

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa: Saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh: **Klotilda Eyonti Nata** Dengan judul: **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende.**

Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun .

Ende, 02 Juli 2025

Saksi

Fitri

Yang Memberi Persetujuan

Ny. Kurni Kofe

Peneliti



Klotilda Eyonti Nata

NIM.PO5303202220045

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Saya adalah mahasiswa dari Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. K. K Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah mahasiswa di harapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi kasus ini berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/ pengumpulan data, perumusan diagnosa, penetapan perencanaan intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Namun dari jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP: 081236808537

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE

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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. K. K. DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES
MELITUS TIPE II RSUD ENDE**

Format pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 02 Juli 2025

1 Pengumpulan Data a

Identitas pasien

Nama : NY. K. K.
Umur : 56 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Status : Sudah Menikah
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Jln.Adusucipto Ippi
Masuk RS : 01 juli 2025

Diagnosa Medis : Diabetes Melitus Tipe II b

Identitas Penanggung Jawab

Nama : Nn F.M.D .
Umur : 26 Tahun
Alamat : Jln.Adusucipto Ippi

Hub. dengan Pasien : keponakan

2 Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

1. Keluhan Utama :

Pasien mengatakan merasa lemas, mual, muntah, nyeri uluhati, dan demam.

2. 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.

3. 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.

4. Upaya Yang Dilakukan Untuk Mengatasinya:

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

b. 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, florigina). Setelah pasien mengalami penyakit DM, pasien sudah berkurang mengonsumsi makanan tersebut.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

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

d. 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 rumah sakit.

3 Pola Kebutuhan Dasar

a. Pola Nutrisi-Metabolik

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

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

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. 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

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.

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

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.

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.

4 Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan Umum : pasien tampak lemah, tingkat kesadaran

: composmentis, 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 tampak 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 ikhterik, 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 Ekstermitas atas
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
Ekstermitas bawah
Inspeksi : terdapat luka di kaki sebelah kiri dari bulan februari 2025

Kekuatan otot : 5 5

4

4

--

1. Pemeriksaan penunjang

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

1. 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

2. TABULASI DATA

Pasien mengeluh lemas, mual, muntah, nyeri uluhati 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 manismanis (roti yang dibalutin gula,permen dan cemilan) dan sering minum minuman dingin(teh pucuh dan floridina). 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 rumah sakit. Pasien hanya makan ½ 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 mengatakan sering buang air kecil sehari 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. Tandatanda vital: suhu: 36,6° C, nadi: 99 x/m, RR: 21 x/m, SpO2 : 96%, TD: 120/80 mmHg

3. KLASIFIKASI DATA

Data Subjektif :Pasien mengeluh lemas, mual, muntah, nyeri ulu hati 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-minumandingin (teh pucuk dan floridina). 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 merasasering 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.

4. ANALISA DATA

No	Sign/Symptom	Etiologi	Problem
----	--------------	----------	---------

1.	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. pasien mengatakan sering 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. DO: keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran komposmentis, BB sekarang : 43 kg	ketidakmampuan Mengabsorpsi Nutrisi	Defisit Nutrisi
	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	Kurang Terpapar Informasi	Defisit Pengetahuan
	minuman dingin (teh pucuk, flolidina). DO: keadaan umum lemah, , Gula Darah Puasa (GDS) 233 mg/dl, Gula darah 2 jam PP: 261 mg/dl		

5. 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 $\pm$ 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

No	Diagnosa	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
----	----------	----------------	------------	----------

