

**INFROMEND CONSET**

(persetujuan menjadi partisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa : saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh : ZUHROTUL MOA FIRA dengan judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. A DENGAN DIAGNOSA MEDIK DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III DAN RUANGAN PERAWATAN BEDAH RSUD ENDE

Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara suka rela tanpapaksaan dari siapa pun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri tanpa sanksi apapun.

Ende, 25 April 2024

Saksi

Yang Memberikan Persetujuan



NY. H



Ny. A

Peneliti,



ZUHROTUL MOA FIRA  
NIM : PO5303202200510

**PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan :

Nama : Zuhrotul Moa Fira

NIM : PO. 5303202200510

Program Studi : D - III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.A  
DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELLITUS  
TIPE II DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD  
ENDE

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil jiplakan maka, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, 10 Juli 2025  
Yang Membuat Pernyataan



**Zuhrotul Moa Fira**  
**PO. 5303202200510**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG**  
 Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256  
 Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.A.N. DENGAN**  
**DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELLITUS DI RUANG PENYAKIT**  
**DALAM III**  
**RSUD ENDE**

**Format Pengkajian Asuhan Keperawatan**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 april 2024

**I. Pengumpulan Data**

**a. Identitas Pasien**

Nama : Ny.A.N  
 Umur : 43 tahun  
 Jenis kelamin : Perempuan  
 Pendidikan : SMA  
 Pekerjaan : Wiraswasta  
 Agama : Katolik  
 Alamat : Jl.Hayam Wuruk  
 Dx. Medik : Diabetes Mellitus

**b. Identitas Penanggung Jawab**

Nama : Ny. R.D  
 Umur : 25 tahun  
 Hubungan dengan pasien: Keponakan  
 Alamat : Adi Sucipto

**II. Keadaan Umum**

**a. Riwayat Kesehatan**

**1) Keluhan Utama**

Pasien mengatakan badan lemah, cepat lapar dan luka pada jari tengah tangan kanan warna kehitaman (nekrosis), tidak berbau, tidak nyeri, disertai bengkak dan bernanah(pus).

**2) Riwayat Keluhan Utama**

Pada tanggal 17 Januari 2024 pukul 16.30 Keluarga mengantar pasien ke rumah sakit karena pasien mengatakan badan lemah, cepat lapar, mual tidak disertai muntah, sesak napas sejak 1 hari sebelumnya dan makin lama makin memberat, luka pada jari tengah tangan kanan dan tiba di Instalasi Gawat Darurat (IGD) dilakukan pemeriksaan gula darah sewaktu menggunakan stik hasilnya *high* (HI) atau tidak terbaca, tekanan darah (TD):120/70 mmHg, nadi 88x/m, suhu : 37,4<sup>0</sup>C, RR:28x/m, SPO<sub>2</sub>:96%, terpasang oksigen *nassal canule* 3 liter per menit

(LPM) dan pasien didiagnosa *diabetes mellitus* tipe 2 dan diberikan terapi *intravenous Fluid Drops (IVFD)* NaCl 0,9% 500 cc drip novorapid 50 IU 16 tetes per menit (TPM), metronidazole infus 3x500 mg/iv, ondansentron 3x4 mg/iv, omeprazole 2x40 mg/iv paracetamol 3x1 gr/iv, ceftriaxone 2x1 gr/iv. Setelah  $\pm$  6 jam dan mendapatkan tempat di ruangan penyakit dalam kelas III, pasien akhirnya dipindahkan untuk melakukan perawatan lebih lanjut.

3) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit diabetes mellitus dan hanya batuk pilek saja.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan ada anggota keluarga yang menderita penyakit *diabetes mellitus* yaitu tante kandungannya.

5) Pemeriksaan Pola Kesehatan

a) Pola Persepsi Kesehatan - Pola Pemeliharaan Kesehatan.

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan jarang mengontrol kesehatan ke fasilitas kesehatan terdekat.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan saat ini menderita penyakit diabetes mellitus karena pola hidup yang tidak tepat seperti suka jajanan yang manis dan tidak rutin berolahraga.

