

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

Hasul Studi Kasus

Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit milik Pemerintah yang berada di Jl. Prof. Dr. W. Z Yohanes. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruang Penyakit Dalam III. Ruang Penyakit Dalam III memiliki 7 ruangan yang terdiri dari 1 ruangan Kepala Ruangan, 1 ruangan untuk menyimpan obat dan barang-barang medis lainnya, 1 ruangan perawat, dan 3 ruangan/kamar rawat nginap. 3 ruangan tersebut terdiri dari kamar A, kamar B dan kamar C. Di kamar A sudah tersedia fasilitas dan ada 7 bed, di kamar B tersedia fasilitas dan terdapat 7 bed, kamar C tersedia fasilitas dan ada 5 bed. Tenaga perawat Ruang Perawatan Penyakit dalam III sebanyak 18 orang yang terdiri dari Diploma-III 15 orang, dan Strata 1 (S1) Ners 3 orang.

Pengkajian

Pengkajian Keperawatan dilakukan pada tanggal 02 Juli 2025 pada pukul 14.00 WITA di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

a. Pengumpulan Data

Studi Kasus dilakukan pada Ny. K. K yang berumur 56 tahun. Pasien berjenis kelamin perempuan, beragama islam, status sudah menikah, pendidikan terakhir SD, pekerjaan ibu rumah tangga, pasien tinggal di Jl. Adusucipto Ippi, pasien masuk tanggal 01 Juli 2025 dengan diagnosa medis Diabetes Melitus Tipe 2. Penanggung jawab Nn.

F.M.D berumur 26 tahun, tinggal di Jl. Adusucipto Ippi, hubungan dengan pasien ponakan

b. Status Kesehatan

1) Status Kesehatan Saat Ini

a) Keluhan Utama :

Pasien mengatakan merasa lemas, mual, muntah, nyeri ulu hati, dan demam.

b) Riwayat Keluhan utama :

Pasien mengatakan bahwa pada 30 juni 2025 sore pasien merasa mual muntah dan malam pasien tidak mau makan karna masih merasa mual. Pada tanggal 01 juli 2025 pasien merasa nyeri uluhati karena dari sore sampai malam pasien tidak makan. Dan badan pasien langsung lemas, dan tiba-tiba pasien kejang-kejang sekitar 5 menit dan pasien tidak sadarkan diri. Setelah pasien sadarkan diri keluarga langsung membawanya ke rumah sakit.

c) Alasan Masuk Rumah Sakit :

Pada hari selasa 01 Juli 2025 pasien di bawa ke rumah sakit karena pasien merasa lemas, mual, muntah, dan nyeri uluhati dan tiba-tiba kejang-kejang selama 5 menit dan tidak sadarkan diri. Setelah pasien sadar pasien langsung di antar ke rumah sakit.

d) Upaya Yang Dilakukan Untuk Mengatasinya:

Pasien mengatakan pasien hanya minum air hangat dan gosok dengan minyak kayu putih.

2) Status Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit Yang Pernah Dialami:

Pasien mengatakan bahwa pasien ada penyakit yang pernah dialami yaitu penyakit Diabetes Melitus.

2) Pernah Dirawat

Pasien mengatakan pernah dirawat di Rumah Sakit di Kalimantan pada bulan Februari 2025 dengan penyakit Diabetes Melitus.

3) Alergi

Pasien mengatakan tidak alergi terhadap makanan, minuman maupun obat-obatan.

4) Kebiasaan

Pasien mengatakan kebiasaan sebelum sakit pasien sering mengonsumsi makanan yang manis-manis (roti yang dibalutin gula, permen, cemilan) minum minuman (teh pucuk, floridina). Setelah pasien mengalami penyakit DM, pasien sudah berkurang mengonsumsi makanan tersebut.

3) Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit DM selain pasien.

4) Diagnose Medis dan Terapi Yang Didapatkan Sebelumnya

Pasien mengatakan pernah dirawat di Rumah Sakit di Kalimantan dengan diagnose medis Diabetes Melitus. Pasien mengatakan dari bulan Februari 2025 sudah mendapatkan suntikan insulin baik di rumah maupun di rumahsakit.

5) Pola Kebutuhan Dasar

a. Pola Nutrisi-Metabolik

1) Sebelum Sakit : pasien mengatakan pasien makan 3-4 kali dalam sehari. Jenis makanan yang dikonsumsi yaitu nasi, ikan, sayur, tempe, tahu. Pasien juga memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan yang manis-manis (roti yang dibalutin gula, permen dan cemilan). Dan juga kebiasaannya makan buah-buahan (semangka, pisang, apel, buah naga, anggur bahkan semangka 1 buah dimakan sendiri sampai habis. Pasien juga mengatakan sebelum sakit pasien sering merasa buang air kecil sehari 6-7 kali dalam jumlah yang banyak dan berwarna keruh. Pasien juga mengatakan sering haus dan banyak minum air dengan jumlah 2.500 ml. Pasien juga mengatakan mengalami penurunan berat badan yang sangat drastis

2) Saat Sakit : pasien mengatakan bahwa saat sakit ini pasien hanya makan bubur/nasi yang didapatkan dari Rumah Sakit. Bahkan pasien hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi atau

hanya 4-5 sendok saja yang dihabiskan. Pasien juga mengatakan sering haus dan sering minum air yaitu 9-10 gelas dengan jumlah 2.500 ml. Pasien juga mengatakan mengalami penurunan berat badan, berat badan saat ini 43 kg.

b. Pola Eliminasi

- 1) Sebelum Sakit : pasien mengatakan sering buang air kecil sehari 6-7 kali dengan jumlah yang banyak dan berwarna keruh. Pasien BAB 1 hari 2 kali dengan konsistensi padat, warna kuning dan berbau khas feses.
- 2) Saat Sakit. Pasien mengatakan sudah 2 hari di rumah sakit belum BAB. Dan juga pasien sering buang air kecil sehari 6-7 kali dengan jumlah banyak dan berwarna keruh.

c. Pola Aktivitas dan Latihan

- 1) Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit pasien membantu suaminya di kebun untuk membersihkan kunyit, bawang, ubi-ubian, jahe, Lombok yang sudah di panen oleh suaminya. Setelah membersihkan pasien dan suaminya menjualnya di pasar, dan juga pasien adalah seorang ibu rumah tangga yang harus memasak, mencuci piring, mencuci pakaian dan membersihkan rumah. Dan aktivitas perawatan diri, makan, minum, ke toilet, mandi, berpakaian

dan berpindah tempat dapat dilakukan sendiri tanpa dibantu keluarga.

