, CRT : < 3 detik.	Hambatan Lingkungan	Gangguan Pola Tidur
3.	Ds : klien mengatakan nafsu makan berkurang. Do : klien tampak makan sedikit kurang lebih 10 sendok makan, minum air putih 5-7 gelas sedang ($\pm$ 1.100 cc), terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tpm, dengan hasil TTV= TD : 151/108 mmHg, S : 37 °C, N : 91 X/ menit, SPO2 : 99 %, RR : 20 x/ menit, BB : 70 kg, BBI : 51,3.	Ketidakmampuan Mencerna Makanan	Resiko Defisit Nutrisi
4.	Ds: klien mengatakan badan lemah Do: Tampak terbaring ditempat tidur, semua aktivitas dibantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah, dengan hasil TTV = TD : 151/108 mmHg, S : 37 °C, N : 91 X/ menit, SPO2 : 99 %, CRT : < 3 detik.	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas

RR : 20 x/ menit, BB : 70 kg,
BBI : 51,3.

1. Diagnosa Keperawatan

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemi ditandai dengan:

Ds : klien mengatakan dan cepat lelah.

Do : pasien tampak lemah, akral teraba dingin, pucat, kadar glukosa dalam darah tinggi, GDS : 428 mg/dl, dengan hasil TTV = TD : 151/108 mmHg, S : 37 °C, N : 91 x/ menit, SPO2 : 99 %, RR : 20 x/ menit, CRT : < 3 detik.

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

Ds : Klien mengatakan tidak bisa tidur dengan nyenyak karena akibat rasa tidak nyaman pada perut serta sering BAK pada malam hari.

Do : Pasien tampak menguap, ada kantung mata, dengan hasil TTV = TD : 151/108 mmHg, S : 37 %, N : 91 x/ menit, SPO2 : 99 %, RR : 20 x/ menit, CRT : < 3 detik.

- c. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan ditandai dengan:

Ds : Klien mengatakan nafsu makannya sedikit.

Do : Klien tampak makan sedikit kurang lebih 10 sendok makan, minum air putih 5 - 7 gelas sedang ($\pm$ 1.100 cc), terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tpm, dengan hasil TTV = TD : 151/108 mmHg, S : 37 °C, N : 91 X/ menit, SPO2 : 99 %, RR : 20 x/ menit, BB : 70 kg, BBI : 51,3.

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan:

Ds: Klien mengatakan badan lemah

Do: Tampak terbaring ditempat tidur, semua aktivitas dibantu, dengan hasil TTV =

TD : 151/108 mmHg, S : 37 °C, N : 91 X/ menit, SPO2 : 99 %, RR : 20 x/ menit,

BB : 70 kg, BBI : 51,3.

2. Intervensi Keperawatan (SLKI DAN SIKI)

a) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemi yaitu :

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

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

Intervensi keperawatan untuk diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemi yaitu :

Manajemen hiperglikemia

Observasi

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

Edukasi

4. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga

Kolaborasi

5. Kolaborasi pemberian Insulin

b) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan yaitu :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan pola tidur teratasi dengan kriteria hasil :

1. Keluhan sulit tidur menurun

Intervensi keperawatan diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan yaitu :

Dukungan tidur

Observasi

1. Identifikasi faktor pengganggu tidur

Terapeutik

2. Modifikasi lingkungan

Edukasi

3. Jelaskan pentingnya tidur.

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

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

1. Nafsu makan membaik

2. Berat badan membaik

3. Mual dan muntah membaik.

Intervensi keperawatan diagnosa resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan yaitu :

Manajemen nutrisi

Observasi

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

Terapeutik

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

Kolaborasi

8. Kolaborasi dengan ahli gizi

d) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yaitu:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil :

1. Mudah dalam melakukan aktivitas meningkat (5).
2. Keluhan lelah menurun (5).

Intervensi keperawatan diagnosa resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan yaitu :

Manajemen energi

Observasi

- 1) Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

Terapeutik

- 2) Lakukan latihan gerak pasif atau aktif

Edukasi

- 3) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- 4) Anjurkan tirah baring

3. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan di lakukan pada hari Jumad, 20 september 2024

