



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



INFORMED CONSENT

(Persetujuan menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa : Saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh : Maria Carmelia Itu Neto dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIABETES MELITUS DI RUANGAN PENYAKIT DALAM 1 (RPD) 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 tanpa sanksi apapun.

Ende, 27 Mei 2025

Saksi

Tn K. K

Yang memberikan persetujuan

Ny. M. V. P

Peneliti

MARIA CARMELIA ITU NETO
PO5303202220049



**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

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Saya adalah mahasiswa dari Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny M.V.P Dengan Diabetes Melitus Di Ruang Penyakit Dalam I RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.M.V.P dengan Diabetes Melitus di Ruang Penyakit Dalam I RSUD Ende. Studi kasus ini dilaksanakan selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosa, penetapan rencana keperawatan 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 keperawatan yang diberikan.
5. Namun jati diri serta seluruh informasi Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor telepon : 082247727760



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M. V. P DENGAN DIABETES
MELITUS DI RUANGAN PENYAKIT DALAM I RSUD ENDE**

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 27 Mei 2025

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

Nama	Ny. M. V. P
Umur	42 Tahun
Agama	Katholik
Jenis kelamin	Perempuan
Status	Menikah
Pendidikan	S1
Pekerjaan	Guru
Alamat	Jln.. Patimura RT/RW : 001/002
Tanggal masuk RS	25 Mei 2025
Tanggal pengkajian	27 Mei 2025
No rekam medis	052435
Diagnosa medis	DM tipe 2

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	Tn. K. K
Umur	45 Tahun
Hubungan dengan pasien	Suami
Pekerjaan	Petani
Alamat	Jln. Patimura RT/RW : 001/002

2. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan Utama

Klien mengatakan badan lemah, kedua kaki lemas, mual, nyeri pinggang.

2) Riwayat Keluhan Utama

Klien datang dengan keluhan demam sejak tanggal 25 Mei 2025 jam 10.00 pagi. Keluarga klien mengatakan sebelum di antar ke rumah sakit klien demam di rumah dan keluarga memutuskan untuk mengantarkan klien ke rumah sakit pada tanggal 25 Mei 2025 jam 11.30 . Saat masuk IGD keluarga klien mengatakan klien demam sudah menurun karena sudah diberikan paracetamol oleh perawat. Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit gula dan di IGD di lakukan pemeriksaan GDS dengan hasil 470 mg/dL. Setelah itu klien di pindahkan ke RPD l jam 16.00 sore untuk melakukan perawatan lebih lanjut.

b. Status Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit Yang Pernah Dialami

Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit DM sudah 3 tahun. Klien mengetahui dirinya menderita DM Ketika ada pemeriksaan kesehatan di sekolah, sejak mengetahui dirinya menderita DM, klien tidak melakukan pemeriksaan ke pelayanan kesehatan, klien hanya meminum air rebusan daun merongge itupun minumannya tidak rutin hanya satu kali dalam sehari.

2) Pernah Dirawat

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat baik di Rumah Sakit maupun Puskesmas.

3) Alergi

Klien mengatakan tidak memiliki alergi pada makanan, minuman dan obat-obatan.

4) Kebiasaan (Merokok/Kopi/Alkohol)\

Klien mengatakan tidak merokok/minum kopi/minum alkohol

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan ada yang menderita penyakit DM yaitu bapaknya.

3. Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-psiko-sosio-kultural-spiritual)

a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Klien mengatakan bahwa dirinya memiliki riwayat penyakit DM dan tidak rutin mengontrol kesehatannya pada pelayanan kesehatan

b. Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum sakit klien mengatakan kebiasaan makan 3 kali sehari dengan menu nasi, ikan, tempe, tahu, dan sayur-sayuran, kadang klien makan lebih dari 3 kali karena sering merasa lapar, klien tidak memiliki alergi pada makanan, minuman dan obat-obatan. Klien juga sering mengonsumsi makanan yang manis seperti kue dan biskuit, klien minum 9-10 gelas sedang ($\pm$ 1.800-2.000 cc) per hari. Saat sakit klien mengatakan hanya mengonsumsi makanan yang disediakan rumah sakit. Porsi yang dihabiskan 3-4 sendok makan karena klien tidak ada nafsu makan, minum air putih 6-7 gelas sedang ($\pm$ 1.200- 1.400 cc) perhari dan klien sering merasa haus.

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit klien mengatakan BAB lancar 1-2 kali dalam sehari dengan konsistensi padat, warna kuning, bau khas feses. BAK lancar 5-6 kali sehari, warna kuning jernih, memiliki kebiasaan BAK di malam hari biasanya 2-3 kali. Saat sakit klien mengatakan sejak masuk rumah sakit belum bisa BAB. BAK lancar 2-3 kali, warna kuning.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit klien mengatakan bekerja sebagai guru semua aktivitas dilakukan secara mandiri. Saat sakit klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasa karena terbaring lemah di tempat tidur. Semua aktivitas makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian, berpindah di

bantu.

e. Pola Kognitif dan Persepsi

Klien mengetahui tentang penyakitnya namun klien kurang mengontrol gula darahnya ke pelayanan kesehatan.

f. Pola Tidur dan Istirahat

Sebelum sakit klien mengatakan biasa tidur malam 6-8 jam mulai jam 21.00-05.00 WIT dan klien jarang tidur siang karna sibuk bekerja sebagai guru dan pulang sampai sore, kebiasaan klien sebelum tidur nonton TV dan main hp. Saat sakit klien mengatakan masih dapat tidur dengan nyenyak, tidur malam 7-8 jam, klien tidur siang kurang lebih 30-60 menit.

g. Pola Peran Hubungan

Sebelum sakit klien mengatakan relasi klien dengan keluarga, tetangga dan orang lain baik. Saat sakit klien mengatakan hubungan dengan keluarga, perawat dan klien lainnya terjalin dengan baik.

h. Pola mekanisme-stress coping

Sebelum sakit klien mengatakan bila ada masalah dengan keluarga klien selalu mencari jalan keluar bersama untuk menyelesaikan masalah. Saat sakit klien mengatakan merasa stress, klien hanya bisa berdoa agar tetap kuat menjalani masa penyembuhan.

i. Pola persepsi dan konsep diri

- 1) Gambaran diri : klien mengatakan menerima kondisinya saat ini.
- 2) Ideal diri : klien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama anaknya serta dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari.