- 2) Saat sakit : pasien mengatakan badan lemah, makan, minum, mandi, ke toilet, berpakaian, berpindah sebagian dibantu sebagian oleh keluarga.

d. Pola Kognitif dan Persepsi

Komunikasi klien baik, klien mengatakan tidak terlalu paham mengenai penyakit yang dideritanya dan bagaimana perawatan yang baik tentang penyakitnya.

e. Pola Istirahat dan Tidur

- 1) Sebelum Sakit : pasien mengatakan bahwa tidur malam jam 21:00 bangun pagi jam 06:00. Pasien sering mengeluh pada malam hari pasien tidur tidak nyenyak dan sering bangun karena buang air kecil.
- 2) Saat Sakit: pasien mengatakan terganggu dengan pola tidur karena pasien sering merasa buang air kecil dan susah untuk memulai tidur kembali. Pasien mengeluh tidak puas tidur, sering mengantuk menguap pada siang hari.

f. Pola Peran- Hubungan

Pasien mengatakan pasien berperan sebagai ibu rumah tangga.

6) Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan Umum : pasien tampak lemah, tingkat kesadaran : compos mentis, GCS : Eye: 4, Verbal : 5, motorik : 6, total : 15
- b. Tanda-tanda Vital: suhu: 36,6 c, nadi: 80x/m, RR: 21x/m, TD: 110/80 mmHg, SpO2: 97%.
- c. Berat Badan: 43 kg, tinggi badan: 160 cm, IMT:
- d. Keadaan Fisik

1) Kepala

Inspeksi: rambut pasien Nampak bersih, tidak ada benjolan, tidak ada luka, tidak ada pembengkakan

Palpasi: tidak benjolan, dan tidak ada nyeri tekan.

2) Wajah: tampak lesu

3) Mata :

Inspeksi: konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, bentuk mata simetris, Pasien mengeluh rabun, tampak hitam di area kantong mata.

4) Telinga

Inspeksi: pendengaran baik, tidak ada serumen, tidak ada perdarahan.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan.

5) Hidung

Inspeksi : bentuk hidung simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada perdarahan.

6) Leher

Inspeksi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada luka, tidak ada benjolan.

Palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.

7) Dada

Inspeksi : frekuensi napas: 21x/m, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, tidak ada retraksi dinding dada.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

Auskultasi: bunyi napas vesikuler, tidak ada bunyi napas tambahan, bunyi jantung s1/s2

8) Abdomen

Inspeksi : tidak ada benjolan, tidak ada luka

Auskultasi: bising usus 10x/m

Palpasi : pasien merasa nyeri saat di tekan

9) Ekstremitas

a) Ekstermitasatas

Inspeksi : tidak ada edema, tidak ada luka, tidak ada benjolan, terpasang infus NaCl drip kcl 20 tpm di tangan kanan.

Palpasi : akral teraba hangat, tidak ada nyeri tekan

b) Ekstermitas bawah

Inspeksi : terdapat luka di kaki sebelah kiri dari bulan Februari 2025

Kekuatanotot :
$$\begin{array}{r|l} 5 & 5 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$$

7) Pemeriksaan penunjang

- a. Gula Darah Puasa (GDS) : 233 mg/dl
- b. Gula Darah 2 Jam PP : 261 mg/dl

8) Penatalaksanaan/Pengobatan

- a. Paracetamol 3x1 g/iv
- b. Ondancetron 3 x 4 mg/iv
- c. Omeprazole 2 x 40 mg/iv
- d. Sansulin Rapid 3 x 8 unit/sc
- e. Sansulin Log 1 x 10 unit/sc
- f. Sucralfate 3 x 500 mg/ oral sebelummakan
- g. Antasida sirup 3 x 1 / oral sebelummakan

c. Tabulasi Data

Pasien mengeluh lemas, mual, muntah, nyeri ulu hati dan demam. Pasien sempat kejang- kejang selama 5 menit dan tidak sadarkan diri, dan setelah sadar pasien langsung dibawa kerumah sakit. Pasien mengatakan sebelum sakit sering buang air kecil sehari 6-7 kali dengan jumlah banyak dan berwarna keruh, dan juga makan 3-4 kali dalam sehari dengan porsi banyak. Pasien mempunyai kebiasaan mengonsumsi makanan yang manis-manis (roti yang dibalutin gula, permen dan cemilan) dan sering minum-minuman dingin (teh pucuk dan flolidina) dan pasien sering makan buah-buahan seperti semangka, apel, anggur, pisang, buah naga. Semangka 1 buah dihabiskan pasien sendiri. Pasien juga sering merasa haus dan banyak minum, minum dengan jumlah 2.500 ml.