Diagnosa keperawatan I

Jam 7 : 30 melakukan TTV dengan hasil TD : 145/58 mmHg, S : 36 °C, N : 99 %, CRT : < 3 detik. Jam 08 : 00 Memonitor kadar gula darah dengan hasil: GDS : 372 mg/dl. Jam 08 : 25 memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil : pasien mengatakan pusing dan lelah, pasien tampak lemah. Jam 09 : 00 menganjurkan Pasien agar tetap menjaga pola makan dan imbangi dengan olahraga hasil: pasien mengerti dengan apa yang di jelaskan dan pasien mendapat makanan yang di berikan dari rumah sakit. Jam 09 : 10 penatalaksanaan pemberian insulin dengan hasil: Novorapid 10 unit/sl. Jam 11 : 00 menganjurkan klien untuk diet gula dan tidak mengkonsumsi makanan/jajanan manis, mengganti nasi putih dengan beras merah atau ubi-ubian serta mengkonsumsi sayur-sayuran hijau. Jam 11 : 42 melayani diet lunak DM 1 porsi (bubur, sayur, ikan dan pisang).

Diagnosa keperawatan II

Jam 7 : 30 melakukan TTV dengan hasil TD : 145/58 mmHg, S : 36 °C, N : 99 %, CRT : < 3 detik. Jam 07 : 40 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, hasil : pasien mengatakan sulit tidur dikarenakan sakit perut dan sering BAK di malam hari. Jam 08 : 30 memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar pasien dapat beristirahat.

Diagnosa keperawatan III

Jam 07 : 00 mengidentifikasi status nutrisi dengan hasil : sebelum sakit nafsu makan pasien baik. Saat sakit nafsu makan pasien menurun, makan sedikit sekitar 10 sendok makan, minum air sekitar 7-8 gelas sedang (± 1.100 cc). Jam 07 : 15 mengidentifikasi alergi pada obat dan makan dengan hasil : pasien tidak ada alergi obat dan tidak ada alergi pada makanan. Jam 07 : 18 mengidentifikasi makan yang disukai dengan hasil : pasien tidak pilih-pilih makan. Jam 08 : 10 monitor berat badan dengan hasil : berat badan pasien 70 kg. Jam 08 : 10 menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi beras merah, dan telur dengan hasil : keluarga pasien memberikan pasien bubur dari beras merah dan telur ayam kampung. Jam 09 : 30 mengkolaborasi dengan ahli gizi hasil : pasien mendapatkan diet bubur dari ahli gizi rumah sakit (bubur, telur dan pisang).

Diagnosa IV

Jam 10 : 50 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (hasil : klien mengatakan badan masih lemah dan terasa cepat lelah setelah beraktifitas). Jam 11 : 35 menganjurkan kepada klien untuk tirah baring. Jam 12 : 35 menganjurkan klien untuk melakukan aktivitas secara bertahap yaitu dengan miring kiri dan miring kanan.

Tindakan keperawatan dilakukan pada hari Sabtu, 21 September 2024

Diagnosa keperawatan I

Jam 07 : 30 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 150/82 mmHg, S : 36,2°C, N : 82 x/m, RR : 20x/m, SPO2 : 98%. Jam 08 : 00 memonitor kadar gula darah dengan hasil : GDS : 300 mg/dl. Jam 08 : 15 memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil : pasien mengatakan lelah, pusing dan pasien tampak lemah. Jam 08 : 17 menganjurkan pasien agar tetap menjaga pola makan dan imbangi dengan olahraga dengan hasil : pasien mengerti dengan apa yang dijelaskan dan pasien mendapat makanan

yang diberikan dari rumah sakit. Jam 08 : 30 penatalaksanaan pemberian insulin hasil: novorapid 10 unit/sl.

Diagnosa keperawatan II

Jam 07 : 30 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 150/82 mmHg, S : 36,2 °C, N : 82 x/m, RR : 20x/m, SPO2 : 98%. Jam 07 : 40 memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi pengunjung agar pasien dapat beristirahat. Jam 08 : 40 memberitahu pada pasien dan keluarga tentang pentingnya tidur yang cukup untuk kesehatannya, hasil : pasien dan keluarga mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat tentang pentingnya tidur dan pasien sudah mulai tidur cukup lama.

