

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. HASIL STUDI KASUS

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus Studi kasus yang dilaksanakan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende, Rumah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende merupakan RS tipe C milik pemerintah kabupaten Ende. Ruangan RPD III merupakan salah satu ruangan rawat inap yang terdiri dari satu ruangan perawat, tiga ruangan perawatan dalam Sembilan belas bed, satu ruang farmasi, satu ruang pantry, satu ruang gudang, memiliki enam belas orang perawat, perawat berpendidikan S1 berjumlah enam orang, perawat berpendidikan D3 berjumlah sepuluh orang, satu orang administrasi dan dua orang cleaning service. Penyakit terbanyak selama satu tahun ini DM sebanyak lima kasus, CKD sebanyak tiga kasus, Pneumonia Sembilan kasus, Hipertensi delapan kasus, TBC Sembilan kasus, General wiken sepuluh kasus, Anemia lima kasus, Asma lima kasus, CHF lima kasus.

Sebagai salah satu pelayanan kesehatan, RSUD Ende telah melengkapi diri dengan berbagai fasilitas pelayanan seperti : Instalasi rawat jalan, Instalasi rawat inap, Instalasi rawat darurat, Unit penunjang medis dan Unit penunjang non medis. Instalasi rawat jalan terdiri dari Poli penyakit dalam, Poli bedah, Poli kandungan, Poli anak, Poli gigi, dan Poli fisio terapi. Instalasi rawat inap terdiri dari Ruang penyakit dalam, Ruang rawat penyakit bedah, Ruang rawat penyakit kandungan, dan Kebidanan,

Ruang rawat penyakit anak, Ruang rawat perinatal, Ruang Rawat Intensif (ICU), Ruang rawat paviliun, Ruang perawatan khusus. Unit penunjang medis terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, kamar bedah, kamar bersalin, elektro medis dan fisioterapi. Sedangkan unit penunjang non medis terdiri dari bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian keperawatan, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS) unit kamar jenazah, dapur, bilik basuh, sentral oxygen, dan system informasi manajemen rumah sakit.

1. Pengumpulan data

1. Identitas pasien

Pasien berinsial Tn. A.P.R. berumur 68 tahun, jenis kelamin laki-laki, pekerjaan sebagai petani, pendidikan terakhir SMA, beralamatkan Desa Welamosa dan beragama khatolik dengan Diagnosa Medis DM Tipe 2

2. Biodata Penanggung Jawab

Klien berinsial Ny. A.berumur 64 tahun dan pendidikan terakhir SMA dan bekerja sebagai IRT hubungan dengan pasien istri klien.

3. Riwayat Kesehatan

a) Status kesehatan saat ini

1) Keluhan utama

Pasien mengatakan badan dan kedua kakinya sangat lemah disertai pusing, pandangan kabur, sering BAK pada malam hari, kesemutan, dan mual muntah.

2) Riwayat Kesehatan sekarang

Pasien mengatakan sangat lemah, pusing, pandangan kabur, mual, nyeri perut sejak tanggal 17 september, sering BAK pada malam hari, dan nafsu makan berkurang. Pada tanggal 18 September 2024, pukul 16.00 klien masuk RS dengan keluhan, mual, muntah, lemah, pusing sejak dua hari yang lalu.

b) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit DM sudah 4 tahun yang lalu dan selalu mendapat obat metformin rutin tiap bulan dari Puskesmas.

2) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita Diabetes Melitus.

3) Pengkajian Perpol

a) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Kebiasaan sehari-hari pasien mengatakan kesehatan merupakan hal yang sangat penting dan paling utama, jika ada keluarga yang sakit langsung dibawa ke rumah sakit atau pusat pelayanan kesehatan terdekat.

Keadaan saat ini pasien mengatakan merasa terganggu dengan sakit yang dialami dan ingin cepat-cepat sembuh agar bisa beraktifitas lagi.

b) Pola Nutrisi Metabolik

Sebelum sakit pasien mengatakan kebiasaan makan 3 kali sehari, porsi banyak 1 piring dengan menu nasi, ikan, telur, tempe, tahu, sayur-sayuran, pasien tidak mempunyai alergi terhadap makanan, pasien juga kadang memakan makanan tambahan seperti kue biscuit roma kelapa, biskuit gabin pasien minum air putih sekitar 10-13 gelas sedang (± 2.500 cc) per hari Saat sakit pasien mengatakan hanya mengonsumsi bubur, sayur dan telur porsi yang dihabiskan sedikit sekitar $\frac{1}{4}$ porsi makan karena tidak ada nafsu makan. Minum air putih sekitar 5-7 gelas sedang (± 1100 cc).

c) Pola Eliminasi

Sebelum sakit pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1-2 kali sehari, konsistensi padat, warna kuning, bau khas feses. BAK lancar 5-6 kali sehari, warna kuning jernih, bau pesing, memiliki kebiasaan BAK di malam hari biasanya 2-3 kali.

Saat sakit Pasien mengatakan BAB 1 kali, konsistensi padat, warna kuning, bau khas feses. BAK lancar 2-3

kalli, warna kuning, bau pesing, BAK 1-2 kali dimalam hari.

d) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan bekerja sebagai petani. Semua aktivitas dilakukan secara mandiri.

Setelah masuk rumah sakit pasien harus tirah baring (bedrest) belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri karena merasa sangat lemah sehingga pasien merupakan partial care.

e) Pola istirahat dan Tidur

Sebelum sakit pasien mengatakan biasanya tidur 6-8 jam per hari, klien tidur jam 22.00 dan bangun pagi jam 05.00 atau jam 06.00, kebiasaan klien sebelum tidur nonton TV, sering bangun ditengah malam untuk BAK, tidur siang kurang lebih 2-3 jam.