Saat sakit pasien hanya makan bubur/nasi yang didapatkan dari rumahsakit. Pasien hanya makan $\frac{1}{2}$ porsi atau 4-5 sendok saja karena pasien merasa mual. Saat sakit juga pasien sering haus dan sering minum air, minum air dengan jumlah 2.500 ml – 3.000 ml. pasien juga mengatakanseringbuang air kecilsehari 6 kali dengan jumlah banyak dan berwarna keruh. Pasien juga mengatakan tidak terlalu paham dengan penyakit yang dideritanya dan bagaimana tentang perawatan mengenai penyakit yang dideritanya. Kekuatan otot ekstermitas atas kanan (5), ekstermitas atas kiri (5), ekstermitas bawah kanan (4), ekstermitas bawah kiri (4). Pasien terpasang infus NaCL 20 tpm di tangan sebelah kanan. Gula darah puasa (GDN) 233 mg/dl dan gula

darah 2 jam PP 261 mg/dl. Tanda-tanda vital: suhu: 36,6° C, nadi: 99 x/m, RR: 21 x/m, SpO2 : 96%, TD: 120/80 mmHg

d. Klasifikasi Data

Data Subjektif : Pasien mengeluh lemas, mual, muntah, nyeri uluhati dan demam. Pasien sempat kejang-kejang selama 5 menit dan tidak sadarkan diri. Setelah sadarkan diri keluarga pasien langsung membawa pasien kerumah sakit. Pasien mengatakan sebelum sakit sering buang air kecil sehari 6-7 kali dengan jumlah yang banyak dan berwarna keruh, pasien juga mengatakan 3-4 kali dalam sehari dengan porsi banyak. Pasien juga memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan yang manis-manis seperti roti yang dibalutin gula, permen dan cemilan, dan minum-minuman dingin (teh pucuk dan flolidina). Pasien sering makan buah-buahan seperti semangka, apel, anggur, pisang dan buah naga, bahkan semangka dalam 1 buah di makan sendiri saja. Pasien juga sering merasa haus dan banyak minum, minum dengan jumlah 2.500 ml. Saat sakit pasien hanya makan bubur/nasi yang didapatkan dari rumah sakit. Pasien hanya makan ½ porsi saja atau 4-5 sendok saja dalam 1 porsi. Saat sakit juga pasien merasa sering buang air kecil, BAK 6 kali dengan jumlah yang banyak dan berwarna keruh. Pasien juga mengatakan belum terlalu paham tentang penyakit yang dideritanya dan bagaimana perawatan mengenai penyakit yang dideritanya..

Data Objektif:Keadaan umum tampak lemah. Aktivitas pasien hanya di rumah sakit, makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian, berpindah dibantu oleh keluarga. Terpasang infuse NaCL 20 tpm di tangan kanan. Kekuatan otot ekstermitas atas kanan (5), ekstermitas atas kiri (5), ekstermitas bawah kanan (4), ekstermitas bawah kiri (4). Gula Darah Puasa (GDN) 233 mg/dl, Gula Darah 2 Jam PP 261 mg/dl.

e. Analisa Data

No	Sign/Symptom	Etiologi	Problem
	DS: Klien badan lemah, Klien mengatakan Sebelum sakit sering buang air kecil sehari 6-7 kali dengan jumlah banyak dan berwarna keruh, klien mengatakan makan 3-4 kali dalam sehari dengan porsi banyak. Klien juga memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan yang manis-manis (roti yang dibalutin gula,permen dan cemilan),dan juga memiliki kebiasaan mengonsumsi buah-buahan seperti pisang, anggur, apel dan semangka, bahkan semangka di habiskan sendiri. Pasien juga mengatakan sering haus dan banyak minum, minum dalam sehari 9-10 kali dengan jumlah air kurang lebih 2.500 ml.Saat sakit klien juga mengatakan sering haus dan sering minum air, minum air 9 gelas dengan jumlah air 2.500 ml. pasienmengatakansering buang air kecil, BAK 6 kali dengan jumlah banyak dan berwarna keruh. DO: Keadaan umum klien tampak lemah, Gula Darah Puasa (GDS) 233 mg/dl, Gula darah 2 jam PP: 261 mg/dl	Resistensi Insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

2.	DS: Saat sakit klien hanya makan bubur yang didapatkan dari rumah sakit. pasien makan hanya ½ porsi atau 4-5 sendok makan saja karena pasien merasa mual. Pasien juga mengatakan mengalami penurunan badan yang drastis. Berat badan 55 kg.	ketidakmampuan Mengabsorpsi Nutrisi	Defisit Nutrisi
	DO: keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran komposmentis, BB sekarang : 43 kg		
2.	DS: Pasien mengatakan belum memahami tentang penyakit yang dideritanya dan bagaimana tentang perawatan mengenai penyakit yang dideritanyKlien juga memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan yang manis-manis (roti yang dibalutin gula, es krim, cemilan), memiliki kebiasaan mengonsumsi minuman dingin (teh pucuk, floridina). DO: keadaan umum lemah, , Gula Darah Puasa (GDS) 233 mg/dl, Gula darah 2 jam PP: 261 mg/dl	Kurang Terpapar Informasi	Defisit Pengetahuan

Diagnosa Keperawatan

- Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan:

DS: pasien mengeluh badan lemah dan seringbuang air kecil 6-7 kali sehari dengan urin berwarna keruh. Pasien juga sering merasa haus dan mengonsumsi banyak air ± 2. 500 ml/hari. Sebelum sakit, pasien terbiasa makan 3-4 kali sehari dalam porsi banyak serta mengonsumsi makanan dan buah yang manis (roti, permen, cemilan, semangka, apel, anggur).

DO: Keadaan umum klien tampak lemah, Gula Darah Puasa (GDN) 233 mg/dl, Gula darah 2 jam PP : 261 mg/dl.

- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi ditandai dengan:

DS: Saat sakit klien hanya makan bubur yang didapatkan dari rumah sakit. Klien makan hanya $\frac{1}{2}$ atau hanya 4-5 sendok saja yang dihabiskan dalam 1 porsi. Pasien juga mengatakan mengalami penurunan berat badan yang drastis. BB 55 kg.