- 3) Harga diri : klien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya sendiri, keluarga maupun orang sekitar.
- 4) Peran diri : klien mengatakan berperan sebagai seorang guru di SMK kota baru.
- 5) Identitas diri : klien mengatakan ia adalah seorang istri dan ibu dari 2 orang anak dan 1 orang suami.

j. Pola nilai kepercayaan

Sebelum sakit klien mengatakan menganut agama Katolik dan rajin beribadah, klien sering mengikuti doa Rosario di KUB. Saat sakit klien mengatakan jarang beribadah.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum : lemah

Tingkat Kesadaran : Composmentis

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

b. Tanda-tanda Vital

TD : 110/80 mmHg

S : 36,6° C

N : 89 x/menit

SpO₂ : 99 %

RR : 21 x/menit

c. BB : 40 kg, TB :135 cm

IMT : 17,08 (berat badan kurang).

d. Keadaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

1) Kepala

a) Rambut

Inspeksi : rambut tampak bersih dan beruban

b) Wajah

Inspeksi : bentuk wajah simetris, klien tampak pucat, tampak lemah dan meringis.

c) Mata

Inspeksi : bentuk simetris, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikterik.

d) Hidung

Inspeksi : bentuk simetris, tidak terpasang oksigen.

e) Mulut

Inspeksi : mukosa bibir kering, klien berbicara jelas, gigi masih lengkap.

f) Telinga

Inspeksi : bentuk telinga simetris, telinga tampak bersih, tidak ada penggunaan alat bantu dengar, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

2) Leher

Inspeksi : tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening.

3) Dada

Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, pernapasan 21x/menit.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Auskultasi : tidak ada bunyi napas tambahan

4) Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

Auskultasi : bising usus 20x/menit

5) Ekstremitas

Ekstremitas atas : tidak ada edema, jari tangan lengkap CRT < 3 detik, terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tetes per menit di tangan kiri.

Ekstremitas bawah : tidak ada edema, kekuatan otot lemah.

6) Pengkajian nyeri

P (Paliatif) : klien mengatakan nyeri di pinggang

Q (Quality) : klien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk

R (Region) : nyeri pada pinggang menyebar sampai ke belakang

S (Severity) : skala nyeri 4-6 (sedang),

T (Time) : nyeri di rasakan terus menerus.

5. **Tabulasi data**

Klien mengatakan badan lemah, kedua kaki lemas, mual, nyeri pinggang, tampak pucat, pernah demam, nafsu makan klien berkurang,

tampak makan sedikit, porsi yang di habiskan 3-4 sendok makan, minum air putih 6-7 gelas sedang ($\pm$ 1.200-1.400 cc) perhari, klien sering merasa haus dan klien terbaring lemah di tempat tidur, semua aktivitas makan, minum, toileting, berpakaian, berpindah, di bantu keluarga. Keadaan umum lemah, tingkat kesadaran composmentis, GCS : 15 E : 4, V : 5, M : 6. Tanda-tanda vital TD : 110/80 mmHg, S : 36,6°C, N : 89x/m, SPO₂ : 99%, RR : 21x/m, BB : 40 kg, TB : 153 cm, IMT : 17,08 (berat badan kurang), wajah tampak pucat, tampak lemah, tampak meringis, CRT < 3 detik terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit, kekuatan otot lemah. Pengkajian nyeri, P (Paliatif) : klien mengatakan nyeri di pinggang, Q (Quality) : klien mengatakan nyeri di rasakan seperti tertusuk-tusuk, R (Region) : nyeri pada pinggang menyebar sampai ke belakang, S (Severity) : skala nyeri 4-6 (sedang), T (Time) : nyeri dirasakan terus menerus. Hasil Lab : WBC = 14.76+ [10^3 /uL, glukosa sewaktu = 470 mg/dL, ureum = 54.7 mg/dL, creatinin = 1.39 mg/dL.

6. **Klasifikasi Data**

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

Data Subjektif : Klien mengatakan badan lemah, kedua kaki lemas, mual, nyeri pinggang, pernah demam, nafsu makan klien berkurang, porsi yang di habiskan 3-4 sendok makan, minum air putih 6-7 gelas sedang ($\pm$ 1.200-1.400 cc) perhari, klien sering merasa haus. Pengkajian

nyeri, P (Paliatif) : klien mengatakan nyeri di pinggang, Q (Quality) : klien mengatakan nyeri di rasakan seperti tertusuk-tusuk, R (Region) : nyeri pada pinggang menyebar sampai ke belakang, S (Severity) : skala nyeri 4-6 (sedang), T (Time) : nyeri dirasakan terus menerus.

Data Objektif : klien terbaring lemah di tempat tidur, klien tampak pucat, semua aktivitas makan, minum, toileting, berpakaian, berpindah, di bantu keluarga. Keadaan umum lemah, tingkat kesadaran composmentis, GCS : 15 E : 4, V : 5, M : 6. Tanda-tanda vital TD : 110/80 mmHg, S : 36,6°C, N : 89x/m, SPO₂ : 99%, RR : 21x/m, BB : 40 kg, TB : 153 cm, IMT : 17,08 (berat badan kurang), wajah tampak pucat, tampak lemah, tampak meringis, CRT < 3 detik terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit, kekuatan otot lemah. Hasil Lab : WBC= 14.76+ [10³/uL, glukosa sewaktu = 470 mg/dL, ureum = 54.7 mg/dL, creatinin = 1.39 mg/dl.