Diagnosa keperawatan III

Jam 07 : 00 mengidentifikasi status nutrisi dengan hasil : sebelum sakit pasien nafsu makan klien baik. Saat sakit nafsu makan klien menurun, makan sedikit sekitar 10 sendok makan, minum air sekitar 7-8 gelas sedang ($\pm$ 1100 cc). Jam 07 : 15 mengidentifikasi makan yang di sukai dengan hasil : pasien tidak pilih-pilih makan. Jam 07 : 18 melakukan oral hygiene sebelum makan dengan hasil: membantu pasien sikat gigi sebelum makan. Jam 08.10 menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi beras merah, dan telur dengan hasil : keluarga pasien memberikan pasien bubur dari beras merah dan telur ayam kampung. Jam 09 : 20 kolaborasi dengan ahli gizi dengan hasil: pasien mendapatkan diet bubur dari Ahli gizi rumah sakit (Bubur, telur, sayur dan pisang).

Diagnosa keperawatan IV

Jam 10 : 00 mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (hasil: klien mengatakan badannya masih merasa lemah dan cepat lelah setelah beraktifitas). Jam 11 :

30 menganjurkan klien tirah baring. Jam 12 : 20 menganjurkan klien untuk melakukan aktifitas secara bertahap dengan hasil klien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas karena badan dan kedua kakinya masih lemah belum bisa diangkat. Jam 12 : 45 menganjurkan kepada keluarga untuk membantu klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

4. Evaluasi keperawatan

- a. Hari jumat pada tanggal 20 September 2024 di lakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut :

Diagnosa keperawatan I

Jam : 14 : 00

S : Pasien mengatakan masih pusing, badan dan kedua kakinya msih lemah dan lelah

O : Pasien masih tampak lemah, pucat, akral dingin, gula darah masih tinggi, GDS : 332, TD : 135/58 mmHg, S : 36°C, N : 99 x/m, RR : 20 x/m, SPO2 : 97% , CRT : < 3 detik.

A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi

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

Diagnosa Keperawatan II

Jam : 14 : 00

S : Pasien mengatakan masih sulit untuk tidur nyenyak karena sakit perut dan BAK pada malam hari.

O : Keadaan umum lemah, pasien masih sering menguap. TTV = TD : 135/58 mmHg, S : 36°C, N : 99 x/m, RR : 20 x/m, SPO2 : 97% , CRT : < 3 detik.

A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi.

P : Lanjutkan intervensi nomor 1,2,3

Diagnosa Keperawatan III

Jam : 14 : 00

S : Pasien mengatakan nafsu makan berkurang

O : Pasien tampak makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas, terpasang infus NaCl 0,9% 20 Tpm, TTV = TD : 135/58 mmHg, S : 36°C, N : 99 x/m, RR : 20 x/m, SPO2 : 97% , CRT : < 3 detik.

A : Masalah resiko defisit nutrisi belum teratasi

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

Diagnosa keperawatan IV

jam 14 : 00

S : Pasien mengatakan badannya masih terasa lemah, cepat lelah setelah beraktifitas.

O : Pasien tampak lemah, semua aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga, TTV = TD : 135/58 mmHg, S : 36°C, N : 99 x/m, RR : 20 x/m, SPO2 : 97% , CRT : < 3 detik.

A : Masalah intoleransi aktifitas belum teratasi.

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, dan 3.

b. Pada hari Sabtu tanggal 21 september 2024 dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil dengan :

Diagnosa Keperawatan I

Jam : 14 : 00

S : Pasien mengatakan masih pusing dan lelah

O : Pasien masih tampak lemah, gula darah masih tinggi, GDS : 276 mg/dl , TTV =
TD : 145/95 mmHg, S : 36 °C, N : 98 x/m, RR : 20 x/m, SPO2 : 98%

A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi

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

Diagnosa Keperawatan II

Jam : 14 : 00

S : Pasien mengatakan ia belum bisa tidur karena sakit perut dan sering BAK pada malam hari.

O : Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TTV = TD : 145/95 mmHg, S : 36 °C, N : 98 x/m, RR : 20 x/m, SPO2 : 98%.

A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi nomor 1,2,3

Diagnosa keperawatan III

Jam : 14 : 00

S : Pasien mengatakan nafsu makan berkurang

O : Pasien tampak makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, TTV = TD : 145/95 mmHg, S : 36 °C, N : 98 x/m, RR : 20 x/m, SPO2 : 98%.

A : Masalah resiko defisit nutrisi sebagian teratasi

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

Diagnosa keperawatan IV

jam 14 : 00

S : Pasien mengatakan badannya masih lemah, cepat lelah saat melakukan aktifitas.