Saat sakit pasien mengatakan tidak dapat tidur dengan nyenyak karena sering BAK, klien tidur dari jam 23.00 atau 24.00 dan terbangun sesekali karena pengen BAK. Klien bisa tidur siang kurang lebih 30-60 menit. Tidur terlentang menggunakan 1 bantal.

f) Pola Kognitif dan Persepsi

Pasien mengatakan kebiasaan sehari-hari klien dapat melihat dengan jelas dan mencium bau-bauan, mendengar dengan baik, dan indra perabanya berfungsi dengan baik.

Saat ini klien mengatakan tidak ada masalah pada indra penglihatan, perabaan, penciuman, dan pendengaran.

g) Pola Persepsi dan Konsep Diri

(1) Gambaran diri : Pasien mengatakan ia menerima kondisinya saat ini

(2) Harga diri : Pasien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun orang sekitar.

(3) Ideal diri : Pasien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama anak dan istrinya serta dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari.

(4) Peran diri : Pasien mengatakan ia berperan sebagai suami berumur 68 tahun.

(5) Identitas diri : Pasien mengatakan ia adalah seorang suami dan ayah dari 4 orang anak.

h) Pola Peran Hubungan dengan Sesama

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan relasi pasien dengan keluarga, tetangga, dan orang lain baik-baik saja.

Setelah masuk rumah sakit relasi dengan petugas rumah sakit, keluarga dan pengunjung baik dibuktikan dengan pasien bersikap ramah dengan dokter dan perawat.

i) Pola Seksual Reproduksi

Pasien mengatakan sudah berkeluarga dan sudah mempunyai 4 orang anak

j) Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stres

Pasien mengatakan bila ada masalah dengan keluarga klien selalu mencari jalan keluar bersama untuk menyelesaikan masalah.

Pasien juga mengatakan selama sakit klien merasa stres, Pasien hanya bisa berdoa agar tetap kuat menjalani masa penyembuhan.

k) Pola Nilai Kepercayaan

Pasien mengatakan ia menganut agama khatolik dan rajin beribadah setiap minggu dan hari-hari perayaan pasien memiliki kebiasaan bangun pagi untuk berdoa. Saat sakit pasien mengatakan bahwa ia jarang ke Gereja tetapi ia tetap berdoa untuk kesembuhannya.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum : Pasien sadar penuh

Tingkat kesadaran: composmentis

GCS: 15 dengan respon eye 4 (membuka spontan),
respon verbal 5 (Spontan bicara) dan respon motorik 6
(mengikuti perintah).

b) Tanda-tanda vital

TD : 160/122 mmHg

N : 75x/m

S : 36,7 °C

SPO₂ : 96%

RR : 24 x/m

CRT : < 3 detik

BB : 70 Kg

TB : 157 Cm

$$1. \text{IMT} = \frac{\text{BB (kg)}}{\text{TB (m}^2\text{)}}$$

$$= \frac{70 \text{ (kg)}}{1,57^2}$$

$$= \frac{70 \text{ Kg}}{2,4649}$$

$$= 28,39 \text{ (BB Lebih)}$$

2. BB Ideal

$$= (\text{TB}-100) - (\text{TB}-100) \times 10\%$$

$$= (157-100) - (157-100) \times 10\%$$

$$= 57 - 5,7$$

$$= 51,3 \text{ Kg}$$

c) Head To Toe

(1) Kepala

Inspeksi: Kulit kepala bersih, terdapat rambut uban, Palpasi: Tidak ada nyeri tekan.

(2) Leher

Inspeksi: Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe,

Palpasi: Tidak ada nyeri tekan.

(3) Mata

Inspeksi: Bentuk mata simetris, ada kantung mata, konjungtiva merah muda, sclera tidak ikterik.

(4) Telinga

Inspeksi: tampak bersih, tidak terdapat cairan yang keluar.

(5) Hidung

Inspeksi: simetris, tidak terdapat pernapasan cuping hidung

(6) Mukosa bibir

Inspeksi: tampak lembab, pasien berbicara jelas.

(7) Dada

Inspeksi: Bentuk dada simetris

Palpasi: Tidak ada pembengkakan

RR : 24x/m, menggunakan O² nasal kanul 2 lpm,

palpasi : tidak terdapat nyeri tekan

Auskultasi: tidak ada bunyi napas tambahan

(8) Jantung

Inspeksi: normal, murmur dan Gallop tidak ada.
pemeriksaan

(9) Abdomen

Inspeksi Bentuk simetris, bersih

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

Auskultasi: Peristaltikus 15x/m

(10) Genitalia tidak dilakukan.

(11) Ekstremitas atas: tidak ada edema, kulit tampak

bersih jari tangan lengkap CRT <3 detik, akral dingin. Terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm pada tangan kanan.

(12) Ekstremitas bawah : tidak terdapat oedema, jari kaki

lengkap simetris kekuatan otot baik.

5) Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan darah

Tabel 4.1 Pemeriksaan hasil LAB (tanggal, 15-08-2024)

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
WBC	10.56	[10 ³)/uL]	(3.80-10.60)
LYMPH#	1.55	[10 ³ /uL]	(1.00-3.70)
MONO#	0.55	[10 ³ /uL]	(0.00 – 0.70)
EO#	0.03	[10 ³ /uL]	(0.00 - 0.40)
BASO#	0.03	[10 ³ /uL]	(0.00 – 0.10)
NEUT#	8.40 +	[10 ³ /uL]	(1.50 – 7.00)
LYMPH%	14.7 –	[%]	(25.00 -40.00)
MONO%	5.2	[%]	(2.0 -8.0)
EO%	0.3 –	[%]	(2.0 - 8.0)
BASO%	0.3	[%]	(2.0 – 4.0)
NEUT%	79.5 +	[%]	(0.0 -1,0)
IG#	0.02	[10 ³ /uL]	(50.0 -70.0)
IG%	0.2	[%]	(0.0 – 72.0)
RCB	5.60	[10 ³ /uL]	(4.40 -5.90)
HGB	15.8	[g/dL]	(13.2 – 17.3)
HCT	44.8	[%]	(40.0 – 52.0)
MCV	80.0	[fL]	(80.0 – 100.0)
MCH	28.2	[pg]	(26.0 – 34.0)
MCHC	35.3	[g/dL]	(32.0 – 36.0)
Rdw-sd	33.6 –	[fL]	(37.0 – 54.0)
RDW-CV	11.6	[%]	(11.5 – 14.5)

PLT	205	[10 ³ /uL]	(150 – 450)
MPV	9.4	[fL]	(9.0 – 13.0)
PCT	0.19	[%]	(0.17 – 0.35)
PDW	10.0	[fL]	(9.0 – 17.0)
P-LCR	20.4	[%]	(13.0 – 43.0)

2. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 4.2 Pemeriksaan hasil LAB (tanggal,19-9-2024)

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
FAAL GINJAL		
• UREUM	42. 4	10 – 50 mg/dL
• CREATININ	1. 07	0.6 – 1.2mg/dL
• NATRIUM	138	135-145mmol/L
• GDS	505	90-130
• KALIUM	4.2	3.5 – 5.1mmol/L
• CHLORIDA	92	98 – 106ol/L
IMUNO – SEROLOGI		
• HbsAg	Negatif	Negatif

3. Penatalaksanaan/pengobatan

Tabel 4.3 Penatalaksanaan Pengobatan

No	Nama obat	Dosis	Jam	Indikasi
	Omeprazole	2 x 40 mg/IV	08.00 22-00	Untuk mengatasi gejala asam lambung dan mag.
	Ceftriaxone	2 x 1g/IV	08.00 22.00 08.00 17.00	Untuk mengatasi infeksi bakteri.
	Paracetamol	3 x 1g/IV	22.00 06.00 12.00	Untuk Meredakan Nyeri dan Menurunkan demam.

Nevorapid	3 x 10	06.45	Untuk menurunkan gula darah 10-20 menit
		14.00	Setelah disuntikan kedalam tubuh
Ezelin	1x10 iv unit	06.00	Untuk menurunkan kadar gula darah
		12.00	
		19.00	
		12.00	.
		19.00	

6) Tabulasi Data

Pasien mengatakan sangat lemah, pusing, kesemutan pada kaki, mual, cepat lelah, sering BAK, nafsu makan berkurang, pasien mengatakan memilikiri wayat DM, GDS :505 mg/dllpm, pasien tampak lemah, akral dingin, tampak menguap, ada kantung mata, makan sedikit kurang lebih ¼ porsi, minum air putih 5-6 gelas sedang ($\pm$ 1100 cc), Sering Bak pada malam hari. Glukosa dalam darah tinggi dengan hasil gds: 505 mg/dl, terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tpm, dengan hasil TTV TD : 160/122 mmHg, N : 99x/m, S : 36,7°C, SPO₂ : 96%, RR : 24x/m, CRT : < 3 Detik, BB: 70kg, BBI :51,3 kg

7) Klasifikasi Data

DS : Pasien mengatakan pusing, tidak puas tidur, lemah, mual, cepat lelah, kesemutan pada kaki, nyeri perut, sering BAK pada malam hari, nafsu makan berkurang, pasien mengatakan memiliki riwayat DM 4 tahun yang lalu

DO : Pasien tampak lemah, pucat, akral dingin, tampak menguap, ada kantung mata, makan sedikit kurang lebih $\frac{1}{4}$ porsi, minum air putih 5-6 gelas sedang ($\pm$ 1100 cc) kadar glukosa dalam darah tinggi dengan hasil, GDS : 505 mg/dl, sering BAK pada malam hari tpm, dengan hasil TTV TD : 160/122 mmhg, N : 99x/m, S : 36,7°C, SPO₂ : 96%, RR : 24x/m, CRT : < 3 Detik, BB : 70 Kg, BBI : 51,3

8) Analisa Data

Tabel : 4.4 Analisa Data

Sign & simtom	Etiologi	Masalah
DS : Pasien mengatakan pusing, lemah, cepat lelah, pandangan kabur, dan kesemutan pada kaki. DO : Pasien tampak lemah, akral dingin, kadar glukosa dalam darah tinggi, Gds : 505mg/dL, dengan hasil TTV TD : 160/122mmhg N : 99x/m S : 36,7°C SPO : 96%	Resistensi insulin	Ketidakstabilan kadar glukosa darah

RR : 24x/m
CRT < 3 detik.

