

LAMPIRAN 1

INFORMED CONCENT**(Persetujuan Menjadi Partisipasi)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh : Elisabeth Sina, Nim: PO. 5303202210047 dengan judul: “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. A. P. R Dengan Diagnosa Diabetes Melitus Diruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende”.

Saya memutuskan setuju untuk ikut partisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu, tanpa sanksi apapun.

Ende, 20 September 2024

Saksi

NY. A. O

Yang memberi persetujuan

TN. A. P. R

LAMPIRAN 2

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Saya adalah mahasiswa dari politeknik kesehatan kemenkes kupang program studi DIII Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah mahasiswa di harapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebutkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Namun dari jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor HP. 082235575211.
- 7.

Ende, 19 September 2024

Peneliti



Elisabeth Sina

NIM: PO. 5303202210047

LAMPIRAN 3



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN A. P. R DENGAN DIAGNOSA
MEDIS DIABETES MELITUS DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan
pengkajian dilakukan pada tanggal 20 september 2024

A. Pengumpulan Data

1. Identitas pasien

Nama : Tn. A. P. R
Umur : 49 Tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Petani
Agama : Katolik
Alamat : Welamosa/Ekolea
Dx Medis : Diabetes Melitus tipe 2
Identitas penanggung jawab
Nama : Ny. A. O
Umur : 44 Tahun
Hubungan dengan pasien : Istri
Alamat : 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 di lakukan 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 mengkonsumsi 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 feses. 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 feses. 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, TB : 157 Cm, dan IMT 28,39 , GCS : 15 Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 6, Tanda-tanda Vital TD : 151/108 Mmhg, N : 91 X/ menit, RR : 20 X/ menit, S : 37 °C, SPO2 : 96 %.

b. Head To Toe (Pengkajian Fisik)

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

jas. 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. Darah Lengkap

WBC = 22.06 (Nilai normal 4,0-10,00), NEUT # = 18.37 +(Nilai normal 2.500-7.000), NEUT % = 18.3 + (Nilai normal 50-70 %), GDS : 428 (Nilai normal 200 mg/dL)

6. Terapi pengobatan

- Omeprazole 2 x 1 gr IV untuk mengatasi gejala asam lambung dan maag
- Paracetamol 3 x 1 gr IV untuk meredakan nyeri dan meredakan demam
- Amlodipine 1 x 1 gr IV untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi
- Nevorapid 3 x 10 IV/ Unit untuk menurunkan gula darah 10-20 menit setelah disuntikan kedalam tubuh
- Ezalin 1 x 10IV/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 O2 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 %, 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.	Ketidakmampuan Mencerna	Resiko Defisit Nutrisi

	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.	Makanan	
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 %, RR : 20 x/ menit, BB : 70 kg, BBI : 51,3.	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas

E. 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.

A. Intervensi Keperawatan (SLKI DAN SIKI)

No	Diagnosa	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	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.	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.	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 5. Kolaborasi pemberian Insulin	1. Untuk menilai kondisi kesehatan pasien secara keseluruhan dan mendeteksi perubahan yang mungkin mengindikasikan masalah kesehatan 2. Untuk memantau kadar gula darah 3. Untuk mengetahui kondisi gula darah yang tinggi yang dapat menyebabkan komplikasi serius 4. Untuk mengontrol kadar gula darah dan menjaga kesehatan 5. Untuk menurunkan kadar glukosa darah
2	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	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan pola tidur teratasi dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun	Dukungan tidur Observasi : 1. Identifikasi faktor pengganggu tidur Terapeutik : 2. Modifikasi lingkungan	1. Untuk mengetahui adanya faktor pengganggu tidur 2. Meminimalisir faktor yang membuat tidur tidak nyenyak