O : Pasien tampak lemah, semua aktivitas tampak dibantu oleh keluarga, TD : 120/78 mmHg, Nadi : 90 x/menit, Suhu : 37,1 °C, RR : 24 x/menit, SPO₂ : 96 %.

A : Masalah intoleransi aktifitas belum teratasi.

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, dan 3.

5. Catatan Perkembangan

Minggu 22 september 2024 dilakukan catatan perkembangan

1. Diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah

Jam 08 : 00

S : Pasien mengatakan pusing berkurang dan lelah berkurang

O : Pasien tampak lemah berkurang, gula darah masih tinggi, GDS : 295 mg/dl, TD : 130/90 mmHg, S : 36 °C, N : 88 x/m, RR : 20 x/m, SPO₂ : 96%.

A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4

I : 07 : 00 Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 154/90 mmHg, S : 36,7 °C, N : 91 x/m, RR : 20 x/m, SPO₂: 90 %. 08 : 00 memonitor kadar gula darah hasil : GDS : 363 mg/dl. Jam 08 : 25 menganjurkan klien agar tetap menjaga pola makan dan imbangi dengan olahraga hasil: klien mengerti dengan apa yang dijelaskan dan klien mendapat makanan yang diberikan dari rumah sakit. 09 : 00 Penatalaksanaan pemberian insulin hasil : novorapid 10 unit/sl.

E : 14 : 00 pasien tampak lemah berkurang, gula darah masih tinggi, GDS : 220 mg/dl, TD : 130/90 mmHg, S : 36°C, N : 80x/m, RR : 20 x/m, SPO₂ : 99 %. Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi. Intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

2. Diagnosa gangguan pola tidur

S : Pasien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak, BAK pada malam hari dapat dikontrol.

O: Keadaan umum lemah, pasien tidak menguap lagi. TTV = TD : 130/90 mmHg, S : 36 °C, N : 88 x/m, RR : 20 x/m, SPO2 : 96 %.

A : Masalah gangguan pola sebagian teratasi.

P : Lanjutkan intervensi nomor 1,2,3

I : Jam 11 : 00 membatasi pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar klien dapat beristirahat. Jam 11 : 10 memberitahu kepada klien tentang pentingnya tidur. Jam 11 : 20 menyampaikan kepada keluarga tidak bicara dengan klien saat tidur.

E : Jam 14 : 00 keadaan umum baik, kesadaran composmentis, klien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak. Masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi. Intervensi dilanjutkan

3. Diagnosa resiko defisit nutrisi

S : Pasien mengatakan sudah ada nafsu makan

O : Pasien tampak nafsu makan membaik kurang lebih 15 sendok, minum air terbatas
TTV = TD : 130/90 mmHg, S : 36 °C, N : 88 x/m, RR : 20 x/m, SPO2 : 96 %, terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tpm, O2 nasal kanul 2 lpm

A : Masalah resiko defisit nutrisi belum teratasi sebagian

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

I : Jam 07 : 00 mengidentifikasi status nutrisi hasil : nafsu makan klien menurun, makan sedikit sekitar 15 sendok makan, minum air sekitar 7-8 gelas sedang (±

1100 cc). Jam 07 : 15 melakukan oral hygiene sebelum makan hasil : membantu pasien sikat gigi sebelum makan. Jam 07 : 18 menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi beras merah, dan telur dengan hasil : keluarga pasien memberikan pasien bubur dari beras merah dan telur ayam kampung. Jam 08 : 30 penatalaksanaan dengan ahli gizi hasil : pasien mendapatkan diet bubur dari ahli gizi rumah sakit.

E : Pasien tampak nafsu makan membaik kurang lebih 15 sendok, minum air terbatas TD : 130/90 mmHg, S : 36 °c, N : 80 x/m, RR : 20 x/m, SPO2 : 99 %, terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tpm, O2 nasal kanul. Masalah resiko defisit nutrisi sebagian teratasi. Intervensi dilanjutkan.

4. Diagnosa intoleransi aktivitas

S: Pasien mengatakan sudah tidak lemah lagi, tidak merasa lelah saat beraktivitas, lemah di kaki kiri dan kanan saat berjalan sudah berkurang, dan sebagian aktivitasnya seperti ke toileting, berpakaian dan berpindah masih dibantu oleh keluarga.