7. Analisa Data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
Ds : klien mengatakan badan lemah, kedua kaki lemas, sering merasa haus. Do : tampak lemah, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit, TTV : TD : 110/80 mmHg, S : 36,6°C, N : 89x/m,	Kurangnya Insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

SPO2 : 99%, RR : 21x/m, Hasil Lab : glukosa sewaktu = 470 mg/dL.		
Ds : klien mengatakan badan lemah Do : tampak pucat, terpasang infus Nacl 0.9% 20 tetes per menit, CRT < 3 detik. TD : 110/80 mmHg, S : 36,6°C, N : 89x/m, SPO2 : 99%, RR : 21x/m, hasil lab : WBC = 14.76+ [10³/uL, glukosa sewaktu = 470 mg/dL.	Aliran darah tidak lancar sehingga menghambat aliran darah ke seluruh tubuh	Risiko perfusi perifer tidak efektif
Ds : mengeluh nyeri pinggang, Pengkajian nyeri : P (Paliatif) : klien mengatakan nyeri di pinggang, Q (Quality) : klien mengatakan nyeri di rasakan seperti tertusuk-tusuk, R (Region) : nyeri pada	Fungsi ginjal menurun	Nyeri akut

pinggang menyebar sampai ke belakang, S (Severity) : skala nyeri 4-6 (sedang), T (Time) : nyeri dirasakan terus menerus. Do : wajah tampak meringis, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit, TTV : TD : 110/80 mmHg, S : 36,6°C, N : 89x/m, SPO2 : 99%, RR : 21x/m, Hasil Lab : ureum = 54.7mg/dL, creatinin =1.39mg/dL.		
Ds : klien mengatakan badan lemah Do: tampak terbaring di tempat tidur, semua aktivitas makan, minum, mandi, toileting, berpindah, di bantu. TTV: TD:110/80 mmHg, S:36,6°C, N:89x/m, SPO2:99 %, RR:21 x/m,terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes per menit	Penurunan produksi energi metabolik	Intoleransi aktivitas

Ds : klien mengatakan nafsu makan berkurang, porsi yang di habiskan 3-4 sendok makan, minum air putih 6-7 gelas sedang ($\pm$ 1.200-1.400 cc) perhari Do : klien tampak makan sedikit BB:40 kg, TB:153 cm , IMT:17,08 (berat bada kurang), TTV : TD : 110/80 mmHg, S : 36,6°C, N:89x/m, SPO2 : 99 %, RR : 21 x/m, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes	Katabolisme meningkat	Defisit nutrisi
--	------------------------------	------------------------

7. Diagnosa Keperawatan

- a. Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan kurangnya insulin di buktikan dengan:

Ds : Klien mengatakan badan lemah, kedua kaki lemas, sering merasa haus.

Do :Tampak lemah, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit, TTV : TD : 110/80 mmHg, S : 36,6°C, N : 89x/m, SPO₂ : 99%,

RR :21x/m, Hasil Lab : glukosa sewaktu = 470 mg/dL.

- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan sirkulasi kurang memadai di buktikan dengan:

Ds : Klien mengatakan badan lemah

Do : Tampak pucat, terpasang infus Nacl 0.9%, 20 tetes per menit, CRT < 3 detik. TTV : TD : 110/80 mmHg, S : 36,6°C, N : 89x/m, SPO₂ : 99%, RR:21x/m, hasil lab : WBC = 14.76+ [10³/uL, glukosa sewaktu = 470 mg/dL.

- c. Nyeri Akut berhubungan dengan gejala penyakit di buktikan dengan:

Ds : Mengeluh nyeri pinggang, Pengkajian nyeri :

P (Paliatif) : Klien mengatakan nyeri di pinggang,

Q (Quality) : Klien mengatakan nyeri di rasakan seperti tertusuk-tusuk.

R (Region) : Nyeri pada pinggang menyebar sampai ke belakang.

S (Severity) : Skala nyeri 4-6 (sedang), T (Time) : nyeri dirasakan terus menerus.

Do : Wajah tampak meringis, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit, TTV : TD : 110/80 mmHg, S : 36,6°C, N : 89x/m, SPO₂ : 99%, RR : 21x/m, Hasil Lab:ureum=54.7 mg/dL, creatinin = 1.39 mg/dL.

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik di buktikan dengan:

Ds : Klien mengatakan badan lemah

Do: Tampak terbaring di tempat tidur, semua aktivitas makan, minum, mandi, toileting, berpindah, di bantu keluarga. TTV : TD : 110/80 mmHg, S : 36,6°C, N : 89x/m, SPO2 : 99 %, RR : 21 x/m, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes per menit.

- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan katabolisme meningkat di buktikan dengan:

Ds : Klien mengatakan nafsu makan berkurang, porsi yang di habiskan 3-4 sendok makan, minum air putih 6-7 gelas sedang ($\pm$ 1.200- 1.400 cc) perhari.

Do : Klien tampak makan sedikit BB : 40 kg, TB : 153 cm , IMT : 17,08 (berat bada kurang), TTV : TD :110/80 mmHg, S : 36,6°C, N : 89x/m, SPO2 : 99 %, RR : 21 x/m, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes per menit.

8. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kurangnya insulin	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah ketidakstabilan	Manajemen Hiperglikemia Observasi 1)Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia. Rasional : Hiperglikemia adalah tinggi kadar gula dalam darah, kita perlu mengidentifikasi penyebab

		kadar glukosa darah teratasi dengan kriteria hasil: 1) Lelah menurun 2) Rasa haus menurun 3) Kadar glukosa dalam darah membaik	glikemia untuk mengetahui tindakan apa yang akan dilakukan berdasarkan tipe DM yang diderita pasien. 2) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu. Rasional : Glukosa dalam darah bisa terkontrol. 3) Monitor tanda dan gejala hiperglikemi. Rasional : Menentukan tindakan yang tepat dalam penanganan hiperglikemia. Edukasi 1) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga. Rasional : diet dan olahraga dapat meningkatkan laju metabolisme sehingga kadar glukosa dapat digunakan sebagai energi. 2) Ajarkan cara pengelolaan diabetes (mis, penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan,
--	--	--	---

			penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan). Rasional : Mencegah terjadinya hiperglikemia dan hipoglikemia, Kolaborasi 1)Kolaborasi pemberian insulin. Rasional : Pemberian insulin berfungsi untuk mempertahankan jumlah glukosa dalam darah tetap normal.
2.	Risiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan sirkulasi kurang memadai	Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah risiko perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: 1) Warna kulit pucat menurun	Perawatan Sirkulasi Observasi 1)Periksa sirkulasi perifer (mis, nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu,). Rasional : mengidentifikasi terjadinya penurunan sirkulasi perifer melalui nadi perifer dan edema. 2)Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis, diabetes, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi).