DO: keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran komposmentis, BB sekarang : 43 kg

- c. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan belum memahami tentang penyakit yang dideritanya dan bagaimana tentang perawatan mengenai penyakit yang dideritanya. Klien juga memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan yang manis-manis (roti yang dibalutin gula, es krim, cemilan), memiliki kebiasaan mengonsumsi minuman dingin (teh pucuk, flolidina).

DO: keadaan umum lemah, , Gula Darah Puasa (GDS) 233 mg/dl, Gula darah 2 jam PP: 261 mg/dl

Intervensi Keperawatan

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

- a. Ketidakstabilan Kadar Glukosa
- b. Defisit Nutrisi
- c. Defisit Pengetahuan

Intervensi Keperawatan

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah dapat teratasi dengan kriteria hasil pusing menurun, lelah menurun, rasa lapar menurun, rasa haus menurun, kadar glukosa dalam darah dalam rentang normal (GDS: < 200 mg/dl), kadar glukosa dalam urine membaik (5).

Intervensi Utama: Manajemen Hiperglikemia

Observasi

- 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia

Rasionalnya: membantu mengoptimalkan pengobatan, mencegah terjadinya komplikasi dan meningkatkan pengelolaan gula darah.

- 2) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kekambuhan)

Rasionalnya:

- 3) Monitor kadar glukosa darah

Rasionalnya: menganalisa hasil kadar glukosa darah yang lebih akurat.

- 4) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polifagia, poliuria, polidipsia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)

Rasionalnya: membantu mendeteksi hiperglikemia sejak dini, pengelolaan gula darah yang efektif serta memastikan pengobatan yang lebih akurat.

- 5) Monitor intake dan output cairan

Rasionalnya: membantu mengidentifikasi kebutuhan cairan, mendeteksi dehidrasi sejak dini dan mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit.

Terapeutik

- 1) Berikan asupan cairan oral

Rasionalnya: membantu menghindari dehidrasi, menghindari ketoasidosis diabetikum dan mengatur keseimbangan cairan.

- 2) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk

Rasionalnya: membantu mengatur strategi pengelolaan gula darah yang optimal serta mengoptimalkan penggunaan obat-obatan dan insulin.

Edukasi

- 1) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri

Rasionalnya: membantu pasien agar mengetahui fluktuasi gula darah untuk pengelolaan yang lebih tepat serta meningkatkan kemandirian pasien dalam mengelola kesehatan.

2) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga

Rasionalnya: membantu mengendalikan kadar gula darah, mencegah terjadinya komplikasi dan membantu mempertahankan berat badan yang normal.

3) Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat dan bantuan profesional kesehatan)

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian insulin

Rasionalnya: insulin merupakan hormon yang seharusnya diproduksi oleh organ pankreas dengan pemberian insulin fungsi hormon insulin dapat digantikan serta membantu membantu mengontrol kadar glukosa dalam darah yang tidak terkendali.

2) Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu

Rasionalnya: membantu menghindari dehidrasi, menghindari ketoasidosis diabetikum dan mengatur keseimbangan cairan.

b. Defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah risiko defisit nutrisi tidak terjadi dengan kriteria hasil porsi makanan yang dihabiskan meningkat, asupan nutrisi yang tepat meningkat, makanan/atau minuman yang sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat.

Intervensi Utama: Manajemen Nutrisi

Observasi

1) Identifikasi status nutrisi

Rasionalnya: membantu menjaga dan meningkatkan status nutrisi agar mencapai status gizi yang normal

2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

Rasionalnya: alergi merupakan reaksi sistem imun yang tidak normal saat melawan zat asing yang pada dasarnya tidak berbahaya.

3) Identifikasi makanan yang disukai

Rasionalnya: membantu meningkatkan nafsu makan dan mengoptimalkan nutrisi

4) Monitor asupan makanan

Rasionalnya: membantu menjaga berat badan serta menjaga agar kadar gula darah tetap dalam rentang normal

5) Monitor berat badan

Rasionalnya: mengkaji pemasukan makanan yang adekuat (termasuk absorpsi dan utilisasinya).

Terapeutik

- 1) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)

Rasionalnya: membantu memperbaiki kebiasaan makan agar mendapatkan kontrol metabolik yang baik.

- 2) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Rasionalnya: membantu menjaga asupan kalori yang cukup serta untuk meningkatkan respons gula darah.

- 3) Berikan suplemen makanan

Rasionalnya: membantu mengembalikan kadar vitamin dan mineral yang dibutuhkan tubuh

Edukasi

- 1) Ajarkan diet yang diprogramkan

Rasionalnya: meningkatkan pengetahuan pasien tentang program diet yang penting agar terciptanya perilaku pola makan yang lebih sehat dan sesuai.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan

Rasionalnya: membantu memastikan pemberian obat yang tepat dalam pengelolaan diabetes melitus.

- 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah gizi dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu

Rasionalnya: membantu memenuhi kebutuhan gizi pasien, meningkatkan kualitas perawatan, mencegah terjadinya komplikasi serta mengoptimalkan pengelolaan diabetes melitus.

c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan: setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan 3 x 24 jam masalah keperawatan defisit pengetahuan dapat teratasi dengan kriteria hasil perilaku sesuai anjuran meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan sesuai dengan topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, pertanyaan mengenai masalah yang dihadapi meningkat, menjalani pemeriksaan yang tidak tepat.

Intervensi utama: Edukasi Proses Penyakit

Obesrvasi

1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Rasionalnya: kesiapan yang baik dapat membantu penerimaan materi dengan baik

Terapeutik

1) Sediakan materi dan media pendidikan

Rasionalnya: materi merupakan informasi yang akan disampaikan dan media merupakan alat bantu agar pesan dapat tersampaikan dengan baik.

2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

Rasionalnya: agar pasien dapat menyiapkan diri dengan baik

Rasionalnya: meningkatkan daya tarik mengenai informasi yang disampaikan.