	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.		Edukasi : 3. Jelaskan pentingnya tidur.	3. Untuk pemulihan fisik dan mental, kesehatan jangka panjang
3	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.	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.	Manajemen nutrisi Obsevasi : 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	1. Dapat mengetahui status nutrisi pasien sehingga dapat melakukan intervensi yang tepat 2. Untuk mengoptimalkan asupan nutrisi 3. Meningkatkan keinginan untuk makan 4. Membantu mengidentifikasi malnutrisi protein dan kalori pasien, khususnya bila berat badan kurang dari normal 5. Mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan 6. Memenuhi kebutuhan

				nutrisi makanan tinggi kalori 7. Untuk menghindari terjadinya aspirasi 8. Untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan
4	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.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Mudah dalam melakukan aktivitas meningkat 2. Keluhan lelah menurun	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	1. Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami oleh pasien 2. Untuk melatih kekuatan otot 3. Agar tidak memperberat kondisi pasien karena aktivitas

G. Implementasi Keperawatan**Hari Pertama Jumad, 20 September 2024**

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/tgl	Jam	Intervensi keperawatan	Evaluasi
1.	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.	Jumad, 20 September 2024	07:30 08:00 08:25 09 :00 09 :10 11:00 11:42	Melakukan TTV dengan hasil TD : 145/58 mmHg, S : 36 °C, N : 99 %, CRT : < 3 detik. Memonitor kadar gula darah dengan hasil: GDS : 372 mg/dl. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil : pasien mengatakan pusing dan lelah, pasien tampak lemah. 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. Penatalaksanaan pemberian insulin Dengan hasil: Novorapid 10 unit/sl. 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. Melayani diet lunak DM 1 porsi (bubur, sayur, ikan dan pisang).	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

2.	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.		07:30 Melakukan TTV dengan hasil TD : 145/58 mmHg, S : 36 °C, N : 99 %, CRT : < 3 detik. 07:40 Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, hasil : pasien mengatakan sulit tidur dikarenakan sakit perut dan sering BAK di malam hari. 08:30 Memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar pasien dapat beristirahat.	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
3.	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),		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 ($\pm$ 1.100 cc). 07:15 Mengidentifikasi alergi pada obat dan makan dengan hasil : pasien tidak ada alergi obat dan tidak ada alergi pada makanan.	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

	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.		07:18 08:10 08:10 09:30	Mengidentifikasi makan yang disukai dengan hasil : pasien tidak pilih-pilih makan. Monitor berat badan dengan hasil : berat badan pasien 70 kg. Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi beras merah, dan telur dengan hasil : keluarga pasien memberikan pasien bubur dari beras merah dan telur ayam kampung. Mengkolaborasi dengan ahli gizi hasil : pasien mendapatkan diet bubur dari ahli gizi rumah sakit (bubur, telur dan pisang).	detik. A : masalah resiko defisit nutrisi belum teratasi P : lanjutkan intervensi nomor 1,2,3,4,5,6,7
4.	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.		10:50 11:35 12:35	Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (hasil : klien mengatakan badan masih lemah dan terasa cepat lelah setelah Beraktifitas). Menganjurkan kepada klien untuk tirah baring. Menganjurkan klien untuk melakukan aktivitas secara bertahap yaitu dengan miring kiri dan miring kanan.	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.
--	--	--	--	--	--

Hari Pertama Jumad, 20 September 2024

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/tgl	Jam	Intervensi keperawatan	Evaluasi
1	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.	Sabtu, 21 September 2024	07:30 08:00 08:15 08:17 08:30	Memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 150/82 mmHg, S : 36,2 °C, N : 82 x/m, RR : 20x/m, SPO2 : 98%. Memonitor kadar gula darah dengan hasil : GDS : 300 mg/dl. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil : pasien mengatakan lelah, pusing dan pasien tampak lemah. 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. Penatalaksanaan pemberian insulin Hasil: novorapid 10 unit/sl.	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
2.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan: Ds : klien mengatakan tidak bisa		07:30 07:40	Memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 150/82 mmHg, S : 36,2 °C, N : 82 x/m, RR : 20x/m, SPO2 : 98%. Memodifikasi lingkungan dengan cara	14 : 00 S : Pasien mengatakan ia belum bisa tidur karena sakit perut dan sering

