

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit tipe C milik pemerintah daerah yang berada di Jalan Prof Dr. W. Z. Yohanes. Rumah Sakit Umum Daerah Ende terdiri dari beberapa ruangan perawatan, salah satunya ruangan RPD I, dimana ruangan ini terdapat 11 kamar pasien dengan jumlah 18 bed. Jumlah perawat pelaksana 18 orang dengan pendidikan akhir DIII jumlah 15 orang, dan S1 Ners jumlah 3 orang.

2. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari Selasa tanggal 27 Mei 2025 pada Ny. M.V.P jam 09.00 pagi.

a. Pengumpulan Data

1) Identitas klien

Klien berinisial Ny.M.V.P usia 42 tahun, jenis kelamin perempuan, beragama Katolik, pekerjaan sebagai guru, pendidikan terakhir S1, tinggal di Jln Patimura, masuk rumah sakit pada tanggal 25 Mei 2025 dengan Diagnosa Medis DM Tipe 2. Penanggung jawab Tn. K.K usia 45 tahun, pekerjaan petani, hubungan dengan klien suami, alamat di Jln Patimura.

2) Riwayat kesehatan

a) Keluhan Utama

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

b) 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 memutuskan untuk mengantarkan klien ke rumah sakit pada tanggal 25 Mei 2025 jam 11.30 . Saat masuk IGD keluarga klien mengatakan demam sudah menurun karna 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 1 jam 16.00 sore untuk melakukan perawatan lebih lanjut.

c) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit DM sejak 3 tahun.

Klien mengetahui diri 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 minumnya tidak rutin hanya satu kali dalam sehari.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan ada keluarga 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 dan klien jarang berolahraga serta pola makan yang tidak baik.

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 maupun obat. 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 di sediakan rumah sakit. Porsi yang di habiskan 3-4 sendok makan karena klien tidak ada nafsu makan. Berat badan klien sebelum sakit 60 kg, TB 153 cm dan Ketika klien sakit berat badan menurun

menjadi 40 kg, IMT 17,08 (, 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. 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 di lakukan secara mandiri, klien juga jarang berolahraga. 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 keluarga.

e) Pola kognitif dan persepsi

Klien mengetahui tentang penyakitnya namun klien tidak rutin memeriksa kesehatannya ke pelayanan kesehatan dan tidak mengontrol pola hidupnya seperti klien jarang berolahraga dan memiliki pola makan yang tidak baik.

f) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit klien mengatakan biasa tidur malam 8 jam mulai jam 22.00-05.00 WIT dan klien jarang tidur siang karena sibuk dengan pekerjaannya sebagai seorang guru dan pulang kerja sampai sore, kebiasaan klien sebelum tidur nonton TV dan main HP. Saat sakit klien mengatakan tetap dapat tidur dengan nyenyak, tidur malam 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-koping

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 : klien tampak lemah

Tingkat kesadaran : composmentis

GCS : 15 = Eye : 4 , verbal : 5 motorik : 6 Keterangan : Eye (respon membuka mata) Spontan membuka mata : 4 Membuka mata dengan perintah : 3 Membuka mata dengan rangsang nyeri 2

Tidak membuka mata dengan rangsang apapun : 1 Verbal (respon berbicara)

Berorientasi baik : 5 Bingung, bicara kacau : 4

Kata- kata tidak sesuai /tidak tepat : 3

Bisa mengeluarkan suara tanpa arti (mengerang) : 2 Tidak bersuara : 1 Motorik (respon motorik) Mengikuti perintah : 6 Melokalisir nyeri : 5

Menarik ekstremitas menjauhi nyeri : 4 Menjauhi rangsang nyeri : 3

Ekstensi spontan : 2 Tidak ada gerakan : 1

b) Tanda-tanda vital

TD : 110/80 mmHg, N : 89x/menit, S : 36,6 °C, SPO₂ : 99%,

RR : 21x/menit

c) 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.