- 3) Berikan kesempatan untuk bertanya

Rasionalnya: meningkatkan daya tarik mengenai informasi yang disampaikan.

Edukasi

- 1) Jelaskan pengertian dari Diabetes Melitus

Rasionalnya: menambah pengetahuan pasien mengenai apa itu diabetes melitus.

- 2) Jelaskan penyebab dan faktor risiko Diabetes Melitus

Rasionalnya: menambah pengetahuan pasien mengenai penyebab dan faktor risiko dari diabetes melitus agar pasien dapat mengontrol kadar gula darah sesuai dengan faktor risiko tersebut.

- 3) Jelaskan proses patofisiologi munculnya Diabetes Melitus

Rasionalnya: menambah pengetahuan klien mengenai perjalanan penyakit diabetes melitus

- 4) Jelaskan tanda dan gejala dari Diabetes Melitus

Rasionalnya: menambah pengetahuan pasien mengenai tanda dan gejala diabetes melitus

- 5) Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi Diabetes Melitus

Rasionalnya: Menambah pengetahuan pasien mengenai masalah-masalah yang mungkin akan muncul jika pasien tidak mengontrol gula darah dengan baik

6) Jelaskan cara pengelolaan Diabetes Melitus

Rasionalnya: menambah pengetahuan mengenai perawatan diabetes melitus agar tidak terjadinya peningkatan gula darah yang dapat memunculkan komplikasi

7) Informasikan kondisi pasien saat ini

Rasionalnya: agar pasien paham mengenai konsisinya saat ini dan perubahan dari perawatan ke arah yang lebih baik.

Implementasi Keperawatan

a. Hari Pertama, rabu 02 Juli 2025

- 1) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Jam 15.00 mengidentifikasi faktor penyebab DM. Hasil : pasien mengatakan sering mengonsumsi makanan yang manis-manis seperti (roti yang dibalut gula dan cemilan lainnya). 15.10 mengidentifikasi tanda dan gejala yang spesifik. Hasil: pasien tampak lemah, pasien juga mengatakan sering buang air kecil, BAK 6-7 kali dengan volume yang banyak dan berwarna keruh, adanya polidipsi yaitu pasien mengatakan sering haus dan minum air 8-9 kali. 15.20 menganjurkan pasien untuk menghindari makanan yang tinggi gula, makanan yang berlemak dan berminyak. 15.25 menganjur diet DM pada pasien. Hasil: menganjurkan pasien dengan prinsip 3J (

Jadwal, Jenis dan Jumlah), Dengan jumlah $\frac{1}{2}$ piring berisi sayuran, $\frac{1}{4}$ piring berisi protein, $\frac{1}{4}$ piring berisi karbohidrat. Jadwal makan 06.00-07.00 makan pagi, 09.00-10.00 makan selingan, 12.00-13.00 makan siang, 15.00-14.00 makan selingan, 18.00-19.00 makan malam. Dan juga menggantikan nasi putih dengan nasi merah, dan mengonsumsi sayur-sayuran seperti Bayam, Brokoli, Kangkung dan Wortel. 15.30 mengedukasi kepada pasien untuk mengurangi makanan yang manis agar gula darah tetap stabil. Dan mengonsumsi nasi merah, ubi jalar untuk mengurangi kadar glukosa darah dan jangan mengonsumsi nasi putih karena nasi putih tinggi gula. menghindari mengonsumsi makanan dan minuman yang tinggi gula (permen, es krim, roti manis, kue), makanan tinggi garam (ikan asin, sayur dengan banyak garam), makanan berlemak (gorengan, daging berlemak). Hasil: klien mengatakan paham. 15.50 melakukan injeksi obat omeprazole dan menjelaskan fungsi obat omeprazole. 16.30 menganjurkan pasien memanggil perawat jika ingin makan malam agar akan dilakukan penyuntikan insulin. 17.45 melakukan penyuntikan insulin Sansulin Rapid 8 unit/sc serta menganjurkan pasien 15 menit setelah penyuntikan insulin klien boleh makan sesuai program diet. Hasil pasien mengatakan paham. 18.00 menganjurkan pasien segera makan. 18.02 memantau tetesan infus. Hasil infus 20 tpm dan berjalan lancar.

- 2) defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbi nutrient. Jam 17.32 mengidentifikasi alergi terhadap makanan. Hasil: pasien tidak ada alergi terhadap makanan. 17.35 mengidentifikasi intoleransi terhadap makanan. Hasil: pasien mengatakan hanya makan bubur $\frac{1}{2}$ atau 4-5 sendok makan yang dihabiskan. 17.39 menganjurkan pasien makan makanan TKTP. 17.42 menganjurkan pasien menerapkan prinsip 3J. 17.45 memberikan pasien minum obat Antasida sirup serta menganjurkan pasien minum obat 15 menit sebelum makan.
- 3) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Jam 16.30 mengkaji kesiapan klien menerima informasi. Hasil: klien tampak siap. 16.32 menanyakan persetujuan klien apakah bersedia atau tidak. Hasil klien bersedia. 17.30. menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan. 17.50. mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. 18.30.

b. Hari kedua, Kamis 03 Juli 2025

- 1) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Jam 08.30 mengidentifikasi tanda-tanda hiperglikemia. Hasil: pasien mengatakan masih sering buang air kecil 6-7 kali dengan jumlah banyak dan berwarna keruh, dan masih merasa haus dan minum 5-6 gelas.

Jam 09.00 menganjurkan lagi kepada pasien untuk menghindari makanan yang manis-manis, berminyak dan berlemak.

Jam 10.00 memotivasi pasien agar tetap melakukan prinsip diet DM yang sudah diajarkan. Jam 11.00 meminta kepada keluarga pasien bila sebelum pasien makan agar keluarga memanggil perawat untuk menyuntik obat insulin sebelum makan. Jam 11.45 melakukan pengukuran GDS dan menyuntik insulin dengan hasil GDS: 181 mg/dl. Dan menyuntik insulin rapid 8 unit/sc serta menganjurkan 15 menit lagi boleh makan.