1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin	Tingkat kesadaran meningkat, mengantuk menurun, pusing menurun, lelah menurun, rasa lapar menurun, rasa haus menurun, kadar glukosa dalam darah membaik, kadar glukosa dalam urine membaik, jumlah urine membaik.	Manajemen Hiperglikemi Observasi 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kekambuhan) 3. Monitor kadar glukosa darah 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polifagia, poliuria, polidipsia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Monitor intake dan output cairan 6. Monitor keton urine, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi. Terapeutik 1. Berikan asupan cairan oral 2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk 3. Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik Edukasi 1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl 2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 3. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 4. Anjurkan indikasi dan pentingnya pengujian kotone urine, jika perlu.	1. Membantu mengoptimalkan pengobatan, mencegah terjadinya komplikasi dan meningkatkan pengelolaan gula darah. 2. menganalisa hasil kadar glukosa darah yang lebih akurat. 3. membantu mendeteksi hiperglikemia sejak dini, pengelolaan gula darah yang efektif serta memastikan pengobatan yang lebih akurat 4. membantu mengidentifikasi kebutuhan cairan mendeteksi dehidrasi sejak dini dan mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit. 5. keton dalam urine menunjukkan bahwa tubuh sedang membakar lemak sebagai sumber energi bukan glukosa. Terapeutik 1 membantu menghindari dehidrasi, menghindari ketoasidosis diabetikum dan mengatur keseimbangan cairan.
----	---	---	---	--

			5. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat dan bantuan profesional kesehatan) Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian insulin 2. Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu	2 membantu mengatur strategi pengelolaan gula darah yang optimal serta mengoptimalkan penggunaan obatobatan dan insulin. Edukasi 1 berolahraga saat kadar glukosa dalam darah tinggi akan menyebabkan tubuh kesulitan mengatur kadar insulin dan meningkatkan risiko terjadinya dehidrasi dan ketoasidosis yang mengancam nyawa 2 membantu pasien agar mengetahui fluktuasi gula darah untuk pengelolaan yang lebih tepat serta meningkatkan kemandirian pasien dalam mengelola kesehatan. 3 membantu mengendalikan kadar gula darah, mencegah terjadinya komplikasi dan membantu mempertahankan berat badan yang normal. keton dalam urine menunjukan bahwa tubuh sedang membakar lemak sebagai
--	--	--	--	--

				sumber energi bukan glukosa Kolaborasi 1 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 Kalium diberikan pada pasien diabetes melitus karena kalium dapat meningkatkan kepekaan insulin. insulin yang membutuhkan banyak kalium untuk menguras gula dalam darah.
2	defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi	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.	Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor berat badan Terapeutik 1. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 2. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 3. Berikan suplemen makanan Edukasi	Observasi 1. membantu menjaga dan meningkatkan status nutrisi agar mencapai status gizi yang normal 2. alergi merupakan reaksi sistem imun yang tidak normal saat melawan zat asing yang pada dasarnya tidak berbahaya. 3. membantu meningkatkan nafsu makan dan mengoptimalkan nutrisi

			1. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah gizi dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	4. membantu menjaga berat badan serta menjaga agar kadar gula darah tetap dalam rentan normal 5. mengkaji pemasukan makanan yang adekuat (termasuk absorpsi dan utilitasnya). 6. membantu memperbaiki kebiasaan makan agar mendapatkan kontrol metabolik yang baik. 7. membantu menjaga asupan kalori yang cukup serta untuk meningkatkan respons gula darah. 8. membantu mengembalikan kadar vitamin dan mineral yang dibutuhkan tubuh 9. meningkatkan pengetahuan pasien tentang program diet yang penting agar terciptanya perilaku pola makan yang lebih sehat dan sesuai. 10. membantu memastikan pemberian obat yang tepat dalam pengelolaan diabetes melitus. 11. membantu memenuhi
--	--	--	--	--