DS : Pasien mengatakan tidak puas tidur karena sering BAK pada malam hari	Hambatan lingkungan	Gangguan pola tidur
DO : Pasien tampak menguap, pucat, ada kantung mata dengan hasil hasil TTV		
TD : 160/122 mmhg		
N : 99x/m		
S : 36,7°C		
SPO ² : 96%		
RR : 24x/m		

DS : Pasien mengatakan nafsu makan berkurang	Ketidakmampuan mencerna makanan	Resiko defisit nutrisi
DO : klien tampak makan sedikit, kurang lebih ¼ porsi, minum air putih 5-6 gelas sedang (± 1100 cc), terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tpm, dengan hasil TTV		
TD : 160/122 mmgHg		
N : 99x/m		
S : 36,3°C		
SPO ² : 96%		
RR : 24x/m		
BB : 70kg		

BBI:51,3 kg

2. Diagnosa Keperawatan (SDKI)

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

DS : Pasien mengatakan sangat pusing dan cepat lelah, pandangankabur dan kesemutan pada kaki.

DO: Pasien tampak lemah, akral dingin, kadar glukosa dalam darah tinggi, Gds : 505mg/dL, dengan hasil TTV TD : 160/122 mmhg, N : 99x/m, S : 36,7°C, SPO₂ : 96%, RR : 24x/m, CRT : < 3 detik

- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan :

DS : Pasien mengatakan tidak puas tidur karna sering BAK pada malam hari

DO : Pasien tampak menguap, ada kantung mata, dengan hasil TTV TD : 160/122 mmHg, N : 99x/m, S : 36,7°C, SPO₂ : 96%, RR : 24x/m.

- c. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan ditandai dengan :

DS : Pasien mengatakan nafsu makan berkurang

DO : Pasien tampak makan sedikit, kurang lebih ¼ porsi, minum air putih 5-6 gelas sedang ($\pm$ 1100 cc), terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tpm, dengan hasil TTV TD : 160/122 mmHg, N : 99x/m, S : 36,7°C, SPO₂ : 96%, RR : 24x/m, BB: 70kg, BBI :

3. Intervensi Keperawatan (SLKI DAN SIKI)

- a) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin yaitu :

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah Ketidakstabilan glukosa darah teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Pusing menurun
- 2) Lelah menurun
- 3) Kadar glukosa dalam darah membaik.

Intervensi Keperawatan untuk Diagnosa Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin yaitu :

Manajemen hiperglikemia

Observasi

1. Monitor tanda-tanda vital
2. Monitor kadar gula darah
3. Monitor tanda dan gejala Hiperglikemia

Edukasi

4. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga

Kolaborasi

5. Kolaborasi pemberian Insulin

- b) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan yaitu:

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan pola tidur teratasi dengan

kriteria hasil :

1. Keluhan sulit tidur menurun

Intervensi keperawatan Diagnosa Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan yaitu :

Dukungan Tidur

Observasi

1. Identifikasi faktor pengganggu tidur

Terapeutik

2. Modifikasi lingkungan

Edukasi

3. Jelaskan pentingnya tidur

- c) Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan yaitu :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil

1. Nafsu makan membaik
3. Mual dan muntah membaik.

Intervensi keperawatan Diagnosa Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan yaitu :

Manajemen Nutrisi

Obsevasi

1. Identifikasi status nutrisi
2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
3. Identifikasi makan yang disukai

Terapeutik

5. Lakukan oral hygiene sebelum makan
6. Berikan makanan rendah kalori

7. Anjurkan posisi duduk

Kolaborasi

8. Kolaborasi dengan ahli gizi

4. Implementasi

Tindakan Keperawatan dilakukan pada hari Kamis, 19 Desember 2024

Diagnosa Keperawatan I

Jam 07:30 Memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD :160/122 mmHg,

S: 37,2°C, N: 99x/m, RR : 24x/m, SPO₂: 97%. Jam 08:00

Memonitor kadar gula darah dengan hasil :GDS :505 mg/dl. Jam 08:25

Memonitor tanda dan gejala hipergli kemia dengan hasil : pasien

mengatakan pusing dan lelah, pasien tampak lemah, tampak menguap, ada

kantung mata dan pandangan kabur. Jam 09:00 Menganjurkan Pasien agar

tetap menjaga pola makan dan imbangi dengan olahraga Hasil : pasien

mengerti dengan apa yang dijelaskan dan pasien mendapat makanan yang

diberikan dari rumah sakit. Jam 08:10 Penatalaksanaan memonitor GDS

dengan hasil 505 mg/dldan melayani nofo rapid 10 unit 15 menit sebelum

makan

Diagnosa Keperawatan II

Jam 07:30 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD :160/122 mmHg,

S: 36,7°C, N: 99x/m, RR: 24x/m, SPO₂: 97%. Jam 07:40

Mengidentifikasi factor pengganggu tidur, hasil : pasien mengatakan sulit

tidur dikarenakan sering BAK dimalam hari.Jam 08.30 Memodifikasi

lingkungan dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar pasien dapat beristirahat

Diagnosa Keperawatan III

Jam 07:00 Mengidentifikasi status nutrisi dengan Hasil : sebelum sakit pasien nafsu makan pasien baik. Saat sakit nafsu makan pasien menurun, makan sedikit ¼ porsi, minum air sekitar 5-6 gelas sedang ($\pm$ 1100 cc). Jam 07:15 mengidentifikasi alergi pada obat dan makan dengan Hasil: pasien tidak ada alergi obat dan tidak ada alergi pada makanan. Jam 07:18 mengidentifikasi makan yang disukai dengan Hasil : pasien tidak pilih- pilih makan. Jam 08:10 monitor berat Badan dengan Hasil : berat badan pasien 70 kg. Jam 08:30 memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein dengan hasil : keluarga pasien memberikan pasien bubur dari beras merah dan telur ayam kampung. Jam 09:30 mengkolaborasi dengan ahli gizi Hasil : pasien mendapatkan diet bubur dari Ahli gizi rumah sakit.