	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 °C, N : 91 x/menit, SPO2 : 99 %, RR : 20 x/ menit, CRT : < 3 detik.		08:40	membatasi pengunjung agar pasien dapat beristirahat. 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.	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
3.	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/		07:00 07:15 07:18 08:10	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). Mengidentifikasi makan yang di sukai dengan hasil : pasien tidak pilih-pilih makan. Melakukan oral hygiene sebelum makan dengan hasil: membantu pasien sikat gigi sebelum makan. Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi beras merah, dan telur dengan hasil : keluarga pasien memberikan pasien bubur dari beras	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

	menit, BB : 70 kg, BBI : 51,3.		09:20	merah dan telur ayam kampung. Kolaborasi dengan ahli gizi dengan hasil: pasien mendapatkan diet bubur dari Ahli gizi rumah sakit (Bubur, telur, sayur dan pisang).	
4.	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.		10:00 11:30 12:20 12:45	Mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (hasil: klien mengatakan badannya masih merasa lemah dan cepat lelah setelah beraktifitas). Menganjurkan klien tirah baring. 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. Menganjurkan kepada keluarga untuk membantu klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari.	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, SPO ² : 96 %. A: Masalah intoleransi aktifitas belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi 1, 2, dan 3.

I. Catatan Perkembangan

Minggu 22 September 2024 dilakukan catatan perkembangan

No	Diagnosa	Hari/tgl	Jam	Catatan perkembangan
1.	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.	Minggu 22 september 2024	08:00 07:00 08:00 08:25 09:00 14:00	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 : Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 154/90 mmHg, S : 36,7 °C, N : 91 x/m, RR : 20 x/m, SPO2: 90 %. Memonitor kadar gula darah hasil : GDS : 363 mg/dl. 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. Penatalaksanaan pemberian insulin hasil : novorapid 10 unit/sl. E : 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.	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 °C, N : 91 x/ menit, SPO2 : 99 %, RR : 20 x/ menit, CRT : < 3 detik.		11:00 11:10 11:20 14:00	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 : Membatasi pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar klien dapat beristirahat. Memberitahu kepada klien tentang pentingnya tidur. Menyampaikan kepada keluarga tidak bicara dengan klien saat tidur. E : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, klien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak. Masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi. Intervensi dilanjutkan
3.	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 :		07:00	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 : Mengidentifikasi status nutrisi hasil : nafsu makan klien menurun, makan sedikit sekitar 15 sendok makan, minum air sekitar 7-8 gelas sedang ($\pm$

	91 X/ menit, SPO2 : 99 %, RR : 20 x/ menit, BB : 70 kg, BBI : 51,3.		07:18 08 : 30	1100 cc). Jam 07 : 15 melakukan oral hygiene sebelum makan hasil : membantu pasien sikat gigi sebelum makan. Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi beras merah, dan telur dengan hasil : keluarga pasien memberikan pasien bubur dari beras merah dan telur ayam kampung. 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.	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.			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.

			08:40 12:25 13:00 14:00	P : Lanjutkan intervensi (1, 2, dan 3). I : 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). Menganjurkan klien tirah baring. Menganjurkan kepada keluarga untuk tetap membantu klien dalam melakukan aktifitas sehari-hari. E : 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.
--	--	--	--	--

LAMPIRAN 4

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Elisabeth Sina

NIM : PO. 5303202210047

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, 22 Juli 2025



Hormat Saya

LAMPIRAN 5

SURAT BEBAS PLAGIAT



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Kupang

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

PERPUSTAKAAN TERPADU

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

SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI

Dengan ini menerangkan bahwa

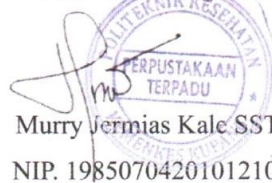
Nama : Elisabeth Sina
 Nomor Induk Mahasiswa : PO 5303202210047
 Dosen Pembimbing : Anatolia Karmelita Doondori, S. Kep., Ns. M. Kep
 Dosen Penguji : Aris Wawomeo, M Kep., NS., Sp. Kep. Kom
 Jurusan : Program Studi DIII Keperawatan Ende
 Judul Karya Ilmiah : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN A. P. R
 DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS DI RUANGAN PENYAKIT
 DALAM III RSUD ENDE**

