

LAMPIRAN 1

INFORMED CONSENT
(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Yang bertandatangan di bawah ini, menyatakan bahwa: saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Ostina Maria Raro dengan judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Diabetes Melitus Di Rumah Sakit Umum E.

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

Ende, 13 Desember 2025

Saksi

Yang Memberikan Persetujuan



..Ny.A.O

..Tn A.P.R.....

Peneliti,



OSTINA MARIA RARO
NIM : PO5303202210065

Lampiran 2
Penjelasan Sebelum

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN S
Penelitian

Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes 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 Tn. A. P. R dengan masalah Diabetes Melitus di Rumah Sakit Umum Ende”

1. Tujuan penelitian untuk mengetahui penerapan asuhan keperawat pada pasien dengan masalah Diabetes Melitus yang dapat memberi manfaat berupa pemahaman pasien tentang masalah Diabetes Melitus dan cara untuk mengatasinya.
2. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, pengumpulan data, perumsan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidak nyamanan, tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan/memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.
3. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
4. Namun dari jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudar sampaikan akan selalu dirahasiakan.
5. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor hp : 081249017970

Peneliti

OSTINA MARIA RARO
NIM : PO.5303202210065



**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: poltekeskupang@yahoo.com

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. A. P. R DENGAN
DIABETES MELITUS DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 9 September 2024

A. Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

Nama	:	Tn. A. P. R
Umur	:	68 Tahun
Agama	:	Katolik
Jenis Kelamin	:	Laki-laki
Status	:	Menikah
Pendidikan	:	SMA
Pekerjaan	:	Petani
Suku Bangsa	:	Ende
Alamat	:	Desa Welamosa
Tanggal Masuk	:	8 September 2024
Tanggal Pengkajian	:	9 September 2024
No. Register	:	154007
Diagnosa Medis	:	Diabetes Melitus

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	:	Ny. A. O
Umur	:	64 Tahun
Hub. Dengan Pasien	:	Isrtip pasien
Pekerjaan	:	Ibu Rumah Tangga
Alamat	:	Desa Welamosa

B. Status Kesehatan 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.

C. Pengkajian Perilaku

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 biskuit, roti, kelapa, biskuit, gabi. 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 feces. 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 feces. BAK lancar 2-3 kali, warna kuning, bau pesing, BAK 1-2 kali di malam 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 bias melakukan aktivitas secara mandiri karena merasa sangat lemah
- 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 karenasering 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
Gambaran diri : Pasien mengatakan ia menerima kondisinya saat ini
Harga diri : Pasien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun orang sekitar.
- h. Ideal diri : Pasien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama anak dan istrinya serta dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari.
- i. Peran diri : Pasien mengatakan ia berperan sebagai suami berumur 68 tahun.
Identitas diri : Pasien mengatakan ia adalah seorang suami dan ayah dari 4 orang anak.
- j. 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.
- k. Pola Seksual Reproduksi
Pasien mengatakan sudah berkeluarga dan sudah mempunyai 4 orang anak
- l. 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 merasastres, Pasien hanya bisa berdoa agar tetap kuat menjalani masa penyembuhan.

m. 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.

D. 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

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

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

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

$$= 28,39$$

2. BB Ideal

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

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

$$= 57-5,7$$

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

a) 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 : Peristaltik usus 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
- E. 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. PemeriksaanLaboratorium

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

F. 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	

G. 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: 70 kg, BBI : 51,3 kg

H. Klasifikasi Data

DS : Pasien mengatakan pusing, tidak puas tidur, lemah, mual,cepat lelah, kesemutan pada kaki, nyeriperut, sering BAK pada malamhari ,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 ¼ 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

I. 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 : 505 mg/dL, dengan hasil TTV TD : 160/122mmhg N : 99x/m S : 36,7°C SPO : 96% RR : 24x/m CRT < 3 detik.	Resistensi insulin	Ketidakstabilan kadarglukosa darah
DS : Pasien mengatakan tidak puas tidur karena sering BAK pada malam hari 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	Hambatan lingkungan Ketidakmampuan mencerna makanan	Gangguan pola tidur Resiko defisit nutrisi
DS : Pasien mengatakan nafsu makan berkurang 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 : 70 kg BBI:51,3 kg		

J. Diagnosa Keperawatan (SDKI)

- 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 : 505 mg/dL, dengan hasil TTV TD : 160/122 mmhg, N : 99x/m, S : 36,7°C, SPO₂ : 96%, RR : 24 x/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 :

K. Intervensi Keperawatan (SLKI DAN SIKI)

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan : DS : Pasien mengatakan sangat pusing dan cepat lelah, pandangan kabur dan kesemutan pada kaki. DO: Pasien tampak lemah, akral dingin, kadar glukosa dalam darah tinggi, Gds : 505 mg/dL, dengan hasil TTV TD : 160/122 mmhg, N : 99x/m, S : 36,7°C, SPO² : 96%, RR : 24 x/m, CRT : < 3 detik	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.	Manajemen hiperglikemia Observasi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor kadar gula darah 3. Monitor tanda dan gejala Hiperglikemia 4. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga Kolaborasi 5. Kolaborasi pemberian Insulin
2	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.	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 2. Modifikasi lingkungan	Dukungan Tidur Observasi 1. Identifikasi faktor pengganggu tidur Terapeutik 2. Modifikasi lingkungan Edukasi 3. Jelaskan pentingnya tidur