		2) Kelemahan otot menurun	Rasional : mengetahui sirkulasi perfusi pasien. 3)Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. Rasional : mengetahui dan mengontrol panas, kemerahan, atau bengkak pada ekstremitas. Terapeutik 1)Lakukan hidrasi. Rasional : hidrasi dapat membantu perbaikan sirkulasi perifer. Edukasi 1)Anjurkan berolahraga rutin seperti jalan kaki Rasional : salah satu penatalaksanaan yang bisa dilakukan untuk meningkatkan sirkulasi darah dengan melakukan latihan jasmani dengan jalan kaki sambil mengayunkan tangan. 2)Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis, rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3
--	--	----------------------------------	---

			Rasional : gizi yang seimbang akan meningkatkan daya tahan tubuh.
3.	Nyeri Akut berhubungan dengan gejala penyakit	Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah gangguan Nyeri Akut menurun dengan kriteria hasil: 1)Keluhan nyeri menurun 2)Meringis menurun	Manajemen Nyeri Observasi 1)Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Rasional:Menggambarkan pengalaman nyeri, menganalisis manajemen nyeri dan mengevaluasi efektivitas. 2)Identifikasi skala nyeri. Rasional : Mengetahui skala nyeri secara teratur dan bersamaan dengan tanda-tanda vital lainnya. 3)Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri . Rasional : Perawatan yang tepat dan manajemen yang memadai dapat membantu mengurangi nyeri. Terapeutik 1)Fasilitasi istirahat dan tidur.

			Rasional : Nyeri yang di rasakan dapat di hilangkan atau di kurangkan. Edukasi 1)Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Rasional : Membantu dalam penurunan persepsi atau respon nyeri, memberikan kontrol situasi meningkatkan perilaku positif. Kolaborasi 1)Kolaborasi pemberian analgetik Penatalaksanaan : pemberian paracetamol 1 gr/iv Rasional : Mengurangi rasa nyeri.
4.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik	Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah intoleransi	Manajemen Energi Observasi 1)Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Rasional : Mengidentifikasi faktor-faktor terkait dengan kelelahan dapat bermanfaat dalam mengenali

		aktivitas menurun dengan kriteria hasil: 1)Keluhan lelah menurun 2)Tenaga meningkat 3)Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat	penyebab potensial dan membangun rencana perawatan kolaborasi. 2)Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. Rasional : Mengetahui tingkat kelelahan dan emosional pasien. Terapeutik 1)Lakukan latihan gerak pasif atau aktif. Rasional : Mengetahui lokasi ketidaknyamanan pasien selama melakukan aktivitas. Edukasi 1)Anjurkan tirah baring Rasional : Memberikan rasa nyaman. 2)Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Rasional : melatih gerak mobilisasi pasien dan meningkatkan otot pasien.
--	--	--	--

5.	Defisit nutrisi berhubungan dengan katabolisme meningkat	Tujuan: setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil: 1)Nafsu makan membaik 2)Berat badan membaik 3)Porsi makan yang di habiskan meningkat 4)Kekuatan otot menelan meningkat	Manajemen Nutrisi Observasi 1)Identifikasi status nutrisi. Rasional : dapat mengetahui status nutrisi pasien sehingga dapat melakukan intervensi yang tepat. 2)Mengetahui alergi pada makanan/minuman yang menyebabkan klien tidak nafsu makan. Rasional : mengetahui makanan yang di sukai untuk meningkatkan nafsu makan klien 3)Monitor asupan makanan. Rasional: Anoreksia dan kelemahan dapat mengakibatkan penurunan berat badan dan malnutrisi yang serius. Terapeutik 1)Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu. Rasional : Mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan.
----	--	---	---

			Edukasi 1)Anjurkan posisi duduk, jika mampu. Rasional : Memberikan rasa nyaman pada pasien. 2)Ajarkan diet yang di programkan. Rasional : meningkatkan ras keterlibatannya, memberikan informasi kepada keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi. Kolaborasi 1)Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang di butuhkan. Rasional : Sangat penting dan bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, klien di lakukan oleh tenaga professional yang tepat.
--	--	--	---

9. Implementasi Keperawatan

Hari pertama Selasa, 27 Mei 2025

N o	Diagnosa keperawatan	Hari/tanggal	Jam	Tindakan keperawatan	Evaluasi
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kurangnya insulin	Selasa, 27 Mei 2025	07.00 s/d 14.00	1. Memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 110/80 mmHg, S : 36,6°C, N : 89 x/menit, SPO2 : 99%, RR: 21x/menit. 2. Mengkaji faktor pencetus hiperglikemia dengan hasil : klien mengatakan setelah mengkonsumsi makanan yang manis dan tidak rutin berolahraga. 3. Memonitor	S : Klien mengatakan masih lemah, kedua kaki lemas O : Tampak lemah, pucat, gula darah masih tinggi, terpasang NaCl 0,9 % 20 tetes per menit, TTV : TD : 110/80 mmHg, S : 36,5°C, N : 86x/m, SPO2 : 99 %, RR : 21 x/m.

				kadar gula darah dengan hasil : 347 mg/dl. 4.Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil : klien mengatakan badan lemah, kedua kaki lemas. 5.Menganjurkan klien agar tetap menjaga pola makan dan di imbangi dengan olahraga dengan hasil : klien mengerti dengan apa yang di jelaskan dan klien mendapatkan makanan yang di berikan rumah	A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 2,3,4,5,6
--	--	--	--	---	---

				sakit. 6.Menganjurkan klien untuk menghindari makanan yang mengandung banyak gula dan banyak lemak seperti : gula pasir, sirup, buah-buahan yang di awetkan dengan gula, susu kental manis, kue-kue manis, makanan siap saji, gorengan. 7.Menganjurkan klien untuk mengonsumsi protein rendah lemak, seperti: ikan, ayam tanpa	
--	--	--	--	---	--

				kulit, tempe, tahu, kacang-kacangan dan menganjurkan klien mengganti nasi putih dengan beras merah, beras jagung atau ubi-ubian serta mengkonsumsi sayur-sayuran yang tinggi serat (sayuran hijau). 8.Melayani injeksi sansulin rapid 8 unit/sl, melayani diet lunak DM 1 porsi (bubur,sayur bayam, ikan, pisang).	
--	--	--	--	--	--