Laporan Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar **24,97%** Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 22 Agustus 2025

Admin Strike Plagiarism


 Murry Jermias Kale SST
 NIP. 19850704201012100



LEMBAR KONSULTASI

LAMPIRAN 6



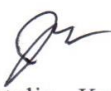
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE

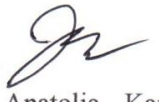
LEMBAR KONSUL PROPOSAL DAN KTI

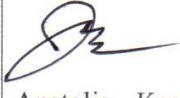
Nama : Elisabeth sina

NIM : PO.5303202210047

Pembimbing : Anatolia Karmelita Doondori, S. Kep., Ns. M. Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Selasa, 29-08-2023	Judul	1) Mencari jurnal yang sesuai dengan judul proposal	 Anatolia Karmelita Doondori, S. Kep., Ns. M. Kep
2.	Senin, 18-09-2024	Bab I Latar belakang	1) Perbaiki dibagian latar belakang susun dari definisi (pengantar) tidak boleh menggunakan bahasa teoritis 2) Angka kematian Diabetes Melitus Didunia, Indonesia, NTT, Ende, Rumah sakit disusun seperti piramida terbalik	 Anatolia Karmelita Doondori, S. Kep., Ns. M. Kep
3.	Jumad, 02-02-2024	Bab I Latar belakang	1) Cari data yang terupdate dari tahun 2021,2022,2023,2024 2) Cari data RS di tahun 2023 3) Masukkan faktor penyebabnya	 Anatolia Karmelita Doondori, S. Kep., Ns. M. Kep

4.	Senin, 20-05-2024	Bab I Latar belakang	1) Rapikan pengetikan nama bulan 2) tambahkan dampak 3) tambahkan peran perawat 4) rapikan pengetikan 5) lanjut bab 2 dan 3	 Anatolia Karmelita Doondori, S. Kep., Ns. M. Kep
5.	Selasa, 11-06-2024	Bab 1,2 dan 3 Latar belakang, tinjauan teoritis, dan metode studi kasus	1) Perbaiki kata pengantar 2) jelaskan faktor modifikasi dan faktor dimodifikasi itu seperti apa 3) perbaiki phatway dan tambahkan sumber 4) perbaiki pemeriksaan fisik 5) tambahkan peran perawat dan edukasi	 Anatolia Karmelita Doondori, S. Kep., Ns. M. Kep
6.	Rabu, 26-06-2024	Bab, 1,2 dan 3 latar belakang, tinjauan teoritis, dan metode studi kasus	1) Perbaiki penulisan dan pengetikan	 Anatolia Karmelita Doondori, S. Kep., Ns. M. Kep
7.	Rabu, 21-08 -2024	Bab 1,2 dan 3 latar belakang, tinjauan teoritis, dan metode kasus	ACC Siap Ujian	 Anatolia Karmelita Doondori, S. Kep., Ns. M. Kep
8.	Rabu, 25-09-2024	Bab IV Pengkajian	1) Pengkajian 2) Tambahkan Pemeriksaan fisik yang spesifik	 Anatolia Karmelita Doondori, S. Kep., Ns. M. Kep
9.	Kamis, 10-10-2024	BAB IV	1) Pengetikan 2) Rumus BBI 3) Tambahkan DS DO diagnosa pola tidur 4) diit bubur seperti apa	 Anatolia Karmelita Doondori, S. Kep., Ns. M. Kep