5) Pemeriksaan penunjang

a) Tabel darah lengkap (25 Mei 2025)

Tabel 4.1
Darah Lengkap

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
WBC	14.76+	[10 ³ /uL]	(3.60-11.00)
LYMPH#	1.25	[10 ³ /uL]	(1.00-3.70)
MONO#	0.96+	[10 ³ /uL]	(0.00-0.70)
EO#	0.00	[10 ³ /uL]	(0.00-0.40)
BASO#	0.03	[10 ³ /uL]	(0.00-0.10)
NEUT#	12.52+	[10 ³ /uL]	(1.50-7.00)
LYMPH%	8.5-	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	6.5	[%]	(2.0-8.0)
EO%	0.0-	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.2	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	84.8+	[%]	(50.0-70.0)
IG#	0.13	[10 ³ /uL]	(0.00-7.00)
IG%	0.9	[%]	(0.0-72.0)
RBC	5.48+	[10 ⁶ /dL]	(3.80-5.20)
HGB	12.7	[g/dL]	(11.7-15.5)
NEUT%	83.3+	[%]	(50.0-70.0)

HCT	38.3	[%]	(35.0-47.0)
MCV	69.9-	[fL]	(80.0-100.0)
MCH	23.2-	[pg]	(26.0-34.0)
MCHC	33.2	[g/dL]	(32.0-36.0)
RDW-SD	34.1	[fL]	(37.0-54.0)
RDW-CV	13.5	[%]	(11.5-14.5)
PLT	183	[10 ³ /u/L]	(150-440)
MPV	11.8	[fL]	(9.0-13.0)
PCT	0.22	[%]	(0.17-0.35)
PDW	14.5	[fL]	(9.0-17.0)
P-LCR	40.0	[%]	(13.0-43.0)

b) Pemeriksaan Laboratorium (25, Mei 2025)

Tabel 4.2

Tabel GDS, Faal Hati, Faal Ginjal, Elektrolit

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
GLUKOSA DARAH		
GLUKOSA SEWAKTU	470	70-140 mg/dL

FAAL HATI

• SGOT/AST	61.0	0-35 U/L
• SGPT/ALT	76.5	4-36 U/L

FAAL GINJAL

• UREUM	54.7	10-50 mg/dL
• CREATININ	1.39	0.6-1.2 mg/dL

ELEKTROLIT

• NATRIUM	123	135-145 mmol/L
• KALIUM	3.6	3.5-5.1 mmol/L
• CHLORIDA	89	98-106 mmol/L

6) Penatalaksanaan/Pengobatan

Tabel 4.3

Penatalaksanaan Pengobatan

No	Nama Obat	Dosis	Indikasi
1	Paracetamol	1 gr/IV	Untuk meredakan nyeri
2	Ranitidine	2x50 mg	Mengatasi berbagai kondisi yang berhubungan dengan asam berlebih

			di dalam lambung
3	Sansulin Rapid ExtraSansulin LO-G	1x10 IV Unit	Untuk menurunkan gula darah
4	Omeprazole	2x20 mg	Untuk mengatasi gejala asam lambung
5	Ondansentron	3x 4 mg	Untuk mencegah mual muntah
6	Ceftriaxone	2x 1gr/IV	Untuk mengatasi infeksi bakteri gram negative maupun gram positif
7	Levofloxacin	1x750 mg	Untuk menyembuhkan berbagai penyakit akibat infeksi bakteri
9	Nacl 0,9 %	500 cc	Mengembalikan keseimbangan elektrolit pada dehidrasi

b. 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 = $14.76 \times 10^3/\mu\text{L}$, glukosa sewaktu = 470 mg/dL, ureum = 54.7 mg/dL, creatinin = 1.39 mg/dL.

c. 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 : $36,6^{\circ}\text{C}$, 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= $14.76 \times 10^3/\mu\text{L}$, glukosa

sewaktu = 470 mg/dL, ureum = 54.7 mg/dL, creatinin = 1.39 mg/dl.

d. Analisa Data

Tabel 4.4
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, SPO₂ : 99%, RR : 21x/m, Hasil Lab : glukosa sewaktu = 470 mg/dL.	Kurangnya Insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
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 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,	Fungsi ginjal menurun	Nyeri Akut

SPO ₂ : 99%, RR : 21x/m, Hasil Lab : ureum = 54.7 mg/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, SPO ₂ :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 (± 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, SPO ₂ : 99 %, RR : 21 x/m, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes	Katabolisme meningkat	Defisit nutrisi

3. 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 dirasakan 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.