2.	Risiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan sirkulasi kurang memadai	Selasa, 27 Mei 2025	07.00 s/d 14.00	1. Memeriksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna dan suhu) dengan hasil : CRT < 3 detik, warna kulit pucat, suhu 36,6°C. 2. Mengidentifikasi faktor risiko gangguan perifer (diabetes) dengan hasil : TTV, TD : 110/80 mmHg, N : 89x/menit, SPO2 : 99%, RR : 21x/menit, S : 36,6°C. 3. Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau	S: Klien mengatakan badan masih lemah O: Klien tampak lemah, pucat, terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tetes per menit, TTV : TD : 110/80 mmHg, S : 36,5°C, N : 86x/m, SPO2 : 99 %, RR : 21x/m. A: Masalah Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif belum

				bengkak pada ekstremitas dengan hasil : tidak ada nyeri atau bengkak pada ekstremitas bawah. 4.Menganjurkan klien berolahraga rutin seperti jalan kaki dengan hasil : klien mengerti dengan apa yang di anjurkan. 5.Menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh seperti : sayuran hijau, buah-buahan, kentang,	teratasi P: Lanjutkan intervensi nomor 1,2,3,4,5,6
--	--	--	--	---	--

				ubi jalar, putih telur, dada ayam).	
3.	Nyeri akut berhubungan dengan gejala penyakit	Selasa, 27 Mei 2025	07.00 s/d 14.00	1.Memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 110/80 mmHg, S : 36,6°C, N : 89 x/menit, SPO₂ : 99%, RR : 21x/menit. 2.Mengobservasi keadaan umum klien dengan hasil : klien tampak lemah 3.Mengidentifikasi lokasi nyeri dengan hasil : pada bagian pinggang. 4.Mengidentifikasi	S : Klien mengeluh nyeri di pinggang S : P (Paliatif) : Klien mengatakan nyeri di pinggang, Q (Quality) : Klien mengatakan nyeri di rasakan seperti tertusuk-tusuk. R (Region) : Nyeri pada

				i skala nyeri dengan hasil : skala 4-6 (sedang). 5.Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dengan hasil : faktor yang memperberat : saat bergerak, faktor yang memperingan : setelah memberikan obat anti nyeri yaitu paracetamol dan pada saat beristirahat. 6.Melayani injeksi paracetamol 1gr/IV.	pinggang menyebar sampai ke belakang. S (Severity) : Skala nyeri 4-6 (sedang), T (Time) : nyeri dirasakan terus menerus. O : Masih tampak meringis, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit, TTV : TD : 110/80 mmHg, S : 36,5°C, N : 86x/m, SPO2 : 99 %, RR :
--	--	--	--	--	---

				7.Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (melatih napas dalam) dengan hasil : mengatur posisi klien senyaman mungkin. 8.Mengajarkan klien menarik napas lewat hidung tahan selama 3 detik dan hitungan ke tiga hembuskan suara perlahan-lahan lewat mulut. 9.Menganjurkan klien untuk banyak istirahat.	21 x/m. A : Masalah Nyeri Akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi nomor 2,4,5,6
--	--	--	--	---	---

4.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik	Selasa, 27 Mei 2025	07.00 s/d 14.00	1.Memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 110/80 mmHg, S : 36,6°C, N : 89x/menit, SPO2 : 99%, RR : 21x/menit. 2.Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan dengan hasil : klien mengatakan kelelahan karena badan yang terasa lemah, kedua kaki lemas dan nyeri pada pinggang. 3.Melakukan latihan rentang gerak klien atau	S : Klien masih mengeluh lemah O : Tampak lemah dan terbaring di tempat tidur, semua aktivitas makan, minum, toileting, berpakaian berpindah di bantu keluarga, terpasang insus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit. TTV : TD : 110/80 mmHg, S :
----	--	---------------------	-----------------	---	--

				aktif dengan hasil : klien mengatakan akan melakukan latihan gerak secara pasif. 4.Menganjurkan tirah baring dengan hasil : klien mengatakan masih belum bisa melakukan miring kiri, miring kanan. 5.Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil : klien mengatakan belum bisa untuk melakukan aktivitas karena badannya lemah dan kedua	36,5°C, N : x/86m, SPO2 : 99 %, RR : 21 x/m. A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi nomor 2,3,4,5
--	--	--	--	---	---

				kakinya lemas tidak bisa di angkat.	
--	--	--	--	---	--

Implementasi hari kedua Rabu, 28 Mei 2025

No	Diagnosa keperawatan	Hari/tanggal	Jam	Tindakan keperawatan	Evaluasi
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kurangnya insulin	Rabu, 28 Mei 2025	07.00 s/d 14.00	1.Memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD:120/80mmHg, N : 82x/menit, S : 36,2°C, SPO2 : 98%, RR : 21x/menit.	S : Klien mengatakan masih lemah, kedua kaki masih lemas O : Klien masih tampak lelah, gula darah masih

				2.Memonitor kadar gula darah dengan hasil : 330 mg/dL. 3.Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil : klien mengatakan badan lemah, kedua kaki masih lemas. 4.Menganjurkan klien agar tetap menjaga pola makan dan di imbangi dengan olahraga dengan hasil : klien mengerti dengan apa yang di jelaskan dan klien mendapatkan	tinggi GDS:330 mg/dL, TTV :TD: 120/80 mmHg, S : 36,3°C, N : 84x/m, SPO2 : 99%, RR : 21x/m, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit. A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi P: Lanjutkan intervensi nomor 2,4,5,6
--	--	--	--	---	---

				makanan yang di berikan rumah sakit. 5.Menganjurkan klien untuk menghindari makanan yang mengandung banyak gula dan banyak lemak seperti : gula pasir, sirup, buah-buahan yang di awetkan dengan gula, susu kental manis, kue-kue manis, makanan siap saji, gorengan. 6.Menganjurkan klien untuk mengonsumsi protein rendah	
--	--	--	--	--	--

				lemak, seperti : ikan, ayam tanpa kulit, tempe, tahu, kacang-kacangan dan menganjurkan klien untuk mengganti nasi putih dengan beras merah atau ubi-ubian serta mengkonsumsi sayur-sayuran yang tinggi serat (sayuran hijau). 7.Melayani samsulin rapid 10 unit/sl. Melayani diet lunak DM 1 porsi (bubur, sayur, ikan. Pisang).	
--	--	--	--	--	--