O : Pasien tampak membaik, kesadaran composmentis, klien tampak duduk dan bercerita dengan keluarganya, TTV = TD : 130/90 mmHg, S : 36 °c, N : 88 x/m, RR : 20 x/m, SPO2 : 99 %, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, O2 nasal kanul 2 lpm

A : Masalah intoleransi aktifitas sebagian teratasi.

P : Lanjutkan intervensi (1, 2, dan 3).

I : Jam 08 : 40 mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (hasil : klien mengatakan sudah tidak lemah lagi, tidak merasa lelah setelah beraktivitas,

kaki kiri dan kanan saat berjalan sakitnya sudah berkurang, klien tampak membaik dan sudah bisa duduk bercerita dengan keluarganya). Jam 12 : 25 menganjurkan klien tirah baring. Jam 13 : 00 menganjurkan kepada keluarga untuk tetap membantu klien dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

E : Jam 14 : 00 klien mengatakan sudah tidak lemah lagi, tidak merasa lelah saat beraktivitas, kaki kiri dan kanan saat berjalan sakitnya sudah berkurang, dan sebagian aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga seperti ke toileting, berpakaian, dan berpindah, klien tampak membaik, kesadaran composmentis, klien tampak duduk dan bercerita dengan keluarganya, TTV = TD : 130/90 mmHg, S : 36 °C, N : 88 x/m, RR : 20 x/m, SPO2 : 96 %, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, O2 nasal kanul 2 lpm.

E. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat ada tidaknya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Tn. A. P. R di ruangan penyakit dalam III.

1. Pengkajian

Berdasarkan teori menurut Fatimah, 2019 menyatakan bahwa penyakit diabetes melitus menunjukkan gejala seperti : banyak makan, banyak minum, banyak kencing, penurunan berat badan dan rasa lemah, kelemahan, gangguan penglihatan, kelelahan, pusing, kelemahan, frekuensi jantung meningkat, mudah haus, kulit terasa panas atau tertusuk jarum, dehidrasi, kelelahan, mudah mengantuk,

Sedangkan pengkajian pada studi kasus Tn. A.P.R ditemukan kelelahan, kelemahan, mudah mengantuk, pusing, cepat lelah, nafsu makan berkurang, sering BAK pada malam hari, GDS : 428 mg/dl.

Dari data di atas menunjukkan adanya kesenjangan yaitu data ada pada teori sebagian tidak ada pada kasus nyata Tn. A. P. R seperti Banyak makan karena mengalami keseimbangan kalori negatif, sehingga timbul rasa lapar. Pernyataan ini didukung sesuai teori dari purwatresna (2012) yang menyatakan bahwa penyebab dari banyak makan karena sel-sel kekurangan energi, sinyal bahwa perlu makan banyak sedangkan pada kasus Tn. A. P. R tidak ditemukan keluhan banyak makan karena proses pencernaan yang melambat, sehingga kadar gula darah sulit di kontrol dan menyebabkan nafsu makan hilang. Banyak minum dan dehidrasi karena banyaknya cairan yang keluar melalui kencing Pernyataan ini di dukung sesuai teori dari purwatresna (2012) yang menyatakan bahwa penyebab dari banyak minum karena tubuh berusaha membuang glukosa sedangkan pada kasus Tn. A. P. R tidak ditemukan keluhan banyak minum. Penurunan berat badan karena glukosa dalam darah tidak dapat masuk kedalam sel, sehingga sel kekurangan bahan bakar untuk menghasilkan tenaga pernyataan ini di dukung sesuai teori dari Burnner & Suddart (2019) yang menyatakan bahwa penyebab dari penurunan berat badan pada penderita DM terjadi karena glukosa tidak dapat transport ke dalam sel sehingga sel kekurangan cairan dan tidak mampu melakukan metabolisme sedangkan pada kasus Tn. A. P. R tidak ditemukan keluhan penurunan berat badan karena penurunan berat badan yang cepat dapat menandakan hal serius dan membuat penderita diabetes menjadi terlalu kurus sehingga lebih sulit mengendalikan penyakitnya. Gangguan penglihatan karena tingginya kadar gula darah di dalam tubuh bisa membuat lensa mata