Tindakan Keperawatan dilakukan pada hari Jumat, 20 Desember 2024

Diagnosa Keperawatan I

Jam 07:30 Memonitor tanda-tanda vital dengan Hasil : TD : 151/108 mmHg, S:36,7°C, N: 91x/m, RR: 20x/m, SPO₂: 97%. Jam 08.00 Memonitor kadar gula darah dengan Hasil : GDS :371 mg/dl dan melayani nefo rapid 6 unit 15 menit sebelum makan. Jam 08.15 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan Hasil : pasien mengatakan lelah, pusing, kesemutan pada kaki, dan pasien tampak lemah, dan pandangan kabur. Jam

08.17 Menganjurkan pasien agar tetap menjaga pola makan dan imbangi dengan olahraga dengan Hasil : pasien mengerti dengan apa yang dijelaskan dan pasien mendapat makanan yg diberikan dari rumah sakit.

Diagnosa Keperawatan II

Jam 07:30 Memonitor tanda-tanda vital dengan Hasil : TD : 151/108 mmHg, S:36,2°C, N: 91x/m, RR: 20x/m, SPO₂: 97%. Jam 07:40

Memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi pengunjung agar pasien dapat beristirahat. Jam 08:40 Memberitahu pada pasien dan keluarga tentang pentingnya tidur yang cukup untuk kesehatannya, hasil : pasien dan keluarga mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat tentang pentingnya tidur dan pasien sudah mulai tidur cukup lama.

Diagnosa Keperawatan III

Jam 07.00 mengidentifikasi status nutrisi dengan hasil : sebelum sakit pasien nafsu makan klien baik. Saat sakit nafsu makan klien menurun, makan sedikit sekitar 10 sendok makan, minum air sekitar 5-6 gelas sedang ($\pm$ 1100 cc). Jam 07.15 mengidentifikasi makan yang disukai dengan Hasil: pasien tidak pilih-pilih makan. Jam 07.18 melakukan oral hygiene sebelum makan dengan Hasil : Membantu pasien sikat gigi sebelum makan. Jam 08.10 memberikan makanan rendah kalori dan seperti beras merah, kentang, ubi, singkong. dengan Hasil : keluarga pasien memberikan pasien bubur dari beras merah dan telur ayam kampung. Jam 09:20 Kolaborasi dengan ahli gizi dengan hasil : pasien mendapatkan diet bubur dari Ahli gizi rumah sakit.

5. Evaluasi

- a. Hari Jumad Pada tanggal 20 November 2024 dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan I

Jam : 13.30

S : Pasien mengatakan masih pusing, lelah, dan pandangan kabur.

O : Pasien masih tampak lemah, pucat, akral dingin, gula darah masih tinggi, GDS :270, TD :115/80 mmHg, S:36°C, N:88x/m, RR: 22x/m, SPO2: 99%

A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi

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

Diagnosa Keperawatan II

Jam : 13.40

S: Pasien mengatakan masih sulit untuk tidur nyenyak karena terus menerus batuk dan BAK malam hari.

O: Keadaan umum lemah, pasien masih sering menguap, ada kantung mata. TTV: TD: 151/108 mmHg, S: 36,2°C, N: 85x/mnt, RR: 22x/mnt, SpO2: 99%.

A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi.

P : lanjutkan intervensi nomor 1,2,3

Diagnosa Keperawatan III

Jam :13.45

S : Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan

O : Pasien tampak makan sedikit, kurang lebih 10 sendok, minum air terbatas, terpasang infus NaCl 0,9% 20 Tpm, TD :115/80 mmHg, S:36°C, N:88x/m, RR: 22x/m, SPO2: 99%

A : Masalah resiko defisit nutrisi belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi nomor 1,2,3,4,5,6,7

- b. Pada hari Sabtu tanggal 17 Agustus 2024 dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil dengan :

DiagnosaKeperawatan I

Jam : 13.25

S : Pasien mengatakan masih pusing, lelah, dan pandangan kabur.

O : Pasien masih tampak lemah, gula darah masih tinggi, GDS : 200 mg/dl TD :151/108 mmHg, S: 36°C, N:98x/m, RR:22x/m, SPO₂:98%

A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi

P : Lanjutkan intervensi nomor1,2,4,5

DiagnosaKeperawatan II

Jam : 13.35

S: Pasien mengatakan ia tidak bias tidur karena batuk dan sering BAK pada malam hari.

O: Keadaan umum lemah, kesadaran composmetis, TD: 151/108 mmHg, S: 36°C, N : 88x/mnt, SPO₂: 97%, RR: 20x/mnt.