b) Pola Nutrisi-Metabolik

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sebelum sakit pasien selalu mengkonsumsi makanan yang manis, minum kopi dengan takaran gula yang banyak dan terasa sangat manis. Pasien makan 3 kali sehari, kadang 2x sehari pagi, siang dan malam, menunya nasi putih, ikan, tempe, tahu. Pasien minum 5-7 gelas/hari (1000-1500 cc), minumannya air putih dan sering haus.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan masih mual, tidak muntah, cepat lapar, makan 3 kali sehari, 1 porsi makan hanya dihabiskan 4-5 sendok dan diet diabetes mellitus yang dianjurkan kalori perhari adalah 1.020 kkal/hari dengan menu nasi putih kadang diganti dengan nasi merah atau nasi jagung yang dibawa dari rumah, lauk ikan, tahu, tempe, daging merah, telur sayur (bayam, selada, kangkung), buah (pisang). Pasien minum air putih 8-10 gelas sehari (1600-2000 cc).

c) Pola Eliminasi

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1-2 kali sehari, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK 3-4 kali pada siang hari dan sering kencing pada malam hari kadang 3-4x warna kuning, berbau khas urine (amoniak).

Keadaan saat ini : pasien mengatakan BAB hanya 1x sehari, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK terpasang dower kateter No. FR(*French*) 16 berbau khas urine (amonia) dan jumlah urine/24 jam  $\pm$  2.400 cc warna kuning jernih.

- d) Pola Aktivitas dan Latihan  
 Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan pasien bekerja sebagai seorang wiraswasta (Pedagang sayuran). Semua aktivitas dilakukan secara mandiri tanpa ada keluhan cepat lelah ataupun sesak napas.  
 Keadaan saat ini: pasien mengatakan badan masih lemah, cepat lelah saat melakukan aktivitas seperti miring kiri dan miring kanan dan aktivitasnya dibantu keluarga..
- e) Pola Istirahat dan Tidur  
 Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya tidur malam mulai dari pukul 20.00-05.00 sedangkan tidur siang 1-2 jam, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur.  
 Keadaan saat ini : keluarga pasien mengatakan pasien tidur mulai pukul 19.00 dan bangun pagi hari sekitar pukul 04.30, tidur siang 1-2 jam.
- f) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori  
 Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium aroma dan meraba serta mendengar dengan baik.  
 Keadaan saat ini: pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas saat perawat menunjukkan botol infus dan mampu menyebutkan nama benda tersebut. Mampu mencium aroma bebauan seperti saat perawat memberikan aroma alkohol pasien mampu membedakan aroma alkohol dari aroma yang lainnya. Pasien juga terdapat luka pada jari tengah tangan kanan
- g) Pola Persepsi dan Konsep Diri.  
 Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan menyukai semua bagian anggota tubuhnya dan pasien adalah seorang perempuan single (belum kawin) yang mencari nafkah untuk menghidupi dirinya sendiri. Pasien juga mengatakan saat ini keluarga menerima kondisinya dan selalu memberi perhatian serta dukungan untuk memmpercepat proses penyembuhan pasien.  
 Keadaan saat ini: Pasien mengatakan saat ini sebagai seorang pasien yang menjalani masa perawatan dan rutin mengkonsumsi obat, mengikuti setiap anjuran dokter serta berharap cepat pulih dari sakitnya sehingga bisa menjalankan kembali rutinitasnya.
- h) Pola Peran Hubungan dengan Sesama  
 Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan relasi pasien dengan keluarga, tetangga, dan orang lain baik-baik saja.  
 Keadaan saat ini: Relasi dengan sesama pasien, keluarga, pengunjung dan petugas rumah sakit sangat baik dengan menunjukkan sikap yang santun, ramah terhadap pasien yang lain, keluarga, pengunjung dan petugas rumah sakit.
- i) Pola Sirkulasi Reproduksi : pasien mengatakan tidak ada keputihan dan tidak ada gatal disekitar selangkangan.
- j) Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress  
 Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan tidak mudah stres/putus asa, jika ada masalah selalu bercerita pada kakaknya.

Keadaan saat ini : selama masa perawatan pasien kadang merasakan stress dan putus asa dan saat itu pasien lebih sering berdoa biar bisa menjalani masa perawatan dengan hati yang lebih lapang.

k) Pola Nilai Kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: pasien menganut agama katolik dan rajin ke gereja disetiap hari minggu.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan selama perawatan hanya bisa berdoa untuk proses penyembuhannya.

6. Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : tingkat kesadaran composmentis (sadar penuh) nilai GCS 15 E:4 (spontan buka mata) , V:5 (orientasi baik) dan M:6 (mengikuti perintah). Tanda-tanda vital : TD : 110/80 mmHg, Nadi : 133x/m, suhu : 37,8 °C, RR : 24 x/m SpO2 : 96%. BB:34 Kg, (BB sebelum sakit: 34 Kg). Pada kepala tidak terdapat benjolan, rambut tampak bersih. Bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikteris. Telinga tampak bersih, tidak terdapat cairan yang keluar. Hidung simetris,tidak ada polip dan tidak ada septum deviasi, tidak terpasang oksigen. Mukosa bibir tampak lembab, pasien berbicara jelas. Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid. Pada pemeriksaan dada inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dada, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi : vesikuler <sup>+</sup>/<sub>+</sub> . Pada pemeriksaan jantung: Bunyi Jantung I & II reguler. Pada pemeriksaan abdomen: inspeksi bentuk simetris, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, perkusi: bunyi timpani, auskultasi: peristaltik usus 14x/m, pemeriksaan genetalia:tidak dilakukan dengan alasan privacy, terpasang dower kateter No. FR 16, produksi urine/24 jam ±2.400cc warna urine kuning jernih. Pemeriksaan integumen: kulit hangat dan lembab, turgor kulit (elastisitas) baik. Pada pemeriksaan ekstremitas atas bagian kanan terdapat luka pada jari tengah warna kehitaman (nekrosis), bau (-), nyeri(-), bengkak (+), pus (+) tertutup kasa, jari tangan lengkap CRT kurang dari 3 detik. Terpasang IVFD NaCl 0,9% drip novorapid 50 IU 20 TPM pada tangan kiri. Ekstremitas bawah: tidak terdapat oedema dan tidak terdapat luka.

7. Pemeriksaan Penunjang

a. Darah Lengkap (Tanggal 26 april 2024)

**Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap**

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	30.61	[10 <sup>3</sup> /U]	(3.80-10.60)
LYMPH#	1.06	[10 <sup>3</sup> /U]	(1.00-3.70)
MONO#	1.47	[10 <sup>3</sup> /U]	(0.00-0.70)
EO#	0.02	[10 <sup>3</sup> /U]	(0.00-0.40)
BASO#	0.04	[10 <sup>3</sup> /U]	(0.00-0.10)
NEUT#	28.27	[10 <sup>3</sup> /U]	(1.50-7.00)
LYMPH%	3.5 %	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	4.0	[%]	(2.0-8.0)
EO%	0.1	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.1	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	92.3	[%]	(50.0-70.0)

IG#	0.79	[10 <sup>3</sup> /UI]	(0.00-7.00)
IG%	2.6	[%]	(0.0-72.0)
RBC	5.25	[10 <sup>6</sup> /UI]	(4.40-5.90)
HGB	14.5	[g/dL]	(13.2-17.3)
HCT	42.8	[%]	(40.0-52.0)
MCV	81.5	[fL]	(80.0-100.0)
MCHC	39.9	[pg]	(26.0-34.0)
RDW-SD	32.8	[fL]	(37.0-54.0)
RDW- CV	36.0	[%]	(11.5-14.5)
PLT	310	[10 <sup>3</sup> /UI]	(150-450)
MPV	10.2	(fL)	(90- 13.0)

b. Gula Darah Sewaktu (GDS)

**Tabel 4.2 Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu**

<b>Jenis Pemeriksaan</b>	<b>Tanggal</b>	<b>Nilai</b>	<b>Nilai Rujukan</b>
GDS (Darah Vena)	27/04/2024	1015 mg/dL	70-140 mg/dL
GDS (Stik)	28/04/2024	333 mg/dL	70-140 mg/dL

8. Terapi

Terapi yang diperoleh pasien adalah IVFD NaCl 0,9% 500cc drip novorapid 50 IU 20 TPM, levemir 1x22 iu/sc, ondansetron 3x4 mg/iv, omeprazole 2x40 mg/iv, paracetamol 3x1 gr/iv, ceftriaxone 2x1 gr/iv, metronidazole infus 3x500 mg/iv.

## Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. .	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi dengan kriteria hasil : keluhan pusing menurun, lelah menurun, kadar glukosa dalam darah dalam batas normal	<b>Manajemen hiperglikemia,</b> 1) Monitor kadar glukosa darah. 2) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia seperti poliuri, polifagi, dan polidipsi, kelemahan, sakit kepala, dan lain-lain. 3) Monitor intake dan output cairan. 4) Anjurkan kepatuhan diet DM yang diprogramkan. 5) Ajarkan pengelolaan diabetes seperti penggunaan insulin. 6) Kolaborasi pemberian insulin. Kolaborasi pemberian cairan IV.
2.	Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil : Nafsu makan kembali normal, porsi makan dihabiskan, berat badan meningkat,	<b>Manajemen nutrisi,</b> 1) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 2) Monitor asupan makanan. 3) Monitor berat badan. 4) Lakukan oral hygiene sebelum makan. 5) Anjurkan diet yang diprogramkan.
3.	ntoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Intervensi yang dilakukan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah	<b>Manajemen energi,</b> 1) Kaji dan identifikasi tingkat kekuatan otot pada kaki pasien. 2) Beri penjelasan tentang pentingnya melakukan aktivitas untuk menjaga kadar gula darah dalam keadaan normal.

		intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil : pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri, tidak lagi lemah.	<ol style="list-style-type: none"> <li>3) Anjurkan pasien untuk menggerakkan/mengangkat ekstrimitas bawah sesuai kemampuan.</li> <li>4) Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya.</li> </ol>
4.	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan integritas kulit teratasi dengan kriteria hasil : Luka menunjukkan tanda-tanda sembuh, luka tampak merah, tidak ada nanah.	<p><b>Pencegahan infeksi, :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik.</li> <li>2) Berikan perawatan luka dengan Teknik steril.</li> <li>3) Jelaskan tanda dan gejala infeksi.</li> <li>4) anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.</li> </ol>
5.	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh (proses penyakit).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan citra tubuh teratasi dengan kriteria hasil : klien menjadi percaya diri dan bisa menerima kondisinya.	<p><b>Promosi citra tubuh,</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh karena penyakit.</li> <li>2) Memotivasi klien untuk perlahan menerima keadaannya.</li> <li>3) Diskusikan dengan keluarga untuk selalu memberi motivasi kepada klien.</li> </ol>
6.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan intoleransi aktivitas		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) monitor kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri,</li> <li>2) identifikasi penyebab ketidakmampuan klien dalam melakukan</li> </ol>

			perawatan diri secara mandiri, 3) bantu klien dalam melakukan perawatan diri secara bertahap, edukasi pentingnya perawatan diri pada klien dan keluarga.
--	--	--	---

### Implementasi Keperawatan

Hari/tanggal	No. dx	Jam	Implementasi	Evaluasi
Selasa, 29 April 2024.		08.00	Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/90 MmHg, N : 105 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.	14.00 Data subjektif : klien mengeluh masih pusing dan badan masih terasa lemah. Data objektif : glukosa darah sewaktu 296 mg/dl, TTV : TD : 110/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 99%. Assessment : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3, 4, 6
		08.30	Mengkaji tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil klien mengatakan sejak tadi malam klien sudah BAK sebanyak 3 kali, makan 2 kali yaitu tadi malam dan pagi jam 07.00 serta minum 3 gelas air.	
		09.00	Mengambil darah untuk cek darah lengkap dan mengecek GDS = 296 mg/dl.	
		09.30	Mengganti cairan infus NaCl 0,9%	
		09.45	Menganjurkan diet DM sesuai yang telah diprogramkan.	
		10.00	Menjalani injeksi levemir 10 SC.	
		08.30	Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/90 MmHg, N : 105 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.	

		09.10	Menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering	tersisa masih banyak, BB klien 46kg, TTV : TD : 110/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 99%. Assessment : masalah defisit nutrisi belum teratasi Planing : lanjutkan intervensi nomor 2, 3, 4, 5.
		09.10	Menjelaskan makanan yang harus dihindari oleh klien seperti makanan yang manis manis dan mengonsumsi makanan yang rendah glukosa, juga menganjurkan klien untuk mengonsumsi nasi merah.	
		11.20	Melakukan pengukuran berat badan (46kg)	
		12.00	Melayani makan siang untuk pasien	
		12.30	Melayani klien omeprazole 1 tablet	
		13.00	Membantu pasien kumur menggunakan air hangat	
		08.00	Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/90 MmHg, N : 105 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.	14.00 Data subjektif : klien mengatakan masih tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri terutama untuk BAK/BAB, dan berpindah.
		09.00	Mengkaji dan identifikasi tingkat kekuatan otot pada kaki pasien, dengan hasil menunjukkan bahwa klien mengatakan lemah, pusing.	Data objektif : tampak aktivitasnya masih dibantu oleh keluarganya, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri, TTV : TD : 110/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 99%.
		09.30	Menyampaikan penjelasan tentang tidak mengonsumsi makanan yang banyak mengandung kadar gula tinggi untuk menjaga kadar gula darah dalam keadaan normal.	Assessment : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi
		10.00	Menganjurkan pasien untuk beraktivitas ringan, apabila merasa lelah bisa di istirahatkan.	Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 3, 4
		12.00	Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya, seperti makan, mengganti posisi, merapikan tempat tidur, serta BAB/BAK	