10.	Kamis, 17-10-2024	BAB IV	1) Perhatikan huruf besar dan kecil 2) Spasi, koma dan tanda baca 3) Kekuatan ekstremitas atas dan bawah harus dimasukan 4) Bunyi napas seperti apa 5) Aktivitas dibantu seperti apa? 6) Yang membedakan DS dan DO pada pola makan resiko defisit nutrisi? 7) Tambahkan akral dingin di pengkajian 8) Samakan data di pengkajian dan tabulasi data	 Anatolia Karmelita Doondori, S. Kep., Ns. M. Kep
11.	Rabu, 20-09-2024	BAB IV	1) Perhatikan tanda baca huruf besar, kecil	 Anatolia Karmelita Doondori, S. Kep., Ns. M. Kep
12.	Jumad, 09-01-2025	BAB IV	1. ACC 2. Siap Ujian	 Anatolia Karmelita Doondori, S. Kep., Ns. M. Kep

Mengetahui
Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



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

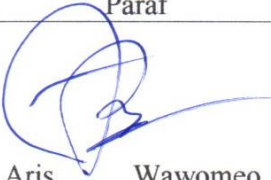
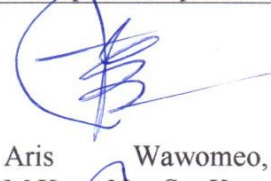
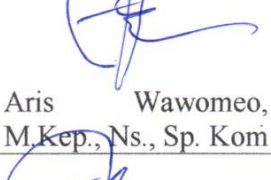
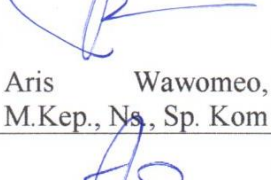
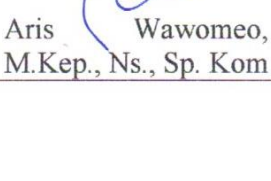


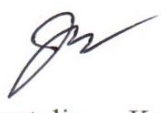
**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE**



LEMBAR KONSUL REVISI PROPOSAL DAN KTI

Nama : Elisabeth sina
 NIM : PO.5303202210047
 Penguji : Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp. Kom
 Pembimbing : Anatolia Karmelita Doondori, S. Kep., Ns. M. Kep

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	Selasa, 29-08-2023	1) Tambahkan 5 masalah di BAB I 2) Tambahkan dokumentasi di tujuan khusus 3) Tambahkan DS dan DO dikeluahkan utama di BAB I	 Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp. Kom
2.	Rabu, 28-08-2024	1) Tambahkan DS dan DO di setiap pengkajian	 Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp. Kom
3.	Rabu, 07-09-2024	ACC Turun studi kasus	 Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp. Kom
4.	Rabu, 29-02-2025	1) Tambahkan pengkajian yang dilakukan di rumah sakit 2) Tambahkan implementasi 3) pengetikan	 Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp. Kom
5.	Selasa, 03-06-2025	1) Responsif 2) Tambahkan catatan yang ditanyakan 3) Tambahkan keluhan utama 4) Tambahkan Abstrak	 Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp. Kom

6.	Rabu, 11-07-2025	Lanjut kepembimbing	 Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp. Kom
7.	Rabu , 29-07-2025	1) Tambahkan saran di abstrak 2) Perbaiki pengetikan dan spasi	 Anatolia Karmelita Doondori, S. Kep., Ns. M. Kep
8.	Kamis, 13-08-2025	1) Tambahkan edukasi untuk pasien DM seperti apa	 Anatolia Karmelita Doondori, S. Kep., Ns. M. Kep
9.	Selasa, 19-08-2025	ACC	 Anatolia Karmelita Doondori, S. Kep., Ns. M. Kep

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

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

LAMPIRAN 7

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



a. Data Diri

Nama : Elisabeth Sina

Tempat/Tanggal Lahir : Ende, 04 januari 2000

Jenis Kelamin : perempuan

Agama : Katolik

Nama Ayah : Petrus Muda

Nama Ibu : Agustina Mbeo

b. Riwayat Pendidikan

SDK Aeisa : 2007-2012

SMP Negeri 2 Ende Selatan : 2013-2015

SMA Negeri 2 Ende : 2016-2018

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, : 2021-2025
Program Studi D-III Keperawatan Ende

MOTO

“BERJUANG TANPA MENYERAH PASTI SUKSES”