4. Intervensi Keperawatan

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kurangnya insulin

Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi dengan kriteria hasil:

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

Intervensi

Manajemen Hiperglikemia

Observasi

- 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia.

Rasional : Hiperglikemia adalah tinggi kadar gula dalam darah, kita perlu mengidentifikasi penyebab glikemia untuk mengetahui tindakan apa yang akan di lakukan berdasarkan tipe DM yang di derita pasien.

- 2) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu.

Rasional : Glukosa dalam darah bisa terkontrol.

- 3) Monitor tandan dan gejala hiperglikemi.

Rasional : Menentukan tindakan yang tepat dalam penanganan hiperglikemia.

Edukasi

- 1) Anjurkan kepauhan terhadap diet dan olahraga.

Rasional : diet dan olahraga dapat meningkatkan laju metabolime sehingga kadar glukosa dapat di gunakan 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.

- b. 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
- 2) Kelemahan otot menurun

Intervensi:

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).

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.

c. Nyeri Akut berhubungan dengan gejala penyakit

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan Nyeri Akut menurun dengan kriteria hasil:

- 4) Keluhan nyeri menurun

- 5) Meringis menurun

Intervensi

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 dirasakan 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.

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik

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

- 6) Keluhan lelah menurun
- 7) Tenaga meningkat
- 8) Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat

Intervensi

Manajemen Energi

Observasi

- 1) Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

Rasional : Mengidentifikasi faktor-faktor terkait dengan kelelahan dapat bermanfaat dalam mengenali penyebab potensial dan membangun rencana perawatan kolaboratif.

- 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.

- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan katabolisme meningkat

Tujuan: setelah di lakukan tindakan keperawatan selam 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

Intervensi

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.

5. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan Pada hari Selasa, 27 Mei 2025 Diagnosa keperawatan 1

Jam 07.00-14.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 110/80 mmHg, S : 36,6C, N : 89 x/menit, SPO₂ : 99%, RR:21x/menit. Mengkaji faktor pencetus hiperglikemia dengan hasil : klien mengatakan setelah mengkonsumsi makanan yang manis dan tidak rutin berolahraga. Memonitor kadar gula darah dengan hasil : 470 mg/dl. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil : klien mengatakan badan lemah, kedua kaki lemas. Menganjurkan klien agar tetap menjaga pola makan dan di imbangi dengan olahraga dengan hasil : klien mengerti dengan apa yang dijelaskan 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, makanan siap saji, gorengan. 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 mengonsumsi sayur-sayuran yang tinggi serat (sayuran hijau). Melayani injeksi sansulin rapid 8 unit/sl, melayani diet lunak DM 1 porsi (bubur, sayur bayam, ikan, pisang).

Diagnosa keperawatan II

Jam 07.00-13.30 Memeriksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna dan suhu) dengan hasil : CRT<3 detik, warna kulit pucat, suhu 36,6°C. 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. Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas dengan hasil : tidak ada nyeri atau bengkak pada ekstremitas bawah. Menganjurkan klien berolahraga rutin seperti jalan kaki dengan hasil : klien mengerti dengan apa yang di anjurkan. Menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh seperti : sayuran hijau, buah-buahan, kentang, ubi jalar, putih telur, dada ayam).

Diagnosa keperawatan III

Jam 07.00-14.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 110/80 mmHg, S : 36,6°C, N : 89 x/menit, SPO₂ : 99%, RR : 21x/menit. Mengobservasi keadaan umum klien dengan hasil : klien tampak lemah mengidentifikasi lokasi nyeri dengan hasil : pada bagian pinggang. Mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil : skala 4-6 (sedang). 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. Melayani injeksi paracetamol 1gr/IV. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (melatih napas dalam) dengan hasil : mengatur posisi klien senyaman mungkin. Mengajarkan klien menarik napas lewat hidung tahan selama 3 detik dan hitungan ke tiga hembuskan suara perlahan-lahan lewat mulut. Menganjurkan klien untuk banyak istirahat.