		08.00	Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/90 MmHg, N : 105 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm	14.00 Data subjektif : - Data objektif : tampak luka pada bagian telapak kaki dan pada jari kaki klien, lukanya berwarna kehitaman, tidak berbau, tidak terdapat nyeri, TTV : TD : 110/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 99%. Assessment : masalah gangguan integritas kulit belum teratasi Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3
		08.30	mengkaji tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. Hasil menunjukkan terdapat luka pada bagian telapak kaki dan jari kaki klien, warna luka kehitaman (nekrosis), tidak berbau, tidak terdapat nyeri.	
		09.00	Melakukan perawatan luka : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, dan menggunting jaringan nekrotik	
		08.00	Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/90 MmHg, N : 105 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.	14.00 Data subjektif : klien mengatakan bahwa dirinya akan berusaha menerima keadaan dirinya yang sekarang dan kembali percaya diri dengan kondisinya sekarang lagipula mau bagaimana lagi, sekarang dirinya akan tetap berdoa untuk memperoleh kesembuhan. Data objektif : klien tampak tersenyum ketika berbicara dan keluarganya tampak sangat mendukung dan terus memotivasi klien Assessment : masalah gangguan citra tubuh teratasi Planing : intervensi dihentikan
		09,00	Menemani klien dan memberikan motivasi kepada klien untuk menerima keadaannya dan kembali percaya diri dengan kondisinya saat ini serta menganjurkan keluarga untuk selalu bersama klien dan juga memberikan motivasi kepada klien.	

		08.00	memonitor kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri,	14.00 Data subjektif : klien mengatakan bahwa dirinya merasa lebih nyaman, klien mengatakan badan tidak terasa lengket lagi. Data objektif : klien tampak bersih, kulit kepala tampak bersih, telinga tampak bersih, mulut tidak berbau dan gigi tampak bersih. Assessment : masalah defisit perawatan teratasi Planing : intervensi dilanjutkan dengan monitor kebersihan klien, anjurkan klien melakukan perawatan diri secara mandiri
		09.00	mengidentifikasi penyebab ketidakmampuan klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri,	
		10.00	membantu klien dalam melakukan perawatan diri secara bertahap,	
		11.00	mengedukasi pentingnya perawatan diri pada klien dan keluarga.	
Rabu, 30 April 2024.		07.30	Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/80 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 35,8° C, RR : 18x/mnt, SPO2 : 99%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.	14.00 Data subjektif : klien mengatakan masih merasa pusing Data objektif : glukosa darah puasa klien yaitu 183 mg/dl, TTV : TD : 120/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,7° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%. Assessment : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3, 4, 6
		07.45	Mengkaji tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil klien mengatakan kemarin klien sudah BAK sebanyak 6 kali, makan 1 kali yaitu tadi malam 20.00 WITA serta minum 5 gelas air.	
		09.00	Melakukan cek gula darah puasa pada klien dengan hasil 183 mg/dl	
		11.00	melayani injeksi novarapid 8 iu/sc	
		12.00	melayani diet lunak DM dengan jumlah 340 kkal.	

		07.00	Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/80 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 35,8° C, RR : 18x/mnt, SPO2 : 99%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.	14.00 Data subjektif : klien mengatakan ia lapar karena disuruh puasa untuk operasi hari ini. Data objektif : klien tampak sedikit lemas, berat badan masih sama yaitu 46kg, TTV : TD : 120/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,7° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%. Assessment : masalah defisit nutrisi belum teratasi Planing : lanjutkan intervensi nomor 2, 3, 4, 5.
		11.30	Melayani makan siang untuk pasien	
		12.00	Melayani klien omeprazole 1 tablet	
		07.30	Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/80 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 35,8° C, RR : 18x/mnt, SPO2 : 99%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.	14.00 Data subjektif : klien mengatakan masih tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri, kegiatannya masih harus dibantu oleh keluarga. Data objektif : tampak aktivitasnya masih dibantu oleh keluarganya, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri, TTV : TD : 110/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 99%. Assessment : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 3, 4
		07.45	Mengkaji dan identifikasi tingkat kekuatan otot pada kaki pasien, dengan hasil menunjukkan bahwa klien mengatakan masih lemah	
		07.55	Menganjurkan pasien untuk beraktivitas ringan., apabila terasa Lelah bisa di istirahatkan.	