				kebutuhan gizi pasien, meningkatkan kualitas perawatan, mencegah terjadinya komplikasi serta mengoptimalkan pengelolaan diabetes melitus.
3	Defisit pengetahuan berhubungan dengan an kurang terpapar informasi	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.	Edukasi proses penyakit Obesrvasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 2. Sediakan materi dan media pendidikan 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan pengeritan dari Diabetes Melitus 2. Jelaskan penyebab dan faktor risiko Diabetes Melitus 3. Jelaskan proses patofisiologi munculnya Diabetes Melitus 4. Jelaskan tanda dan gejala dari Diabetes Melitus 5. Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi Diabetes Melitus 6. Informasikan kondisi pasien saat ini	Observasi 1. kesiapan yang baik dapat membantu penerimaan materi dengan baik 2. materi merupakan informasi yang akan disampaikan dan media merupakan alat bantu agar pesan dapat tersampaikan dengan baik. 3. agar pasien dpat menyiapkan diri dengan baik 4. meningkatkan daya tarik mengenai informasi yang disampaikan. 5. menambah pengetahuan pasien mengenai apa itu diabetes melitus. 6. menambah pengetahuan pasien mengenai penyebab dan faktor risiko dari diabetes melitus agar pasien dapat mengontrol kadar

				gula darah sesuai dengan faktor risiko tersebut. 7. menambah pengetahuan klien mengenai perjalanan penyakit diabetes melitus 8. menambah pengetahuan pasien mengenai tanda dan gejala diabetes melitus 9. Menambah pengetahuan pasien mengenai masalah-masalah yang mungkin akan muncul jika pasien tidak mengontrol gula darah dengan baik 10. agar pasien paham mengenai konsistinya saat ini dan perubahan dari perawatan ke arah yang lebih baik.
--	--	--	--	--

Evaluasi Keperawatan

No	Diagnosa	Hari/tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	Ketidakstabilan kadar glukosa	Rabu, 02 Juli 2025	Jam 15.00 mengidentifikasi faktor	21.00.

	darah berhubungan dengan resistensi insulin		penyebab DM. Hasil : pasien mengatakan sering mengonsumsi makanan yang manis-manis seperti (roti yang dibalutin 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, 15.00-16.00 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	Data Subjektif: pasien mengatakan badan masih lemah, adanya polyuria yaitu klien mengatakan sering buang air kecil, BAK 67 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.
--	--	--	---	---

			Wortel. 15.30 mendidikasikan 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 dibuktikan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi	Rabu, 02 Juli 2025	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 ½ atau 45 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.	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	Rabu, 02 Juli 2025	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.	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.
No	Diagnosa	Hari/tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan	Kamis, 03 Juli 2025	Jam 08.30 mengidentifikasi tanda-tanda hiperglikemia. Hasil: pasien mengatakan masih	14.00 Data Subjektif: pasien mengatakan lemah sedikit berkurang tidak seperti hari kemarin,

	de resistensi in		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 manismanis, 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.	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	defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi	Kamis, 03 Juli 2025	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 ½ yang dihabiskan. Jam 09.20 melayani obat antasida sirup dan meminta kepada pasien agar 15	14.00. Data Subjektif: pasien mengatakan makan sudah semakin banyak di banding dengan kemarin. Data Objektif: BB: 43 kg, TB: 160 cm, IMT: 16,8 (kurus). A: masalah Risiko Defisit Nutrisi tidak terjadi. P: Intervensi dilanjutkan.
			menit lagi di perkenankan untuk makan.	

2	defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi	Jumat, 04 Juli 2025 Jam: 07.00. 08.00 14:00	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: 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.
3	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Jumat, 04 Juli 2025 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.

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Klobila Eyont' Nata

NIM : PO.530320220045

Prodi : D-III Keperawatan Ende

Dengan ini menyatakan bahwa apabila saya tidak menyelesaikan kewajiban (Tugas) saya sampai dengan sebelum Ukom, maka untuk sementara waktu saya bersedia tidak menerima ijazah sampai kewajiban (Tugas) saya tersebut diselesaikan.

Surat Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh, tanpa ada paksaan dan pihak manapun. Apabila saya tidak menepati kewajiban tersebut maka saya bersedia menerima konsekuensi sesuai ketentuan yang berlaku.

Dengan Demikian Surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ende, 23 Juli 2025

Hormat Saya



Klobila Eyont' Nata

Nim : PO.530.320.222.0045



KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKTIN KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Klotilda Eyonti Nata

NIM : PO53 03202220045

Nama Pembimbing: Anatolia K. Doondori, S. Kep., Ns., M. Kep

Nama Penguji: Aris Wawomeo, M. Kep., Ns., Sp., Kom.