A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi

P: Lanjutkan Intervensi nomor 1,2,3

Diagnosa Keperawatan III

Jam :13.40

S : Pasien mengatakan nafsu makan berkurang

O : Pasien tampak makan sedikit, kurang lebih $\frac{1}{4}$ porsi, minum air terbatas, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, TD :151/108 mmHg, S: 36°C, N:98x/m, RR:22x/m, SPO₂:98%

A : Masalah resiko defisit nutrisi sebagian teratasi

P : Lanjutkan intervensi nomor 1,5,6,7,8

7. Catatan Perkembangan

Sabtu 20 September 2024 dilakukan catatan perkembangan

1. Diagnosa Ketidakstabilan kadar glukosa darah

Hari tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan
Sabtu 20 september 2024	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	S : Klien mengatakan pusing berkurang dan lelah berkurang, kesemutan pada kaki berkurang O: Klien tampak lemah berkurang, gula darah masih tinggi, GDS : 261 mg/dl, TD :130/80mmHg,

		S: 36°C, N: 80x/m, RR: 22x/m, SPO₂:99% A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4 I : 07.00 Memonitor tanda- tanda vital Hasil : TD :130/80 mmHg S: 36,7°C N: 91x/m RR: 22x/m SPO₂:93%. 08.00 Memonitor kadar gula darah Hasil : GDS :261 mg/dl 08.25 Menganjurkan klien agar tetap
--	--	--

		menjaga pola makan dan imbangi dengan olahraga Hasil : klien mengerti dengan apa yangdijelaskan dan klien mendapat makanan yg diberikan dari rumah sakit 09.00 4. Penatalaksanaan pemberian insulin Hasil : melayani Novorapid 5 unit/sl. E : Jam : 13.45 pasien tampak lemah berkurang, gula darahmasih tinggi,GDS
--	--	---

		262mg/dl, TD :120/80 mmHg, S: 36°C N: 80x/m RR: 22x/m SPO₂:99%. Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi. Intervensi dilanjutkan perawat
Sabtu 20 September 2024	Gangguan pola tidur	S: Klien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak, batuk berkurang dan BAK pada malam hari dapat dikontrol. O: Keadaan umum lemah, pasien tidak menguap lagi. TD: 130/70mmHg, S:36,4°C, N: 86x/mnt, RR:

		20x/mnt, SPO₂: 99%. A: Masalah gangguan pola sebagian teratasi. P: Lanjutkan intervensi nomor 1,2,3 I: Jam 11.00 Membatasi pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar klien dapat beristirahat. Jam 11.10 Memberitahu ke pada klien tentang pentingnya tidur. Jam 11.20 Menyampaikan
--	--	--

		kepada keluarga tidak bicara dengan kliens aat tidur. E:14.00 Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, klien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak. Masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi. Intervensi dilanjutkan
Saptu 20 september 2024	Resiko defisit nutrisi	S : Pasien Mengatakan sudah ada nafsu makan O : Pasien tampak

		Nafsu makan membaik kurang lebih ½ porsi, minum air 5-6 gelas dengan ukuran ± 200 cc TD :120/80mmHg, S: 36°c N: 80x/m RR: 22x/m SPO₂:99% terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm. A : Masalah resiko defisit nutrisi belum teratasi I: 07.00 Mengidentifikasi status nutrisi Hasil : nafsu makan klien menurun, makan sedikit sekitar 15 sendok makan,
--	--	---

		minim air sekitar 5-6 gelas sedang ($\pm$ 1100 cc). 07.15 melakukan oral hygiene sebelum makan Hasil : membantu pasien sikat gigi sebelum makan 07.18 Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil : keluarga pasien memberikan pasien bubur dari beras merah dan telur ayam kampung 08.10 Menganjurkan posisi semi fowler atau fowler Hasil : posisi pasien semi
--	--	--

		fowler 08.30 Pentalaksanaan dengan ahli gizi Hasil : pasien mendapatkan
--	--	--

B. Pembahasan

Asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat ada tidaknya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Tn A.P.R di Ruang Penyakit Dalam III.

1. Pengkajian

Pengkajian pada studi kasus Tn.A.P.R ditemukan pasien merasa sangat lemah, pusing, mual, cepat lelah, nafsu makan berkurang, kesemutan pada kaki, penglihatan kabur, sering BAK pada malam hari GDS : 505mg/dl. Sedangkan PERKENI, (2020) menyatakan bahwa penyakit diabetes mellitus menunjukkan gejala seperti : banyak makan, banyak minum, banyak kencing, penurunan berat badan dan rasa lemah, kelelahan, pusing, kelemahan, pandangan kabur.

Hasil data pengkajian pada Tn. A.P.R penulis menemukan yaitu pasien mengeluh mual, Lemah, Cepat Lelah, dan Pusing. Gejala ini disebabkan oleh hipergli kemiakronis yang menyebabkan sel tubuh kekurangan energy karena resistensi insulin atau defisiensi insulin. Glukosa, sebagai sumber energi utama, tidak dapat masuk ke dalam sel, sehingga tubuh beralih ke metabolisme lemak dan protein yang kurang efisien. Ketidakseimbangan ini juga menyebabkan penumpukan produk metabolik, seperti keton, yang dapat memperburuk kelemahan dan pusing.

Mual dapat terjadi akibat gastroparesis diabetic yaitu kelainan motilitas lambung akibat neuropati otonomik. Hiperglikemia kronis dapat merusak saraf vagus, sehingga pengosongan lambung menjadi lambat, yang memicu rasa mual. Nafsu Makan Berkurang, Nafsu makan berkurang berhubungan dengan gangguan hormonal akibat hiperglikemia. Selain itu, pada pasien dengan ketoasidosis diabetik (DKA), akumulasi keton dapat menyebabkan rasa mual dan anoreksia. Kesemutan pada Kaki (Neuropati Perifer) pada DM disebabkan oleh kerusakan saraf akibat hiperglikemia kronis. Hiperglikemia meningkatkan pembentukan produk akhir glikasi (*advanced glycation end products/AGEs*) dan stres oksidatif, yang merusak saraf perifer. Kesemutan dan mati rasa lebih sering terjadi di ekstremitas bawah karena distribusi saraf panjang lebih rentan kesemutan pada kaki, pandangan kabur, sering BAK pada malam hari, nafsu makan menurun, makan hanya ¼ porsi, IMT : 26. Sedangkan menurut Fatimah (2015) menyatakan bahwa penderita DM akan

membutuhkan energy lebih banyak sehingga mendorong input tambahan energy lewat banyak makan (polifagia). Oleh karena itu dianjurkan kepada pasien untuk menjaga pola makan dan olahraga serta mengikuti anjuran dari petugas kesehatan, dan pada kasus pasien Tn.A. P.R ditemukan kurang nafsu makan Menurut dr. Alvin Nursalim, Sp. PD, nafsu makan menurun pada penderita diabetes umumnya terjadi akibat gangguan lambung. Kondisi ini disebut medigastropati diabetic atau gastroparesis, yaitu merupakan kondisi ketika lambung bergerak menjadi lebih lambat.