Diagnosa Keperawatan IV

Jam 07.00-14.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 110/80 mmHg, S : 36,6°C, N : 89x/menit, SPO₂ : 99%, RR : 21x/menit. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan dengan hasil : klien mengatakan kelelahan karena badan yang terasa lemah, kedua kaki lemas dan nyeri pada pinggang. Melakukan latihan rentang gerak klien atau aktif dengan hasil : klien mengatakan akan melakukan latihan gerak secara pasif. Menganjurkan tirah baring dengan hasil : klien mengatakan masih belum bisa melakukan miring kiri, miring kanan. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil : klien mengatakan belum bisa untuk melakukan aktivitas karena badannya lemah dan kedua kakinya lemas tidak bisa di angkat.

Diagnosa Keperawatan V

Jam 07.00-14.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD: 110/80 mmHg, S : 36,6°C, N : 89x/menit, SPO₂ : 99%, RR : 21x/menit.

Mengidentifikasi status nutrisi dengan hasil : sebelum sakit nafsu makan klien baik, Saat sakit nafsu makan klien menurun, makan sedikit 3-4 sendok karena tidak nafsu makan, minum 6-7 gelas ($\pm 1.200-1.400$ cc). Mengidentifikasi alergi pada makanan dengan hasil : klien tidak ada alergi pada makanan, minuman dan obat-obatan. Memonitor asupan makanan dengan hasil : klien tidak ada nafsu makan, hanya bisa menghabiskan 3-4 sendok. 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 klien. Melayani diet bubur 1 porsi.

Tindakan Keperawatan Pada Hari Rabu 28 Mei 2025 Diagnosa Keperawatan I

Jam 07.00-14.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD:120/80mmHg, N : 82x/menit, S : 36,2°C, SPO₂ : 98%, RR : 21x/menit. Memonitor kadar gula darah dengan hasil : 330 mg/dL. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil : klien mengatakan badan lemah, kedua kaki masih lemas. Menganjurkan klien agar tetap menjaga pola makan dan diimbangi 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, makanan siap saji, gorengan. 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 mengonsumsi sayur-sayuran yang tinggi serat (sayuran hijau). Melayani insulin rapid 10 unit/sl. Melayani diet lunak DM 1 porsi (bubur, sayur, ikan. Pisang).

Diagnosa keperawatan II

Jam 07.00-13.30 Memeriksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna dan suhu) dengan hasil : CRT<3 detik, warna kulit pucat, suhu 36,2°C. 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. Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas dengan hasil: tidak ada nyeri atau bengkak pada ekstremitas bawah. Menganjurkan klien berolahraga rutin seperti jalan kaki dengan hasil klien mengerti dengan apa yang di anjurkan. Menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh seperti : sayuran hijau, buah-buahan, kentang, ubi jalar, putih telur, dada ayam).

Diagnosa Keperawatan III

Jam 07.00-14.00 Memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 120/80 mmHg, N : 82x/menit, S : 36,2°C, SPO₂ : 98%, RR : 21x/menit. 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, menganjurkan pasien menarik napas lewat hidung tahan selama 3 detik dan hitungan ketiga hembuskan secara perlahan-lahan lewat mulut. Melayani injeksi paracetamol 1 gr/IV. Menganjurkan pasien banyak istirahat. Mengatur posisi tidur sesuai keinginan klien dengan hasil klien tidur lebih nyaman miring ke kiri.

Diagnosa Keperawatan IV

Jam 07.00-14.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 120/80 mmHg, N : 82x/menit, S : 36,2°C, SPO₂ : 98%, RR : 21x/menit. 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. Melakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif dengan hasil : klien mengatakan akan melakukan latihan gerakan secara pasif. Menganjurkan tirah baring dengan hasil : klien mengikuti apa yang dianjurkan. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil : klien mengikuti anjuran dengan melakukan aktivitas secara bertahap miring kiri dan miring kanan.