2) Defisit Nutrisi

Jam 08.35 mengidentifikasi intoleransi makanan: pasien mengatakan masih makan nasi putih, karena di rumah tidak ada yang masak beras merah dan menghantar ke rumah sakit. Jam 08.45 memotivasi pasien agar mengonsumsi makanan TKTP pasien makan 1 porsi masih $\frac{1}{2}$ yang dihabiskan. Jam 09.20 melayani obat antasida sirup dan meminta kepada pasien agar 15 menit lagi diperkenankan untuk makan.

3) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Jam 16.30 agar rutin melakukan pemeriksaan kesehatan di fasilitas kesehatan.

Evaluasi Keperawatan

a. Hari pertama, Rabu 02 Juli 2025

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Jam: 21.00. **Data Subjektif:** pasien mengatakan badan masih lemah, adanya polyuria yaitu klien mengatakan sering buang air kecil, BAK 6-7 kali dengan volume kurang lebih 300 ml dan berwarna keruh, adanya polidipsi yaitu pasien mengatakan sering haus dan minum air 8-9 gelas. **Data Objektif:** pasien masih tampak lemah, GDS: 233 mg/dl. **A:** Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan.
2. Defisit Nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi. Jam: 21.00. **Data Subjektif:** pasien mengatakan makan bubur hanya 1/2 porsi yang di habiskan karena pasien masih merasa mual. Pasien mengatakan mengalami penurunan BB yang drastis, BB pada tahun 2024 55 kg. **Data Objektif:** BB sekarang: 43 kg, TB: 160 cm, IMT: 16,8 (kurus). **A:** Masalah deficit nutrisi tidak terjadi. **P:** Intervensi dilanjutkan.
3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Jam: 21.00. **Data Subjektif:** Klien mengatakan paham akan materi yang disampaikan. **Data Objektif:** pasien tampak memahami penyakit yang dideritanya. **A:** Masalah Defisit Pengetahuan sebagian teratasi. **P:** intervensi dilanjutkan.

b. Hari kedua, Kamis 03 Juli 2025

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Jam: 14.00

Data Subjektif: pasien mengatakan lemah sedikit berkurang tidak seperti hari kemarin, pasien mengatakan makan bubur dan menghabiskan ½ porsi nasi, menghabiskan sayur, tempe, telur dan buah pisang, BAK: 56x, minum 8 gelas berukuran 250 ml. **Data Objektif:** pasien tampak sedikit bersemangat, lemah sedikit berkurang, GDS: 181 mg/dl. **A:** masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi. **P:** intervensi dilanjutkan.

2. Risiko Defisit Nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi Nutrien. Jam: 14.00. **Data Subjektif:** pasien mengatakan makan sudah semakin banyak dibanding dengan kemarin. **Data Objektif:** BB: 43 kg, TB: 160 cm, IMT: 16,8 (kurus). **A:** masalah Risiko Defisit Nutrisi tidak terjadi. **P:** Intervensi dilanjutkan.
3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Jam: 21.00. **Data Subjektif:** klien mengatakan sudah mengerti dan akan melakukan pola hidup sehat. **Data Objektif:** pasien tampak mengerti. **A:** masalah Defisit Pengetahuan Sebagian teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan.

c. Catatan Perkembangan

Diagnosa 1

Jam: 07.00. S: klien mengatakan badannya masih lemas, keluhan sering haus berkurang, minum air 4-5 gelas, keluhan sering BAK berkurang, BAK 3 kali. **O:** pasien masih tampak sedikit lemas, kesadaran komposmentis, dan terpasang nacl 20 tpm. TD : 130/80 mmHg, Nadi: 91x/m, suhu: 36,6 C, SpO2: 99%. **A:** masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi. **P:** intervensi dipertahankan. **I:** 07.30 mengkaji keadaan umum pasien, 07.45 memotivasi pasien agar menghindari makanan yang mengandung manis tinggi tinggi (permen, es krim, roti manis, kue), makanan tinggi garam (ikan asin, sayur dengan banyak garam), makanan berlemak (gorengan, daging berlemak). 07.50 Memotivasi klien agar tetap menerapkan prinsip 3J pada diet DM. 11.45 melakukan penyuntikan insulin Sansulin Rapid 8 unit/sc. **E:** klien tampak sedikit bersemangat, lemah berkurang, keluhan sering haus berkurang, keluhan sering BAK berkurang, GDS: 180 mg/dl, masalah teratasi, intervensi dihentikan.

Diagnosa 2.

Jam: 07.00. S: pasien mengatakan makan sudah semakin banyak yaitu makan dengan nasi merah, tahu, tempe, ikan, sayur, dan 1 buah pisang. **O:** pasien tampak sedikit lemah. **A:** masalah deficit nutrisi sebagian teratasi. **P:** Intervensi dipertahankan. **I:** 08.00 mengkaji intoleransi terhadap makanan, 08.05 memotivasi pasien makan makanan TKTP. 08.10 memotivasi pasien agar menerapkan prinsip

diet DM yaitu prinsip 3J. 11.00 memberikan obat Antasida sirup,, menganjurkan pasien minum obat Antasida sirup 15 menit sebelum makan. **E:** klien tampak sedikit bersemangat, mengatakan makan sudah semakin banyak. Pasien makan dengan nasi dari beras merah, ikan, tahu, sayur dan buah pisang, pasien tampak bersemangat. Masalah sebagian teratasi intervensi dipertahankan.

Diagnosa 3.

Jam: 07.00. S: klien mengatakan akan menjalankan prinsip hidup sehat. **Data Objektif:** pasien mengerti dan menjalankan prinsip hidup sehat. **A:** masalah Defisit Pengetahuan teratasi. **P:** Intervensi dihentikan.