2.	Risiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan sirkulasi kurang memadai	Rabu, 28 Mei 2025	07.00 s/d 14.00	1.Memeriksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna dan suhu) dengan hasil : CRT<3 detik, warna kulit pucat, suhu 36,2°C. 2.Mengidentifikasi faktor risiko gangguan perifer (diabetes) dengan hasil : TTV : TD : 120/80 mmHg, N : 82 x/menit, SPO2 : 98%, RR : 21x/menit, S : 36,2°C. 3.Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas	S : Klien mengatakan badan masih lemah O : Klien tampak lemah, pucat, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit, TTV : 120/80 mmHg, S : 36,3°C, N : 84x/m, SPO2 : 99%, RR : 21 x/m. A : Masalah Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi nomor 1,4,5,6
----	--	-------------------	-----------------	---	--

				dengan hasil: tidak ada nyeri atau bengkak pada ekstremitas bawah. 4.Menganjurkan klien berolahraga rutin seperti jalan kaki dengan hasil klien mengerti dengan apa yang di anjurkan. 5.Menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh seperti : sayuran hijau, buah-buahan, kentang, ubi jalar, putih telur, dada ayam).	
--	--	--	--	---	--

3.	Nyeri akut berhubungan dengan gejala penyakit	Rabu, 28 Mei 2025	07.00 s/d 14.00	1.Memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 120/80 mmHg, N : 82x/menit, S : 36,2°C, SPO2 : 98%, RR : 21x/menit. 2.Mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil : Skala 5 (sedang). Jam 08.45 mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (melatih napas dalam) dengan hasil : mengatur posisi pasien senyaman mungkin,	S : Klien masih mengeluh nyeri di pinggang P (Paliatif) : Klien mengatakan nyeri di pinggang, Q (Quality) : Klien mengatakan nyeri di rasakan seperti tertusuk- tusuk. R (Region) : Nyeri pada pinggang menyebar sampai ke belakang. S (Severity) : Skala nyeri 4-6 (sedang), T (Time) : nyeri dirasakan terus menerus.
----	--	----------------------	-----------------------	---	---

				menganjurkan pasien menarik napas lewat hidung tahan selama 3 detik dan hitungan ketiga hembuskan secara perlahan-lahan lewat mulut. 3.Melayani injeksi paracetamol 1 gr/IV. 4.Menganjurkan pasien banyak istirahat. 5.Mengatur posisi tidur sesuai keinginan klien dengan hasil klien tidur lebih nyaman miring ke kiri.	O : Klien masih tampak meringis, TTV : 120/80 mmHg, S : 36,3°C, N : 84x/m, SPO2 : 99%, RR : 21 x/m, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit. A : Masalah Nyeri Akut belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan nomor 2,4,5,6
4.	Intoleransi aktivitas	Rabu, 28 Mei 2025	07.00 s/d	1.Memonitor tanda-tanda vital	S : Klien masih mengeluh lemah

	berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik		14.00	dengan hasil : TD : 120/80 mmHg, N : 82x/menit, S : 36,2°C, SPO2 : 98%, RR : 21x/menit. 2.Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas dengan hasil : klien mengatakan akibat ketidaknyamanan itu karena merasa badan lemah, kedua kaki lemas, nyeri pinggang sehingga aktivitasnya di bantu. 3.Melakukan latihan rentang	O : Tampak lemah dan terbaring di tempat tidur, semua aktivitas makan, minum,toileting, berpakaian berpindah di bantu keluarga, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit. TTV : TD: 120/80 mmHg, S: 36,3°C, N : 84x/m, SPO2 : 99%, RR : 21 x/m A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi
--	--	--	-------	---	---

				gerak pasif atau aktif dengan hasil : klien mengatakan akan melakukan latihan gerakan secara pasif. 4.Menganjurkan tirah baring dengan hasil : klien mengikuti apa yang dianjurkan. 5.Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil : klien mengikuti anjuran dengan melakukan aktivitas secara bertahap miring kiri dan miring	P : Lanjutkan intervensi nomor 2,,4,5
--	--	--	--	--	--

				kanan.	
5.	Defisit nutrisi berhubungan dengan katabolisme meningkat	Rabu, 28 Mei 2025	07.00 s/d 14.00	1.Memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 120/80 mmHg, N : 82x/menit, S : 36,2°C, SPO2 : 98%, RR : 21x/menit. 2.Memonitor asupan makanan dengan hasil : klien bisa menghabiskan 10 sendok, minum air 5-6 gelas sedang ($\pm$ 1.000-1.300 cc). 3.Melakukan oral hygiene sebelum makan dengan hasil : klien mengerti dan akan	S : Klien mengatakan nafsu makan berkurang O : Klien tampak makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit. TTV : TD :120/80 mmHg, S : 36,3°C, N : 84x/m, SPO2 : 99%, RR : 21 x/m A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi P : Lanjutkan

				melakukan oral hygiene sebelum makan. 4.Menganjurkan posisi duduk dengan hasil klien belum bisa duduk, hanya bisa melakukan posisi miring kiri dan miring kanan. 5.Menganjurkan keluarga klien untuk mengontrol makanan klien dengan hasil : keluarga klien mengerti dan akan mengontrol pola makan klien. 6.Melayani injeksi Omeprazole 40 mg dan melayani	intervensi nomor 3,4,6,7,8
--	--	--	--	---	-----------------------------------

				injeksi Ondansentron 4 mg/IV. 7.Melayani diet bubur 1 porsi.	
--	--	--	--	--	--

10. Catatan Perkembangan

Kamis, 29 Mei 2025

No	Diagnosa keperawatan	Jam	Catatan perkembangan
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	07.30	S: Klien mengatakan badan masih lemah, kedua kaki sudah bisa di angkat. O: Klien tampak lemah. Gula darah sudah menurun, GDS : 120 mg/dL, terpasang infus Nacl 20 tetes per

			menit A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi P: Intervensi di lanjutkan 2,4,5,6 I: Jam 07.40-13.00 Mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil: TD : 120/80 mmHg, N : 90x/menit, S : 36,2°C, RR : 20x/menit, SPO2 : 99 %. - Menganjurkan klien agar tetap menjaga pola makan dan di imbangi dengan olahraga dengan hasil : Klien mengerti dengan apa yang di jelaskan dan klien mendapatkan makanan yang di berikan rumah sakit. - Menganjurkan klien untuk menghindari makanan yang mengandung banyak gula dan banyak lemak seperti : gula pasir, sirup, buah-buahan yang di awetkan dengan gula, susu kental manis, kue-kue manis, coklat, makanan siap saji, gorengan.
--	--	--	---