Diagnosa Keperawatan V

Jam 07.00-14.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 120/80 mmHg, N : 82x/menit, S : 36,2°C, SPO₂ : 98%, RR : 21x/menit. Memonitor asupan makanan dengan hasil : klien bisa menghabiskan 10 sendok, minum air 5-6 gelas sedang ($\pm$ 1.000-1.300 cc). Melakukan oral hygiene sebelum makan dengan hasil : klien mengerti dan akan melakukan oral hygiene

sebelum makan. Menganjurkan posisi duduk dengan hasil klien belum bisa duduk, hanya bisa melakukan posisi miring kiri dan miring kanan. Menganjurkan keluarga klien untuk mengontrol makanan klien dengan hasil : keluarga klien mengerti dan akan mengontrol pola makan klien. Melayani injeksi Omeprazole 40 mg dan melayani injeksi Ondansentron 4 mg/IV. Melayani diet bubur 1 porsi.

6. Evaluasi Keperawatan

a. Hari Selasa, 27 Mei 2025 di lakukan evaluasi dan di temukan hasil sebagai berikut:

Diagnosa Keperawatan 1

Jam 13.30

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.

A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 2,3,4,5,6

Diagnosa Keperawatan II

Jam : 13.45

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 teratasi

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

Diagnosa Keperawatan III

Jam 13.30

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 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 : 21 x/m.

A : Masalah Nyeri Akut belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi nomor 2,4,5,6

Diagnosa Keperawatan IV

Jam 13.30

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 : 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

Diagnosa Keperawatan V

Jam :13.30

S : Klien mengatakan tidak ada nafsu makan

O : Makanan yang di berikan rumah sakit tampak tidak habis, makan hanya 3-4 sendok, terpasang infus 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.

A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi nomor 3,4,6,7,8

b. Hari Rabu, 28 Mei 2025 di lakukan evaluasi dan di temukan hasil sebagai berikut:

Diagnosa Keperawatan 1

Jam 13:45

S : Klien mengatakan masih lemah, kedua kaki masih lemas

O : Klien masih tampak lelah, gula darah masih 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

Diagnosa keperawatan II

Jam 13.45

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

Diagnosa keperawatan III

Jam 13:45

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.

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

Diagnosa Keperawatan IV

Jam 13:45

S : Klien masih mengeluh lemah

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

P : Lanjutkan intervensi nomor 2,,4,5

Diagnosa keperawatan V

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 intervensi nomor 3,4,6,7,8

Catatan Perkembangan

Kamis, 29 Mei 2025 di lakukan catatan perkembangan

a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah

Jam 07.35

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, dan menganjurkan klien untuk mengganti nasi putih dengan beras merah, beras jagung, atau ubi-ubian serta mengonsumsi sayur- sayuran yang tinggi serat (sayuran hijau). Penatalaksanaan pemberian insulin dengan hasil : Melayani insulin 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.

b. Risiko perfusi perifer tidak efektif

Jam :07.30

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. Mengajukan 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.

c. Nyeri Akut

Jam 07.35

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.

d. Intoleransi aktivitas

Jam 07.35

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.

e. Defisit nutrisi

Jam 07.35

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 07.00-13.00 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 (±
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.

B. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnose keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan di lihat adanya kesenjangan

antara teori kasus nyata yang di temukan pada Ny M.V.P di Ruangan Penyakit Dalam.

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Ny M.V.P di temukan , Klien mengatakan badan lemah, kedua kaki lemas, mual, nyeri pinggang, 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, 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.