cenderung membengkak dan bentuknya berubah sehingga turut memengaruhi jarak pandang fokus mata Pernyataan ini didukung sesuai teori dari Y Soleman (2023) yang menyatakan bahwa penyebab dari gangguan penglihatan karena tingginya kadar gula darah sehingga dapat mengakibatkan gangguan penglihatan berupa lesi mikrovaskuler pada retina dan akan menyebabkan penurunan fungsi macula sedangkan pada kasus Tn. A. P. R tidak ditemukan keluhan gangguan penglihatan karena komplikasi diabetes pada mata tidak terlihat secara jelas pada tahap awal dan biasanya muncul ketika penyakit sudah memasuki stadium yang lebih tinggi. Kulit terasa panas karena suatu tanda bahwa saraf sedang dirusak oleh diabetes. Oleh karena itu dianjurkan kepada pasien untuk menjaga pola makan dan olahraga serta mengikuti anjuran dari petugas kesehatan.

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan, rumusan diagnosa keperawatan memiliki tiga komponen yaitu: sign/symptom, etiologi dan problem. Ketiga komponen tersebut sudah di jelaskan pada teori dan juga sudah di gambarkan pada kasus.

Pada diagnosa terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yaitu pada diagnosa teori terdapat diagnosa intoleransi aktivitas, berat badan lebih, perfusi jaringan perifer tidak efektif, hipovolemia, resiko defisit nutrisi. Diagnosa tersebut tidak ditemukan pada kasus nyata dikarenakan tidak ada tanda dan gejala yang muncul maupun data yang mendukung diagnosa tersebut. Sedangkan pada kasus nyata ditemukan satu diagnosa tambahan yaitu diagnosa yang pertama Gangguan Pola Tidur, Ds : klien mengatakan tidak bisa tidur dengan nyenyak karena akibat rasa tidak nyaman pada perut serta sering BAK pada malam hari. Do : Pasien tampak menguap, ada kantung mata, denga hasil TTV = TD :

151/108 mmHg, S : 37 °C %, N : 91 x/ menit, SPO2 : 99 %, RR : 20 x/m, CRT : < 3 detik.

3. Intervensi

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi klien, merumuskan tujuan/hasil yang diharapkan, memilih intervensi yang paling tepat, dan menulis serta mendokumentasikan rencana keperawatan intervensi dilakukan berdasarkan panduan pada buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.

Intervensi yang dilakukan pada diagnosa ketidakstabilan glukosa darah yaitu manajemen hiperglikemia. salah satu intervensi yang ada yaitu memonitor kadar glukosa darah. Rencana keperawatan untuk dilakukan pada diagnosa gangguan pola tidur yaitu dukungan tidur, ada beberapa intervensi yang dilakukan yaitu identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan, dan jelaskan pentingnya tidur. Rencana keperawatan untuk dilakukan pada diagnosa risiko defisit nutrisi yaitu manajemen nutrisi, ada beberapa intervensi yang dilakukan yaitu identifikasi status nutrisi, monitor berat badan, berikan makanan tinggi protein dan kalori, serta kolaborasi dengan ahli gizi. Rencana keperawatan untuk dilakukan pada diagnosa intoleransi aktivitas yaitu mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, lakukan latihan gerak pasif/aktif, anjurkan tirah baring, anjurkan aktivitas secara bertahap.

4. Implementasi

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

mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi.

Implementasi yang dilakukan pada Tn. A. P. R dengan diagnosa medis Diabetes Melitus berdasarkan keempat diagnosa yang telah ditemukan selama 3 hari, Implementasi dilakukan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang berisi tindakan realisasi mulai dari mengkaji TTV, mengkaji keadaan umum hingga tindakan mandiri klien dengan tujuan mengatasi masalah-maslah keperawatan mulai dari ketidakstabilan glukosa darah, gangguan pola tidur, dan risiko defisit nutrisi, Intoleransi aktivitas. Sehingga diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, keempat masalah diatas dapat diatasi. Implementasi pertama dilaksanakan pada tanggal 20 september 2024, hari kedua dilaksanakan pada tanggal 21 september 2024, dan hari ketiga pada tanggal 22 sepetember 2024.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang di amati), dengan kriteria yang dibuat pada tahap perencanaan mengenai masalah keperawatan ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan retensi insulin, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, dan risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Keempat diagnosa keperawatan tersebut sebagian teratasi pada hari ketiga.