Pakar diet di Divisi Endokrinologi Anak di Cohen Children's Medical Center New York, Audrey Koltun, RDN, CDCES menjelaskan bahwa gastropati dia betik terjadi akibat rusaknya saraf yang membantu otot menggerakkan makanan kesaluran pencernaan.

Proses pencernaan yang melambat tidak hanya mengakibatkan kadar gula darah semakin sulit dikontrol, tetapi juga menyebabkan nafsu makan hilang dan berat badan menurun pada saat melakukan pengkajian Tn. A.P.R penulis menemukan kesenjangan antara teori dan kasus di lapangan, di mana penulis tidak menemukan adanya peningkatan nafsu makan (polifagia) karena saat dikaji klien mengatakan mengalami penurunan nafsu makan, frekuensi makan menurun dengan porsi kecil kurang lebih 3-4 sendok makan sehingga pasien mengeluh mual muntah. mual muntah terjadi akibat gastroparesis diabetic yaitu kelainan motilitas lambung akibat neuropati otonomik. Hiperglikemia kronis dapat merusak saraf vagus, sehingga pengosongan lambung menjadi lambat, yang

memicu rasa mual. menurut teori jga di temukan ada 6 masalah keperawatan yaitu, ketidak stabilan kadar gula darah b.d resistensi insulin, hipovolemi b.d kehilangan cairan, defisit nutrisi b.d. ketidak mampuan mengabsorbsi nutrien, gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan , resiko infeksi b.d ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer, kerusakan integritas ku selit b.d gangguan fungsi imun sedangkan pengkajian teori yang di temukan pada Tn. A.P.R pasien mengatakan badan dan kedua kakinya sangat lemah disertai pusing ,pandangan kabur ,sering BAK pada malam hari, kesemutan, dan mual muntah. Dengan adanya keluhan pasien sehingga penulis mengakat masalah keperawatan yaitu ketidak stabilan gula darah b.d resistensi insulin , defisit nutrisi b.d. ketidak mampuan mengabsorbsi nutrien, gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan. Sedangkan masalah keperawatan

2. DiagnosaKeperawatan

Diagnosa keperawatan memiliki tiga komponen yaitu: sign/symptom, etiologi dan problem. Ketiga komponen tersebut sudah dijelaskan pada teori dan juga sudah digambarkan pada kasus. Pada teori terdapat6 diagnosa yaitu, ketidakstabilan kadar gula dara, hipovolemi, devisitnutrisi, gangguan pola tidur, resiko infeksi, kerusakan integritas kulit, sedang pada kasus diagnosa yang di temukan yaitu, ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Setelah dilakukan analisa dari hasil pengkajian Tn. A. P. R dari tiga diagnose keperawatan yang munc ilmenurut teori.

Diagnosa yang pertama ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, sesuai dengan data dari hasil pengkajian yang didapatkan dari data, Tn. A. P. R mengeluh pusing, pandangan kabur, dan kesemutan pada kaki, gejala tersebut disebabkan karena jumlah insulin kurang dan jumlah reseptor insulin dipermukaan sel berkurang karena gula yang masuk ke dalam sel berkurang atau tidak dapat masuk sama sekali akibatnya sel tubuh tidak menerima energi yang dibutuhkan sehingga klien akan sering merasa lemah.

Diagnosa kedua yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, sesuai dengan data dari hasil pengkajian yang didapatkan dari Tn. A. P. R mengeluh terbangun pada malam hari karena sering BAK. Dimana penderita diabetes terjadi peningkatan volume urine dikarenakan kadar gula dalam tubuh tidak sanggup untuk mengurangnya dan berusaha untuk mengeluarkannya melalui urine, sehingga terjadi (poliuri).

Diagnosa ketiga yaitu resiko defisi nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, sesuai dengan data dari hasil pengkajian yang didapatkan dari Tn. A. P. R mengeluh nafsu makan menurun, dan mual muntah. Mual yang dirasakan klien dikarenakan adanya ketoasidosis diabetik (KAD), hal ini sesuai dengan teori menurut Komang Vika, 2021 yang menyatakan bahwa dimana ketoasidosis diabetik ini dapat memicu terjadinya mual dikarenakan terjadinya proses dimana tubuh membakar lemak untuk diubah menjadi energi sehingga mengakibatkan kadar gula

darah dalam tubuh meningkat. Oleh sebab itu penulis mengatakan diagnose resiko deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencernamakanan.