Menurut Suryati, 2021 gejala akut meliputi : polifagi (banyak makan), Polidipsi (banyak minum), poliuria (banyak buang air kecil), mudah lelah, berat badan menurun, nafsu makan bertambah, gejala kronik meliputi :

kesemutan, kulit terasa panas atau seperti tertusuk-tusuk oleh jarum, pandangan mulai kabur, gigi mudah goyang atau lepas. Namun pada kasus nyata pada Ny M.V.P dengan diabetes melitus keluhan yang tidak ditemukan pada klien yaitu nafsu makan bertambah dimana terjadi kesenjangan pada kasus nyata klien mengatakan nafsu makan berkurang karena klien merasa mual, banyak buang air kecil dimana dalam kasus nyata tidak ditemukan keluhan tersebut pada klien, kesemutan dalam kasus nyata tidak ditemukan karena system sirkulasi klien masih baik, kulit terasa panas seperti tertusuk-tusuk oleh jarum tidak ditemukan pada klien karena tidak terjadi kerusakan saraf tepi atau neuropati diabetes, pandangan mulai kabur tidak ditemukan pada kasus nyata karena klien mengatakan penglihatannya masih jelas, gigi mudah goyang atau lepas tidak ditemukan pada kasus karena klien mengatakan giginya masi lengkap dan tidak ada gigi yang goyang, pada ibu hamil mengalami keguguran atau bayi yang memiliki berat lahir lebih dari 4 kg pada kasus nyata tidak ditemukan karena klien tidak sedang mengandung. Hasil pengkajian yang di temukan yaitu Ny M.V.P mengatakan badan lemah, kedua kaki lemas, mual, nyeri pinggang.

Menurut Padhila (2018), pada pasien DM tipe 2 terjadi defisiensi insulin yang menyebabkan glukagon meningkat dalam darah sehingga gula dalam sel berkurang dan menyebabkan ketonemia. Ketonemia menyebabkan pH menurun dan menyebabkan terjadinya mual. Kasus yang di alami Ny. M.V.P mengatakan bahwa setiap klien makan terdapat rangsangan mual yang mengakibatkan klien kurang nafsu makan dan tidak menghabiskan porsi

makan yang di berikan. Keluhan nyeri pinggang ada pada teori karena sudah terkomplikasi pada ginjal. Hal ini karena terjadi nefropati diabetik yang di tandai denga pemeriksaan laboratorium faal ginjal yang tinggi dengan hasil ureum : 54.7 dengan nilai normal (10-50 mg/dL), creatinine : 1.39 dengan nilai normal (0.6-1.2 mg/dL). Menurut Yunisrah (2019), hubungan ureum dan creatinin dengan penderita diabetes melitus yaitu di mana diabetes melitus memiliki kadar gula dalam darah yang tinggi (hiperglikemia) kondisi ini menyebabkan dinding pembuluh darah rusak, sehingga terjadi penyumbatan yang menimbulkan komplikasi mikrovaskuler salah satunya adalah nefropati diabetik. Kondisi hiperglikemia juga berperan dalam pembentukan aterosklerosis. Akibatnya terjadinya penyempitan lumen pembuluh darah dan penurunan kecepatan aliran darah yang menyebabkan berkurangnya suplai darah ke ginjal. Hal ini dapat menyebabkan gangguan proses filtrasi di glomerulus dan penurunan fungsi ginjal di tandai dengan meningkatnya kadar ureum dan kreatinin darah sehingga terjadi nyeri pinggang.

Pada pengkajian yang di lakukan pada Ny M.V.P di temukan keluhan utama badan lemah. Lemah merupakan salah satu tanda dan gejala dari penyakit diabetes melitus. Menurut Lingga (2012) penyebab lemah pada penderita DM adalah akibat malfungsi dari penggunaan insulin, jumlah glukosa yang di peroleh dari makanan akan tetap tinggal di aliran darah dan menyebabkan kadar gula menjadi tinggi. Kondisi tersebut menyebabkan kadar gula menjadi tinggi, kondisi tersebut menyebabkan sel-sel tubuh tidak

memiliki gula yang cukup untuk di gunakan sebagai energi, sehingga penderita DM akan merasa lemah sehingga aktivitas klien di bantu di karenakan kurangnya energi.