		07.30	Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/80 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 35,8° C, RR : 18x/mnt, SPO2 : 99%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.	14.00 Data subjektif : - Data objektif : : tampak luka pada bagian telapak kaki dan pada jari kaki klien, lukanya berwarna kehitaman, tidak berbau, tidak terdapat nyeri, TTV : TD : 110/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 99%. Assessment : masalah gangguan integritas kulit belum teratasi Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3
		08,30	mengkaji tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. Hasil menunjukkan terdapat luka pada bagian telapak kaki dan jari kaki klien, warna luka kehitaman (nekrosis), tidak berbau, tidak terdapat nyeri.	
		09.00	Melakukan perawatan luka : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, dan menggunting jaringan nekrotik	
		08.00	memonitor kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri,	14.00 Data subjektif : klien mengatakan bahwa dirinya merasa lebih nyaman, klien mengatakan badan tidak terasa lengket lagi. Data objektif : klien tampak bersih, kulit kepala tampak bersih, telinga tampak bersih, mulut tidak berbau dan gigi tampak bersih. Assessment : masalah defisit perawatan teratasi Planing : intervensi dihentikan
		09.00	mengidentifikasi penyebab ketidakmampuan klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri	
		10.00	membantu klien dalam melakukan perawatan diri secara bertahap,	
		11.00	mengedukasi pentingnya perawatan diri pada klien dan keluarga.	

Catatan perkembangan

Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
(ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d resistensi insulin),	<p>Data subjektif : klien mengatakan masih merasa sedikit pusing</p> <p>Data objektif : GDS 121 mg/dl, TTV : TD : 130/60 MmHg, N : 99 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 97%.</p> <p>Assessment : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian.</p> <p>Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3, 4, 6</p> <p>Implementasi :</p> <p>08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm. 08.15 : Mengkaji tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil klien mengatakan kemarin klien sudah BAK sebanyak 5 kali, makan 2 kali yaitu tadi malam dan tadi pagi, serta minum 6 gelas air.</p> <p>10.00 : Melakukan cek gula darah pada klien dengan hasil GDS 121 mg/dl.</p> <p>Evaluasi : klien mengatakan tidak lagi merasa pusing, GDS 121 mg/dl, TTV : TD : 130/90 MmHg, N : 91 x/mnt, S : 36,0° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 98%, masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi, intervensi dihentikan.</p>	
defisit nutrisi b/d faktor psikologis	<p>Data subjektif : klien mengatakan nafsu makannya sudah sedikit membaik.</p> <p>Data objektif : keadaan umum klien baik, berat badan masih sama yaitu 46 kg, TTV : TD : 130/60 MmHg, N : 99 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 97%.</p> <p>Assessment : masalah defisit nutrisi teratasi sebagian</p> <p>Planing : lanjutkan intervensi nomor 2, 3, 4, 5.</p> <p>Implementasi :</p> <p>08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%. 09.10 :</p>	

	<p>Menjelaskan kembali makanan yang harus dihindari oleh klien seperti makanan yang manis manis dan mengonsumsi makanan yang rendah glukosa, juga menganjurkan klien untuk mengonsumsi nasi merah.</p> <p>11.20 : Melakukan pengukuran berat badan (46kg)</p> <p>12.00 : Membantu pasien kumur menggunakan air hangat 12.10 : Melayani makan siang untuk pasien.</p> <p>Evaluasi : klien mengatakan nafsu makannya sudah membaik, keadaan umum klien baik, berat badan masih sama yaitu 46 kg, TTV : TD : 130/90 MmHg, N : 91 x/mnt, S : 36,0° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 98%, masalah defisit nutrisi teratasi sebagian, lanjutkan intervensi nomor 2, 3, 4, 5.</p>	
Intoleransi aktivitas b/d kelemahan	<p>Data subjektif : klien mengatakan masih tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri, kegiatannya masih harus dibantu oleh keluarga.</p> <p>Data objektif : tampak aktivitasnya masih dibantu oleh keluarganya, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri, TTV : TD : 130/60 MmHg, N : 99 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 97%.</p> <p>Assesment : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 3, 4</p> <p>Implementasi :</p> <p>08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.</p> <p>09.55 : Menganjurkan pasien untuk mencoba menggerakkan ekstremitas bawah, apabila terasa nyeri bisa di istirahatkan, tetapi klien mengatakan berat untuk menggerakkan kakinya.</p> <p>Evaluasi : klien mengatakan masih tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri, kegiatannya masih harus dibantu oleh keluarga, tampak aktivitasnya masih dibantu oleh keluarganya, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri, TTV : TD : 130/90 MmHg, N : 91 x/mnt, S : 36,0° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 :</p>	