3. Intervensi

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi klien, merumuskan tujuan/hasil yang diharapkan, memilih intervensi yang paling tepat, dan menulis serta mendokumentasikan rencana keperawatan intervensi dilakukan berdasarkan panduan pada buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Intervensi yang dilakukan pada diagnose ketidakstabilan glukosa darah yaitu manajemen hiperglikemia. salah satu intervensi yang ada yaitu memonitor GDS. Rencana keperawatan untuk dilakukan Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin yaitu: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan masalah Ketidakstabilan glukosa darah teratasi dengan kriteria hasil Pusing menurun, Lelah menurun dan Kadar glukosa dalam darah membaik. Pada diagnose gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Tujuan/kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan pola tidur membaik, dengan kriteria hasil: Keluhan sulit tidur menurun, Keluhansering terjaga menurun, dan Keluhan tidak puas tidur menurun Keluhan tidak puas tidur menurunnya itu dukungan tidur, ada beberapa intervensi yang dilakukan yaitui dentifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan, dan jelaskan pentingnya tidur. Rencana keperawatan untuk dilakukan pada

diagnose Risiko deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi. Tujuan/kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan risiko nutrisi kurang dari kebutuhan tidak terjadi, dengan kriteria hasil: Output urin menurun meningkat Edema perifer menurun, membran mukosa membaik yaitu manajemen nutrisi, ada beberapa intervensi yang dilakukan yaitu identifikasi status nutrisi, monitor berat badan, berikan makanan tinggi protein dan kalori, serta kolaborasi dengan ahli gizi.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. (Dinarti & Muryanti, 2017). Implementasi yang dilakukan pada Tn. A. P. R sejak pada hari Kamis, 19 Desember 2024. Beberapa implementasi dilakukan sesuai perencanaan. Berdasarkan rencana tindakan yang ditetapkan, tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ketidakstabilan glukosa dalam darah yaitu melakukan pemeriksaan Diagnosa pertama ketidakstabilan kadar glukosa, melakukan pemeriksaan kadar gula darah puasa dengan menggunakan glucometer dengan hasil GDS: 505 mg/dl. Kedua melakukan pengkajian tanda dan gejala yang dirasakan dengan cara berdiskusi secara langsung dengan Tn. A. P. R Ketika penulis melakukan penyuluhan tentang diabetes mellitus dan penerapan diet diabetes mellitus dengan menggunakan media

leaflet dengan hasil Tn. A. P. R mampu menyebutkan pengertian DM, tanda dan gejala, factor resiko, komplikasi DM dan makanan yang pantang dan harus dikonsumsi oleh penderita diabetes militus. Penulis mampu merealisasikan semua tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya tanpa hambatan. Diagnosa kedua gangguan pola tidur, pertama penulis mendiskusikan pola aktivitas dan tidur dengan hasil; klien tidur kurang lebih 4-5 jam. Kedua mendiskusikan cara menghilangkan stress sebelum tidur, dengan hasil; klien mengatakan lebih merasa tenang. Ketiga mendiskusikan jadwal rutin tidur, dengan hasil; klien mampu memahami jadwal yang diprogramkan. Keempat memberikan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, dengan hasil; klien mampu memahami prosedur yang diprogramkan. Mampu merealisasikan semua tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya tanpa hambatan. Tindakan yang dilakukan pada diagnose ketiga defisit nutrisi yaitu: Melakukan tindakan oral hygiene sebelum makan. Tindakan oral hygiene ini sangat membantu klien dalam mengurangi rasa mual saat klien makan. Hal ini sesuai dalam jurnal menurut Warni (2023) yang menyatakan bahwa kondisi rongga mulut yang bersih dapat meningkatkan asupan nutrisi klien tersebut. (Tiala, 2024). Menganjurkan klien untuk memposisikan duduk/fowler saat makan dengan hasil memberikan rasa nyaman pada klien DM. Diperkuat juga oleh jurnal menurut kismanto 2018 yang menyatakan bahwa a posisi fowler dapat meningkatkan rasa nyaman pada klien . (Pambudi & Widodo (2020), Aprillia et al (2022).

Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi mengenai pemberian nutrisi/ diet dengan diit rendah karbohidrat dengan makanan lunak rendah kalori 1600 kalori 3x makan utama dan 2x makan selingan berupa buah /100 gram. Klien mendapat terapi obat Omeprazole IV 2 x 40 mg, Primperan IV 3 x 1 (7.5 mg). Hal ini sesuai dengan **jurnal menurut** Mulyani, (2019) bahwa pemberian diet rendah karbohidrat ini dapat menurunkan kadar gula darah dalam tubuh juga dapat memperbaiki status nutrisi pada klien. Dalam melakukan pelaksanaan penulis tidak menemukan hambatan karena faktor penunjang dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien adalah keluarga yang sangat kooperatif sehingga dapat menerima setiap tindakan keperawatan yang diberikan. Dengan diagnose medis Diabetes Melitus berdasarkan ketiga diagnosa yang telah ditemukan selama 3 hari, Implementasi dilakukan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang berisi tindakan realisasi mulai dari mengkaji TTV, mengkaji keadaan umum hingga tindakan mandiri klien dengan tujuan mengatasi masalah-masalah keperawatan mulai dari ketidakstabilan glukosa darah, gangguan pola tidur, dan risiko defisit nutrisi. Sehingga diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, ketiga masalah di atas dapat diatasi. Implementasi pertama dilaksanakan pada tanggal 16 Agustus 2024, hari kedua dilaksanakan pada tanggal 19 September 2024, dan hari ketiga pada tanggal 21 September 2024.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati), dengan kriteria yang dibuat pada tahap perencanaan mengenai masalah keperawatan ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan retensi insuli gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, dan risiko deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. Ketiga diagnose keperawatan tersebut sebagian teratasi pada hari ketiga.