2. Diagnosa

Menurut Ramadanti (2022), ada masalah keperawatan yang muncul pada klien Diabetes Melitus seperti, ketidakstabilan kadar glukosa darah, deficit nutrisi, intoleransi aktivitas, kekurangan volume cairan, risiko infeksi, risiko tinggi perubahan sensori perseptual, ketidakberdayaan, deficit pengetahuan. Tetapi pada kasus nyata hanya lima masalah keperawatan yang muncul yaitu, ketidakstabilan kadar glukosa darah, deficit nutrisi, intoleransi aktivitas, perfusi perifer tidak efektif, nyeri akut. Masalah keperawatan yang tidak muncul yaitu, kekurangan volume cairan, resiko infeksi, ketidakberdayaan, resiko tinggi perubahan sensori perseptual, deficit pengetahuan, diagnosa tersebut tidak di temukan pada kasus nyata di karenakan tidak ada tanda dan gejala yang muncul maupun data yang mendukung diagnosa tersebut yaitu diagnose kekurangan volume cairan. Diagnosa resiko infeksi tidak terjadi karena tidak adanya statis darah atau kondisi dimana darah tidak mengalir dengan baik melalui jaringan tidak terjadi pada klien. Diagnosa ketidakberdayaan, risiko tinggi perubahan sensori preseptual dan deficit pengetahuan tidak terjadi karena tidak terdapat data pendukung dari diagnosa ini. Sedangkan pada kasus nyata di temukan dua diagnosa tambahan yaitu diagnosa yang pertama risiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan sirkulasi kurang memadai di buktikan dengan klien mengatakan

badan lemah, tampak pucat, CRT < 3 detik, dan diagnosa yang kedua nyeri akut berhubungan dengan fungsi ginjal menurun di buktikan dengan klien mengeluh nyeri pinggang, wajah tampak meringis

3. Intervensi

Intervensi dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi klien, merumuskan tujuan/hasil yang di harapkan, memilih intervensi paling tepat dan menulis serta mendokumentasikan rencana keperawatan intervensi dilakukan berdasarkan panduan pada buku standar intervensi keperawatan Indonesia. Intervensi yang di lakukan pada diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitu : identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, monitor kadar glukosa darah, anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga. Diagnosa risiko perfusi perifer tidak efektif yaitu : identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis, diabetes, perokok, orang tua, dan kadar kolesterol tinggi), anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis, rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3). Rencana keperawatan untuk diagnosa nyeri akut yaitu : identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik: Penatalaksanaan: pemberian parasetamol 1 gr/iv. Rencana keperawatan diagnosa intoleransi aktivitas yaitu: monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, anjurkan tirah baring ,anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Rencana keperawatan diagnosa risiko defisit nutrisi yaitu: identifikasi status nutrisi, monitor asupan makanan, berikan makanan

tinggi kalori dan tinggi protein, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan.

4. Implementasi

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

Implementasi yang dilakukan pada Ny M.V.P dengan diagnosa medis diabetes melitus berdasarkan ke lima diagnosa yang telah ditemukan selama 3 hari, implementasi dilakukan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang berisi tindakan realisasi mulai dari mengkaji TTV, mengkaji keadaan umum hingga tindakan mandiri klien dengan tujuan mengatasi masalah-masalah keperawatan mulai dari, ketidakstabilan kadar glukosa darah, resiko perfusi perifer tidak efektif, nyeri akut, intoleransi aktivitas, defisit nutrisi. Sehingga diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, ke lima masalah di atas dapat di atasi. Implementasi pertama dilaksanakan pada tanggal 27 Mei 2025, hari kedua dilaksanakan pada tanggal 28 Mei 2025, hari ketiga pada tanggal 29 Mei 2025.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang di amati), dengan kriteria yang di buat pada tahap perencanaan mengenai masalah keperawatan, ketidakstabilan kadar glukosa darah, resiko perfusi perifer tidak efektif, nyeri akut, intoleransi aktivitas, defisit nutrisi, ke lima diagnosa tersebut sebagian teratasi pada hari ke tiga.