Pembahasan

Pengkajian

Berdasarkan pengkajian studi kasus pada Ny. K. K pasien mengeluh lemas, mual, muntah, Nyeri ulu hati dan demam, pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan yang drastis, pada tahun 2024 berat badan pasien 55 kg dan pada tahun 2025 berat badan pasien 43 kg. pasien hanya makan bubur yang didapatkan dari rumah sakit. pasien makan hanya $\frac{1}{2}$ atau 4-5 sendok saja dalam 1 porsi karena pasien merasa mual. Pasien juga mengatakan sering haus dan minum air, sering buang air kecil, IMT: 16,8 (kurus). Makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian, berpindah dibantu oleh keluarga. Gula Darah puasa (GDN) 233 mg/dl, Gula darah 2 jam PP: 261 mg/dl. Tanda-tanda vital: suhu: 36,6°C, nadi: 80 x/m, RR: 21 x/m, TD: 110/80 mmHg, SpO2: 97%.

Menurut Fatimah dalam Suryati Ida (2021) mengungkapkan gejala Diabetes Melitus dibedakan menjadi Akut dan kronik. Gejala akut (polifagia, polidipsia, poliuria), mudah lelah, lemah, penurunan berat badan. Gejala kronik (kesemutan, rasa kebas di kulit, kulit terasa panas dan tertusuk-tusuk, kelelahan, dan pandangan kabur, adanya bisul, luka yang lama sembuh) serta adanya peningkatan kadar glukosa dalam darah di atas nilai normal yaitu GDS > 200 mg/dl, GDP > 126 mg/dl dan GD2JPP > 200 mg/dl.

Pada kasus Ny. K. K. dimana tidak ditemukan gejala polifagia, kesemutan, rasa kebas di kulit, kulit terasa panas dan tertusuk-tusuk, bisul, dan luka yang lama sembuh.

Pada kasus Ny. K. K. Tidak ditemukan gejala polifagia karena pada pengkajian klien mengeluh nyeri ulu hati yang membuat klien hanya makan bubur 3-5 sendok saja. Hal ini berkaitan dengan diagnosa medis yang ditegaskan oleh dokter yaitu Gastropati DM. Menurut Cahyono, J. B. Suharjo (2021) mengatakan Gastropati DM merupakan salah satu komplikasi dari DM dan merupakan kondisi neuropati yang terjadi pada sistem gastrointestinal pada pasien Diabetes Melitus. Kelemahan saraf otonom menyebabkan menurunnya fungsi motilitas lambung. Akibatnya pasien dengan komplikasi tersebut mengeluh tidak mudah lapar, makan sedikit terasa kenyang, gampang kembung, mual, muntah, sakit perut dan nyeri ulu hati.

Kesemutan, rasa kebas dikulit, kulit terasa panas dan tertusuk-tusuk dan luka yang lama sembuh adalah gejala dari neuropati diabetikum yang merupakan salah satu komplikasi dari Diabetes Melitus. Lamanya menderita DM berpotensi terkena neuropati DM. Pandangan kabur juga merupakan salah satu gejala dari retinopati DM yang merupakan komplikasi dari DM. Lamanya menderita DM juga bisa memunculkan komplikasi pada retina.

Menurut Tandra, Hans (2022) mengatakan bahwa sebenarnya neuropati DM dan retinopati DM sering terjadi dan diperkirakan 75 persen diabetesi mengalami komplikasi ini. Terutama jika diabetes sudah terjadi sudah berlangsung lebih dari 10 tahun. Hal ini tidak terjadi pada Ny. K. K karena klien mengatakan menderita penyakit Diabetes Melitus pada tahun 2023 artinya klien sudah menderita penyakit DM selama 2 tahun.

Faktor keturunan, gaya hidup yang tidak sehat, faktor usia, gula darah yang tidak terkontrol adalah faktor risiko terjadinya DM. Jangka waktu yang lama menderita Diabetes Melitus dan juga ditambah faktor risiko tersebut berpotensi seseorang terkena neuropati DM dan retinopati DM. Hasil penelitian yang mendukung terjadinya neuropati DM adalah penelitian dari Rahmi, Aryeni Sri, DKK tentang "Hubungan Lama Menderita DM Tipe 2 dengan Kejadian Neuropati Diabetik" mengungkapkan bahwa sebagian besar DM tipe 2 yang menderita neuropati diabetik rata-rata menderita DM > dari 5 tahun (92,1%). Hasil penelitian yang mendukung adanya hubungan lamanya menderita DM

dengan retinopati adalah penelitian dari Dewi, Putri Nirmala yang berjudul “Profil Tingkat Keparahan Retinopati Diabetik Dengan Atau Tanpa Hipertensi di RSUP Dr. M. Djamil Padang” yang mengatakan bahwa menurut durasi menderita DM banyak pada penderita > 5 tahun sebesar 110 orang (68 %).

Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. K. K adalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi dan defisit nutrisi berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Menurut Maria, Insana (2021) mengatakan diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien Diabetes Melitus adalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas/resistensi insulin, Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, nyeri kronis berhubungan dengan gangguan fungsi metabolik, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, gangguan pola tidur berhubungan dengan penyakit kronis, risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit (diabetes melitus), dan risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hiperglikemia.

Masalah keperawatan hipovolemia tidak ditegakan dalam kasus Ny. K. K karena tidak ditemukan data-data yang mendukung tentang

hipovolemia. Menurut SDKI (2020) data-data yang mendukung sehingga bisa ditegakkan masalah hipovolemia adalah frekuensi nadi meningkat, nadi terasa lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat dan data tersebut tidak ditemukan dalam pengkajian.