	Hari/Tanggal	Penyakit	Isi Konsultasi	Paraf
1	13/09/2024	Penyakit DM	1. ACC judul	
2	10/12/2024	Penyakit DM	1. Perbaiki data WHO ambil dari 2023 2. Perbaiki data dari Indonesia dari tahun 2023 3. Perbaiki data RS yang mendetail 4. Peran perawat apa saja dan di kaitkan dengan DM 5. Sumber-sumber yang ada dilatar belakang harus ada di Daftar Pustaka	
3	28/02/2025	Penyakit DM	1. Perbaiki bahasa di data dinas kesehatan 2. Tambahkan data untuk mengaitkan data DM karena dilihat dari prevalensi yang naik turun	

			3. Peran perawat yang spesifik di DM baik mencegah atau mengontrol 4. Lanjutkan dengan pengetikan	
4	07/03/2025	Penyakit DM	1. Perhatikan penulisan (spasi, titik dan koma) 2. Perbaiki DM tipe 1 dan DM tipe 2 dijadikan DM yang secara umum. 3. Tambahkan tahun di IDF (dari tahun 2022 dan 2023) 4. Diperjelaskan data yang naik turun.	
5	17/03/2025	Penyakit DM	1. Perbaiki data Dinkes 2024 dalam 1 tahun penuh 2. Diperjelaskan data RSUD (menceritakan) 3. Perbaiki peran perawat 4. Tambahkan daftar pustaka 5. Bawakan serta BAB 1-3	
6	20/5/2025	Penyakit DM	1. Perbaiki data RS 1 tahun penuh dan carikamn artikel mengenai diet DM di kabupaten Ende 2. Pathway dibuat dalam 1 lembar dan masukan sumbernya 3. Perbaiki tabel dan garisnya dihilangkan 4. Daftar pustaka yang ada di pembahasan harus ada di daftar pustaka	

7	22/05/2025	Penyakit DM	1. Masukan halaman 2. Perhatikan spasi 3. Garis pinggir yang ada di analisa data dihilangkan 4. Lengkapi lembar pengesahan dan lain-lain. 5. Lanjut kontrak waktu dengan penguji	
8	23/05/2025	Pentyakit DM	1. ACC- SIAP UJIAN	

Mengetahui:

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



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

NIP. 196601141991021001



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

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Klotilda Eyonti Nata

NIM : PO53 03202220045

Nama Penguji : Aris Wawomeo, M. Kep., Ns., Sp., Kom.

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi penguji	Paraf
1.	28/05/2025	Penyakit DM	1. Perbaiki BAB 1 dibagian latar belakang. Masukkan poin-poin. 2. Dari semua data yang mengalami fluktuasi, mengapa sehingga data-data tersebut mengalami fluktuasi 3. Tambahkan peran perawat di RSUD ENDE 4. Hambatan apa yang pernah dialami di RSUD ENDE mengenai penyakit DM	
2.	10/06/2025	Penyakit DM	1. Perbaiki lagi peran perawat di RSUD ENDE 2. Perbaiki lagi hambatan perawat yang ada di RSUD ENDE 3. Perbaiki bagian pemeriksaan fisik masukan yang spesifik pada orang DM 4. Perbaiki semua diagnosa keperawatan dibagian intervensi keperawatan pada bagian kriteria hasil, dan perencanaan dibagian observasi menggunakan monitor.	
3.	12/06/2025	Penyakit DM	1. ACC 2. Lanjut studi kasus	

Mengetahui:

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



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

NIP. 196601141991021001



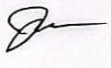
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Klotilda Eyonti Nata