	98%, masalah intoleransi aktivitas belum teratasi, lanjutkan intervensi nomor 1, 3, 4.	
Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer	<p>hasil evaluasi sebagai berikut :</p> <p>Data subjektif : -</p> <p>Data objektif : : tampak luka pada bagian telapak kaki dan pada jari kaki klien, lukanya berwarna kehitaman, tidak berbau, tidak terdapat, TTV : TD : 130/60 MmHg, N : 99 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 97%.</p> <p>Assessment : masalah gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p>Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3</p> <p>Implementasi :</p> <p>08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%.</p> <p>08.30 : mengkaji tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. Hasil menunjukkan terdapat luka pada bagian telapak kaki dan jari kaki klien, warna luka kehitaman (nekrosis), tidak berbau, tidak terdapat nyeri.</p> <p>Evaluasi : tampak luka pada bagian telapak kaki dan pada jari kaki klien, lukanya berwarna kehitaman, tidak berbau, tidak terdapat nyeri, TTV : TD : 130/90 MmHg, N : 91 x/mnt, S : 36,0° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 98%, masalah gangguan integritas kulit belum teratasi, lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3.</p>	
defisit perawatan diri berhubungan dengan intoleransi aktivitas	<p>Data subjektif : klien mengatakan bahwa dirinya merasa lebih nyaman, klien mengatakan badan tidak terasa lengket lagi.</p> <p>Data objektif : klien tampak bersih, kulit kepala tampak bersih, telinga tampak bersih, mulut tidak berbau dan gigi tampak bersih.</p> <p>Assessment : masalah defisit perawatan teratasi</p> <p>Planing : intervensi dihentikan</p>	

**SURAT PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Zuhrotul Moa Fira  
NIM : PO. 5303202200510  
Prodi : D-III Keperawatan Ende

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

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ende, 22 Juli 2025

Hormat Saya



**ZUHROTUL MOA FIRA**  
**PO 5303202200510**



**Kementerian Kesehatan**  
Poltekkes Kupang

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

## PERPUSTAKAAN TERPADU

<https://perpus-terpadu.poltekkeskupang.ac.id/> ; e-mail: [perpustakaanterpadu61@gmail.com](mailto:perpustakaanterpadu61@gmail.com)

### SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama : Zuhrotul Moa Fira  
 Nomor Induk Mahasiswa : PO5303202200510  
 Dosen Pembimbing : Irwan Budiana S. Kep. Ns. M. Kep  
 Dosen Penguji : Maria Salestina Sekunda SST., M. Kes, NS  
 Jurusan : Program Studi DIII Keperawatan  
 Judul Karya Ilmiah : **SUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny, A**

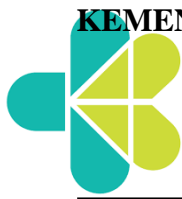
### DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS TIPE II DI RSUD ENDE

**Laporan Tugas Akhir** yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar 23% Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 17 September 2025

Admin Strike Plagiarism

  
  
 Murry Jermias Kale SST  
 NIP. 19850704201012100



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA




POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE






### LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama : Zuhrotul Mo'a Fira  
NIM : PO.5303202200510  
Pembimbing : Irwan Budiana,S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1	24-02-2023	Konsultasi proposal Bab 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konsul judul Proposal</li> <li>2. Cari jurnal 10 tahun terakhir</li> <li>3. Latar Belakang menggunakan</li> <li>4. Komponen masalah dampak Masalah spesifik kolaborasi Dan kesenjangan.</li> <li>5. Rumusan masalah kesimpulan dari latar belakang</li> <li>6. Tujuan Umum dan Tujuan Khusus.</li> <li>7. Menggunakan Times New roman.</li> </ol>	
2			<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Referensinya di lengkapi</li> <li>9. Perbaikisusunan paragraph rata kiri rata kanan.</li> <li>10. Nama Tempat harus menggunakan huruf besar</li> <li>11. Cari data dari kabupaten ende RSUD Ende.</li> <li>12. Masukkan data penelitian elaborasi tentang hipertensi</li> <li>13. Rumusan masalah belum lengkap ringkasan latar belakang yang meliputi komponen masalah, dampak, masalah spesifik, elaborasi dan kesenjangan.</li> </ol>	