			- Menganjurkan klien untuk mengonsumsi protein rendah lemak, seperti : ikan, ayam tanpa kulit, tempe, tahu, kacang-kacangan. - Menganjurkan klien untuk mengganti nasi putih dengan beras merah, beras jagung, atau ubi-ubian serta mengonsumsi sayuran yang tinggi serat (sayuran hijau). Penatalaksanaan pemberian insulin dengan hasil : Melayani sansulin rapid 10 unit/sl. E: Jam 13:45 klien tampak lemah, gula darah masih tinggi, GDS : 120 mg/dL, TTV : TD:120/80 mmHg, S : 36,2°C, N :90x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99%, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes per menit. Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi, intervensi di lanjutkan perawat ruangan.
--	--	--	--

2.	Risiko perfusi perifer tidak efektif	07.35	S: Klien mengatakan badan masih lemah O: Klien tampak lemah, pucat berkurang, terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tetes x/m A: Masalah risiko perfusi perifer tidak efektif teratasi Sebagian P: Lanjutkan intervensi nomor 1,2,5 I: Jam 07.30-13.30 Memeriksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna dan suhu) dengan hasil: CRT<3 detik, warna kulit pucat berkurang, suhu 36,2°C. Mengidentifikasi faktor risiko gangguan perifer(diabetes) dengan hasil : TTV, TD : 120/80 mmHg, N : 90x/menit, SPO2 : 99%, RR : 20x/menit, S : 36,2°C. Menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh seperti: sayuran hijau, buah-buahan, kentang, ubi jalar, putih telur, dada ayam).
----	--------------------------------------	-------	---

			E: Jam 13:40 klien tampak lemah berkurang, TTV : TD : 120/80 mmHg, S : 36,2°C, N : 90x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99%, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit. Masalah risiko perfusi perifer teratasi sebagian, intervensi di lanjutkan perawat ruangan.
3.	Nyeri akut	07.40	S: Klien mengatakan nyeri berkurang P (Paliatif) : Klien mengatakan nyeri di pinggang berkurang (Quality) : Klien mengatakan nyeri di rasakan seperti tertusuk-tusuk berkurang. (Region) : Nyeri pada pinggang menyebar sampai ke belakang berkurang. S (Severity) : Skala nyeri 1-3 (ringan), T (Time) : nyeri dirasakan terus menerus berkurang. O: Klien tampak meringis berkurang,

			terpasang infus Nacl 20 tpm A:Masalah Nyeri Akut teratasi sebagian P:Intervensi di lanjutkan nomor 2,4,5,6 I:Jam 07.00-13.00 Mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 120/80 mmHg, N : 90x/menit, S : 36,2°C, RR : 20x/menit, SPO2 : 99 %. -Mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil : skala nyeri 3 (ringan). -Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (melatih napas dalam) dengan hasil : Mengatur posisi senyaman mungkin, menganjurkan klien menarik napas lewat hidung tahan selama 3 detik dan hitungan ke tiga hembuskan secara perlahan-lahan lewat mulut. -Melayani injeksi paracetamol 1 gr/IV. -Menganjurkan klien banyak
--	--	--	---

			istirahat. E: Jam 13.50 Klien tampak meringis berkurang, TTV : TD : 120/80 mmHg, S : 36,2°C, N : 90x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99%, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit. Masalah Nyeri Akut teratasi sebagian, intervensi di lanjutkan perawat ruangan
4.	Intoleransi aktivitas	07.45	S : Klien masih mengeluh lemah O : Tampak lemah dan terbaring di tempat tidur, semua aktivitas makan, minum, mandi, toileting, berpakaian, masih di bantu keluarga, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit. A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan 2,4,5 I : Jam: 07.00-13.00 Mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 120/80 mmHg, N : 90x/menit, S : 36,2°C, RR : 20x/menit, SPO₂ :

			99 %. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas dengan hasil : Klien mengatakan akibat ketidaknyamanan itu karena merasa badan lemah, kedua kaki lemas, nyeri pinggang sehingga aktivitas di bantu keluarga. Menganjurkan tirah baring dengan hasil : Klien mengikuti apa yang di anjurkan. Menganjurkan aktivitas secara bertahap dengan hasil : Klien mengikuti anjuran dengan melakukan aktivitas miring kiri dan miring kanan. E: Jam 13.55 klien tampak lemah dan terbaring di tempat tidur. TTV : TD : 120/80 mmHg, S : 36,2°C, N : 89x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99%, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit. Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi, intervensi di lanjutkan perawat
--	--	--	---

			ruangan.
5.	Defisit nutrisi	07.50	S : Klien mengatakan sudah ada nafsu makan O : Klien tampak nafsu makan membaik kurang lebih 15 sendok, minum air terbatas. Terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit A : Masalah risiko defisit nutrisi teratasi sebagian P : Intervensi di lanjutkan nomor 3,4,5,7,8 I : Jam 07.50-13.00 Mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil TTV: TD :120/80 mmHg, N : 90x/menit, S : 36,2°C, RR : 20x/menit, SPO2 : 99 %. Jam. - Memonitor asupan makanan dengan hasil : Nafsu makan klien sudah mulai membaik, makan sedikit sekitar 15 sendok, minum air sekitar 3-4 gelas sedang ($\pm$ 600 cc). Melakukan oral hygiene sebelum makan dengan hasil :

			Klien mengerti dan akan melakukan oral hygiene sebelum makan. Menganjurkan pada klien untuk mengonsumsi protein rendah lemak, seperti : ikan, ayam tanpa kulit, tempe, tahu, kacang-kacangan. Menganjurkan keluarga klien untuk mengontrol makanan klien dengan hasil : keluarga klien mengerti dan akan mengontrol pola makan pasien. Melayani diet bubur 1 porsi. E: Jam 13.58 Klien tampak nafsu makan membaik, makan kurang lebih 15 sendok, minum air terbatas , TTV : TD : 120/80 mmHg, S : 36,2°C, N : 89x/menit, RR : 20 x/menit, SPO2 : 99%, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes per menit. Masalah defisit nutrisi teratasi sebagian, intervensi di lanjutkan perawat ruangan.
--	--	--	---

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

Surat Pernyataan

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Maria Carmelia Iku Nelo

Nim : 05303202220049.

Prodi : D-III Keperawatan Ende.

Dengan ini menyatakan bahwa apabila saya tidak menyelesaikan kewajiban (tugas) saya sampai dengan ulkon, 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 sesuai ketentuan yang berlaku, maka saya bersedia menerima konsekuensi. Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipertanggungjawabkan sebagaimana mestinya.

Ende 122 Juli 2025
Materai 1000
MATERAI TEMPEL
04510AMX200331515

Maria Carmelia Iku Nelo
Nim: 05303202220049.