Nyeri kronis tidak ditegakkan dalam kasus Ny. K. K karena tidak ditemukan data-data yang mendukung untuk ditegakkannya masalah keperawatan nyeri kronis. Menurut Maria, Insana (2020) mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan pasien DM adalah nyeri yang berhubungan dengan nyeri saraf. Nyeri saraf yang sering dirasakan seperti mati rasa, menusuk, kesemutan atau sensasi terbakar yang membuat klien terjaga pada waktu malam hari.

Masalah keperawatan risiko infeksi tidak ditegakkan dalam kasus Ny. K. K karena tidak ditemukan data-data yang mendukung untuk ditegakkan masalah tersebut. Tanda dan gejala dari risiko infeksi adalah adanya luka yang lama sembuh, nyeri pada area luka, kemerahan, bengkak, dan panas. Tanda dan gejala tersebut tidak ditemukan dalam kasus Ny. K. K

Masalah keperawatan risiko perfusi perifer tidak efektif tidak ditegakkan dalam kasus Ny. K. K karena tidak ditemukan data-data yang mendukung untuk ditegakkannya masalah tersebut. Tanda dan gejala dari risiko perfusi perifer tidak efektif yaitu pengisian kapiler > 3 detik, akral

teraba dingin, warna kulit pucat dan turgor kulit menurun. Tanda dan gejala tersebut tidak ditemukan dalam kasus Ny. K. K.

Masalah keperawatan gangguan pola tidur tidak ditegakkan dalam kasus Ny. K. K karena tidak ditemukan data-data yang mendukung. Menurut SDKI (2020) data yang mendukung untuk ditegakkan masalah gangguan pola tidur adalah mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh istirahat tidak cukup. Data-data tersebut tidak ditemukan pada kasus Ny. K. K.

Masalah keperawatan defisit pengetahuan ditegakan dalam kasus Ny. K. K karena ditemukan data-data yang mendukung. Menurut SDKI (2018) data yang mendukung untuk ditegakkan masalah defisit pengetahuan adalah menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran. Data yang ditemukan dalam kasus Ny, K. K adalahKlien mengatakan tidak terlalu paham mengenai penyakit yang dideritanya dan bagaimana perawatan yang baik tentang penyakitnya. Klien juga memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan yang manis-manis (kue, es krim, cemilan), memiliki kebiasaan mengonsumsi minuman dingin (teh pucuk, flolidina). Dari data-data tersebut yang mendukung sehingga ditegakan masalah defisit pengetahuan.

Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien. Intervensi keperawatan pada Ny. K. K disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) tahun 2018.

Intervensi keperawatan yang tidak disusun dalam masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah pada Ny. K.K fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik. Hipotensi ortostatik merupakan penurunan tekanan darah secara tiba-tiba yang terjadi saat seseorang berubah posisi dari berbaring ke duduk atau berdiri. Hipotensi ortostatik sering disebabkan oleh neuropati otonom diabetik yaitu kerusakan saraf otonom yang mengatur tekanan dan denyut jantung saat berubah posisi. Ambulasi tidak disusun dalam intervensi keperawatan karena pada kasus Ny. K.K tidak ditemukan komplikasi yang berhubungan dengan neuropati.

Intervensi keperawatan yang ada dalam teori pada masalah keperawatan defisit pengetahuan berdasarkan SIKI yang terdiri dari observasi, terapeutik dan edukasi semuanya disusun pada kasus Ny. K.K.

Intervensi keperawatan untuk masalah keperawatan defisit nutrisi disusun berdasarkan SIKI yang terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Pada teori ditemukan intervensi mengenai masalah defisit nutrisi namun pada kasus Ny. K.K ditemukan masalah defisit nutrisi sebagai intervensi yang disusun disesuaikan dengan masalah tersebut.

Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Implementasi

merupakan pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujukan pada perawat untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan.

Implementasi pada Ny. K.K dilaksanakan selama 3 hari sejak tanggal 02-04 Juli 2025. Implementasi dilakukan sesuai perencanaan yang sudah disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia tahun 2018).

Evaluasi Keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan pada Ny. K.K dengan diagnosa medis Diabetes melitus dilakukan berdasarkan tujuan yang diterapkan. Pada Ny. K.K dilakukan evaluasi bahwa masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sudah teratasi dengan gula darah pasien (GDS: 181 mg/dl). Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi karena tanda dan gejala pada pasien sudah teratasi sebagian seperti nafsu makan sudah sedikit meningkat dan juga pasien masih merasa sedikit mual dan IMT 16,8 (kurus). Masalah defisit pengetahuan sudah teratasi dan pasien sudah mengenal masalahnya dan juga cara merawat dan menjaga pola makan.

Keterbatasan Studi Kasus

Dalam melakukan penelitian studi kasus ini terdapat keterbatasan yaitu faktor orang atau manusia. Orang dalam hal ini pasien yang hanya berfokus pada satu pasien saja membuat peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin didapatkan dari pasien yang lainnya

dengan diagnosa yang sama dan sulitnya referensi yang digunakan dalam 5 tahun terakhir.

Implikasi untuk Keperawatan

Terdapat beberapa peran perawat yang ditemukan dalam kasus ini adalah:

1. Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan (*caregiver*)

Perawat berperan memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif, mencakup aspek bio-psiko-sosio-spiritual, untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien.

2. Peran Perawat Sebagai Edukator

Peran perawat sebagai educator adalah mendidik pasien dan keluarga tentang kesehatan, penyakit, dan tindakan perawatan. Perawat memberikan informasi, pengetahuan, dan keterampilan yang diperlukan agar individu dapat mengelola kesehatan mereka sendiri dan membuat keputusan yang tepat terkait perawatan.

3. Peran Perawat sebagai Motivator

Peran perawat sebagai motivator adalah mendorong, membangkitkan semangat, dan memberikan dukungan kepada pasien agar mereka aktif dalam proses penyembuhan dan perawatan diri.