3			<p>14. Di Latar belakang definisi diabetes melitus di tambahkan menurut WHO</p> <p>15. Lengkapi data dari DINKES dan RSUD Ende.</p> <p>16. Awal paragraph menggunakan SPOK.</p> <p>17. Rumusan masalah kesimpulan dengan masalah spesifik lalu simpulkan.</p>	
4			<p>18. Semua jurnal di masukan dalam bentuk google drive</p> <p>19. Perbaiki Di bagian latar belakang cara penulisan ke empat dan ketujuh itu awal harus menggunakan huruf capital.</p> <p>20. Perbaiki sumber daftar pustaka harus menggunakan mendeley</p> <p>21. Perbaiki cara pengetikan</p> <p>22. Perbaiki sumber sumber yang sama dan tmbahkan sumber sumber di jurnal</p> <p>23. Di bagian pathway tambahkan nomor 2.1 dan juga tambahkan sumber sumber.</p> <p>24. Perbaiki cara pengetikan di bagian bab 1</p>	
5			<p>25. Perbaiki di bab 1 di bagian Manfaat studi kasus Berdasarkan tujuan di atas di ganti dengan Manfaat proposal karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut.</p> <p>26. Perbaiki di bab 11 bagian pengertian penyakit hipertensi di awal paragraph sumbernya tidak boleh menggunakan kata menurut</p> <p>27. Perbaiki sumber jurnal menurut Risk Factors of</p>	

			<p>hypertension</p> <p>28. Perbaiki di bagian pemeriksaan diagnostik di pemeriksaan EKG awal paragraph tidak boleh menggunakan kata berdasarkan langsung dengan langsung saja dengan kata penyebabnya hipertensi di bedakan menjadi dua.</p> <p>29. Di bagian penatalaksanaan perbaiki sumber jurnal Risk Factors of hypertension (di ganti dengan jurnal lain).</p> <p>30. Buka akses link jurnal di drive</p> <p>31. Tambahkan jurnal jurnal !0 tahun terkahir</p> <p>32. Di bagian intervensi itu menggunakan table terbuka</p> <p>33. Perbaiki di bagian pathway</p>	
6			<p>34. Di bagian intervensi tambahkan tabel terbuka</p> <p>35. Tambahkan jurnal daftar pustaka 10 tahun terakhir</p> <p>36. Perbaiki di bagian daftar harus ada tanggal akses</p> <p>37. Perbaiki data dari rumah sakit tidak boleh di tulis kata profil RSUD Ende tapi di tulis langsung RSUD Ende</p> <p>38. Tambahkan jurnal</p> <p>39. Tambahkan di bagian intervensi di setiap diagnosa harus ada luaran</p>	
7			<p>40. Tambahkan di bagian intervensi di diagnosa Hipervolemia</p> <p>41.</p> <p>42.</p>	

			berhubungan dengan kelebihan asupan cairan di bagian Tujuan kriteria hasil itu misalnya asupan cairan meningkat itu harus di kasih (5).	
8			<ul style="list-style-type: none"> <li>41. Perbaiki di bagian Daftar pustaka jurnal dari Ainur Rahnati dan maring purnawan</li> <li>42. Tambahkan Klasifikasi hipertensi</li> <li>43. Tambahkan jurnal daftar pustaka</li> <li>44. lanjut buat ppt untuk ujian.</li> </ul>	

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



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



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



LEMBAR KONSULTASI REVISI KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Zuhrotul Moa Fira  
NIM : PO.5303202200510  
PENGUJI : Maria Salestina Sekunda. SST., M. Kes,Ns.

No	Tanggal	Materi	Hasil Konsultasi	Paraf Penguji
1	Kamis 14 Desember 2023	<b>PROPOSAL</b> Refisi proposal	1. Perbaiki Latar Belakang di Peran perawat, 2. wawancara dengan perawat di RSUD Ende, 3. Perbaiki di rumusan masalah	
2	Selasa 23 Januari 2024	Refisis proposal	1. ACC 2. Lanjutkan penelitian kasus	
3	9 Juli 2025	<b>Konsultasi KTI</b> Refisi studi kasus	1. Lengkapi data pengkajian 2. Lengkapi pembahasan 3. Lengkapi penutup	
4	10 Juli 2025	Refisi studi kasus	1. Lengkapi pembahasan	
	10 Juli 2025	Refisi studi kasus	ACC	

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

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

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. DATA DIRI

Nama : Zuhrotul Moa Fira  
Tempat/Tanggal lahir : Ende, 25 April 2002  
Alamat : Jl. Basuki Rahmat, RT/RW 003/001, Kel/Desa  
Paupire, Kecamatan Ende Tengah  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam

### B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SDK Paupire Ende 2008 -2013
2. SMPK Yos Soedarso Ende 2014 – 2016
3. SMAN 1 ende 2017 -2019

### MOTTO

***SETIAP PROSES MEMBUTUHKAN  
KESABARAN, SETIAP SABAR  
MELAHIRKAN KEKUATAN***