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

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Kementerian Kesehatan
Poltekkes KupangJalan 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 : Maria Carmelia Itu Neto
 Nomor Induk Mahasiswa : PO5303202220049
 Dosen Pembimbing : Dr.Sisilia Leny Cahyani,S.Kep.,Ns.,MSc
 Dosen Penguji : Marthina Bedho,S.ST.,M.Kes
 Jurusan : Program Studi DIII Keperawatan Ende
 Judul Karya Ilmiah : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN**

DENGAN DIABETES MELITUS DI RUANG PENYAKIT DALAM I RSUD ENDE

Laporan Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar **28,12%** 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

KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN PROPOSAL**

Nama : Maria Carmelia Itu Neto

NIM : PO5303202220049

Nama pembimbing : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns.,MSc

No	Hari/Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	3/09/2025	1.Tambahkan data dari rumah sakit 2.Awal kalimat tidak boleh singkat 3.Perbaiki pengetikan	f
2.	20/09/2025	1.Lengkapi data-data yang masih kurang 2.Perbaiki cara penulisan huruf kapital, tanda baca, spasi dan tidak ada huruf kurang atau lebih 3.Gunakan bahasa yang baik dan benar 4.Perbaiki tujuan umum dan khusus sesuai judul 5.Lanjut bab 2 dan 3	f
3.	29/11/2024	1.Perbaiki cara pengetikan 2.Perbaiki penempatan huruf kapital 3.Tambahkan keterangan gambar 2.1 di pathway dan tambahkan sumber di pathway 4.Perbaiki konsep askep bagian pengkajian	f

4.	12/12/2024	1.Perbaiki alinea 2.Perbaiki rata kiri kanan 3.Bahasa inggris diketik miring 4.Kata di tidak boleh ada di awal kalimat 5.Menurut riskedes berada di awal kaimat 6.Spasi 2 7.Kata pathway di ketik miring	+
5.	23/12/2024	1.Perbaiki tabel analisa data 2.Tambahkan daftar isi 3.Bahasa asing di ketik miring 4.Pada pathway masukan etiologi dan tanda gejala	+
6.	14/01/2025	1.Siapkan PPT untuk naik ujian Proposal	+
7.	5/03/2025	Ujian Proposal	+

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns,Sp,Kep,Kom
NIP. 19660114199102100



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIC OF INDONESIA

BLIK 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 REVISI PROPOSAL

Nama : Maria Carmelia Itu neto
NIM : PO5303202220049
Nama Pembimbing : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns.,MSc
Nama Penguji : Marthina Bedho, S. ST., M.Kes

No	Hari/Tanggal	Rekomendasi Penguji	Paraf
1.	17/03/2025	1.Presentase kasus DM tingkat Nasional 2.Presentase kasus DM di ruang RPD 3.Bagaimana cara kerja insulin untuk memperbaiki keseimbangan glukosa darah	
2.	20/03/2025	1.Kenapa pasien DM sering makan tetapi mengalami defisit nutrisi 2.Kenapa terjadi poliuria dan polidipsi	
3.	20/05/2025	1.ACC Proposal turun ambil kasus	

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



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

NIP. 19660114199102100



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 KTI

Nama : Maria Carmelia Itu Neto
NIM : PO5303202220049
Nama Pembimbing : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns.,MSc

No	Hari/Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	27/05/2025	1. Menceritakan tentang keadaan pasien 2. Lengkapi data-data pasien yang masi kurang dan lanjutkan implementasi	
2.	28/05/2025	1. Diet untuk pasien DM. 2. Edukasi makanan untuk pasien DM. 3. Buat kan leaflet untuk pasien. 4. Lengkapi lagi pengkajian yang belum lengkap.	
3.	4/06/2025	1. Yang ditulis di evaluasi di ambil dari hasil implementasi 2. Perbaiki sesuai arahan lanjut ketik.	
4.	12/06/2025	1. Awal kalimat tidak boleh pake singkat 2. Perbaiki gambaran umun 3. Tambahkan jam pengkajian 4. Perbaiki Riwayat kesehatan masa lalu 5. Perbaiki pola presepsi pola aktivitas, pola kognitif, pola istirahat 6. Perbaiki di keadaan umum	

		7. Tambahkan di pengkajian nutrisi 8. Perbaiki tabel pemeriksaan darah lengkap, table GDS, faal ginjal, faal hati, elektrolit 9. Pengkajian nyeri di masukan di keluhan utama 10. Tambahkan diagnosa	
5.	17/06/2025	1. Alasan mengapa tanda gejala pada teori tidak ditemukan pada kasus nyata 2. Harus didukung dengan jurnal 3. Mengapa diagnosa pada teori tidak ditemukan pada kasus nyata 4. Implementasi apa yang dilakukan dan yang tidak dilakukan apa alasannya 5. Konsultasi berikutnya lengkapi dari bab 1 sampai bab V	+
6.	20/06/2025	1. Tambahkan nama pembimbing di abstrak. 2. Buat PPT siap naik ujian KTI.	+
7.	26/06/2025	Ujian KTI	+

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



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

NIP. 19660114199102100



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 REVISI KTI

Nama : Maria Carmelia Itu Neto
NIM : PO5303202220049
Nama Pembimbing : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns.,MSc
Nama Penguji : Marthina Bedho, S. ST., M.Kes

No	Hari/Tanggal	Rekomendasi Penguji	Paraf
1.	26/06/2025	1.Perbaiki pengetikan 2.Perbaiki analisa data bagian etiologi pada diagnosa risiko perfusi perifer tidak efektif	
2.	10/07/2025	ACC KTI jilid	

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



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

NIP. 19660114199102100

DATA RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Maria Carmelia Itu Neto
Tempat/Tanggal Lahir : Bajawa, 27 November 2001
Alamat : Ngalisabu Jalan Bawah
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katholik

B. Riwayat Pendidikan

1. Taman Kanak-Kanak Harapan Bangsa
2. SDI Bajawa
3. SMPN 1 Atap Bajawa
4. SMAN 1 Bajawa
5. Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi DIII Keperawatan Ende 2025

MOTTO

**“DAN APA SAJA YANG KAMU MINTA
DALAM DO'A DENGAN PENUH
KEPERCAYAAN, KAMU AKAN
MENERIMANYA”
MATIUS 21:22**