NIM : PO53 03202220045

Nama Pembimbing: Anatolia K. Doondori, S. Kep., Ns., M. Kep

No	Hari/tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	paraf
1.	Kamis, 02/07/2025	Kasus DM	1. Perbaiki riwayat keluhan utama 2. Perbaiki penyakit yang pernah di alami. 3. Perbaiki kebiasaan pasien saat sakit dan sebelum sakit. 4. Perbaiki pengkajian perpola	
2.	Senin, 07/07/2025	Kasus DM	1. Perbaiki pasien pernah dirawat kapan dan dimana 2. Perbaiki riwayat keluhan utama mengapa sehingga terjadi 3. Perbaiki tata bahasa alasan masuk rumah sakit 4. Pilahkan obat-obat sesuai dengan diagnosa 5. Perbaiki implementasi mengkaji pasien diganti dengan mengidentifikasi 6. Perbaiki kata kelemahan fisik 7. Lanjutan dengan	

			pengetikan	
3.	09/07/2025	Kasus DM	1. Masukan dengan BAB IV 2. Identitas pasien dinarasikan 3. Masukan makanan yang manis-manis seperti snack, permen, minuman dingin, teh pucuk 4. Lengkapi atau perbaiki bahasa di diagnosa medik 5. Minum jumlah berapa 6. Perbaiki bagian eliminasi (BAB) pada pasien 7. Perbaiki dibagian pola nutrisi 8. Isi kekuatan otot 9. Perbaiki analisa data dan klasifikasi data 10. Tambahkan dignosa gangguan pola tidur 11. Perhatikan pengetikan dan spasi	
4.	Selasa, 15/07/2025	Kasus DM	1. Perbaiki studi kasus dari tanggal berapa sampe tanggal berapa 2. Dipola nutrisi jangan masukan sering kencing 3. Pola tidur harus masuk pada tanda-tanda tersebut	

			4. Perhatikan spasi di setiap kalimat	
5.	Senin, 21/07/2025	Kasus DM	1. ACC 2. Lanjutkan kontrak waktu dengan penguji untuk ujian	

Mengetahui:



Aris Wawomco, M.Kep.Ns., Sp.Kep.Kom
 NIP. 196601141991021001



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

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Klotilda Eyonti Nata

NIM : PO53 03202220045

Nama Penguji : Aris Wawomeo, M. Kep., Ns., Sp., Kom.

No	tanggal	Materi	Rekomendasi penguji	paraf
1.	22/07/2025	Kasus DM	1. Masukan masalah keperawatan defisit pengetahuan dan melihat dengan intervensi yang pas dan jangan menambah-nambah 2. Diagnosa intoleransi aktivitas dan gangguan pola tidur jangan ditegakan karena data-data tidak mendukung dengan diagnosa tersebut 3. Dipembahasan harus ada 4 poin 4. Di pembahasan mengapa terjadi polifagia dan harus ada refensi yang menjelaskan tentang polifagia 5. Di intervensi harus membahas tentang diagnosa yang ditegakan dari masing-masing diagnosa 6. Perbaiki implementasi di pembahasan 7. Perbaiki evaluasi di pembahasan 8. Perbaiki pengkajian dan diagnosa keperawatan di BAB V.	

			4. Perhatikan spasi di setiap kalimat	
5.	Senin, 21/07/2025	Kasus DM	1. ACC 2. Lanjutkan kontrak waktu dengan penguji untuk ujian	

Mengetahui:

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



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

NIP. 196601141991021001

LAMPIRAN 7

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. Data Diri

Nama : Klotilda Eyonti Nata

Tempat/Tanggal Lahir : Boanio, 03 Juni 2002

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Katolik

Nama Ayah : Eduardus Abo

Nama Ibu : Yohana Penu

2. Riwayat Pendidikan

SDK Ratedao : 2009-2015

SMPS St Yosep Kalasansa : 2015-2018

SMAN 2 Aesesa : 2018-2021

Perguruan Tinggi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Program Studi D-III Keperawatan Ende

MOTO

Tidak ada jalan pintas, hanya langkah pasti menuju
puncak yang di inginkan.