			08:25	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil : pasien mengatakan pusing dan lelah, pasien tampak lemah, tampak menguap, ada kantung mata dan pandangan kabur. Mengajarkan pasien agar tetap menjaga pola makan dan imbangi dengan olahraga hasil:pasien mengerti dengan apa yang dan pasien mendapat makanan yang diberikan dari rumah sakit.	ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi P : lanjutkan intervensi nomor 1,2,3,4,5
			09:00	Memonitor tanda-tanda vital dengan Hasil : TD : 151/108 mmHg, S:36,2°C, N: 91x/m, RR: 20x/m, SPO2: 97%.	
		Gangguan pola tidur	07:30	Memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi pengunjung agar pasien dapat beristirahat Memberitahu pada pasien dan	
			07:40		S: Pasien mengatakan masih sulit untuk tidur nyenyak karena terus menerus batuk dan BAK

				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	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.
		Risiko devisit nutrisi	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 (± 1100 cc).	P : lanjutkan intervensi nomor 1,2,3 S : Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan
			07:15	Mengidentifikasi alergi pada obat dan makan dengan Hasil: pasien tidak ada alergi obat dan tidak ada alergi pada makanan dan	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%
			07:18	Mengidentifikasi makan yang disukai dengan Hasil : pasien tidak pilih-pilih mengkolaborasi dengan ahli gizi	A : masalah resiko defisit nutrisi belum teratasi
			08:30		

				Hasil : pasien mendapatkan diet bubur dari Ahli gizi rumah sakit	P : lanjutkan intervensi nomor 1,2,3,4,5,6,7
2	Jumat, Desember 2024	20	Tidakstabilan kadar glukosa darah	07:30 Memonitor tanda-tanda vital dengan Hasil : TD : 151/108 mmHg, S:36,7°C, N: 91x/m, RR: 20x/m, SPO2: 97%. 08:00 Memonitor kadar gula darah dengan Hasil : GDS :371 mg/dl dan melayani neforapid 6 unit 15 menit sebelum makan. 08:15 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan Hasil : pasien mengatakan lelah, pusing, kesemutan pada kaki, dan pasien tampak lemah, dan pandangan ka 08:17 Menganjurkan pasien agar tetap menjaga pola makan dan imbangi dengan olahraga dengan Hasil : pasien mengerti dengan apa yang dijelaskan dan	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 nomor 1,2,4,5

			07:30	pasien mendapat makanan yg diberikan dari rumah sakit. Memonitor tanda-tanda vital dengan Hasil : TD : 151/108 mmHg,	
			07:40	S:36,2°C, N: 91x/m, RR: 20x/m, SPO2: 97%. Memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi pengunjung agar pasien dapat beristirahat. Memberitahu pada pasien dan keluarga tentang pentingnya tidur yang cukup untuk kesehatannya,	
		Gangguan polah tidur	08:40	hasil : pasien dan keluarga mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat tentang pentingnya tidur dan pasien sudah mulai tidur cukup lama mengidentifikasi status nutrisi dengan hasil : sebelum sakit pasien nafsu makan klien	S: Pasien mengatakan ia tidak bisa 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 nom
		Risiko devisit nutrisi	07:00		S : Pasien mengatakan nafsu makan berkurang O : Pasien

			07:15	baik. Saat sakit nafsu makan klien menurun, makan sedikit sekitar 10 sendok makan, minum air sekitar 5-6 gelas sedang (± 1100 cc).	tampak makan sedikit, kurang lebih $\frac{1}{4}$ porsi, minum air terbatas, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm,
			07:18	Mengidentifikasi makan yang disukai dengan Hasil: pasien tidak pilih-pilih makan melakukan oral hygiene sebelum makan dengan Hasil :	TD :151/108 mmHg, S:36 ⁰ c, N:98x/m, RR:22x/m, SPO2:98% A : Masalah resiko defisit nutrisi sebagian teratasi P : Lanjutkan intervensi
			08:10	Membantu pasien sikat gigi sebelum makan	nomor 1,5,6,7,8
			09:20	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 Kolaborasi dengan ahli gizi dengan hasil : pasien mendapatkan diet bubur dari Ahli gizi rumah sakit.	

M. Catatan Perkembangan

Sabtu 20 September 2024 dilakukan catatan perkembangan

No	DX Keperawatan	waktu	Catatan perkembangan
1	Diagnosa Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Jam 08.00	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 : 130/80 mmHg, 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 yang dijelaskan 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 darah masih tinggi, GDS 262 mg/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 ruangan.
2	Diagnosa Gangguan pola tidur	Jam 08.00	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: 130/70 mmHg, 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 kepada klien tentang pentingnya tidur. Jam 11.20 Menyampaikan kepada keluarga tidak bicara dengan klien saat tidur. E: 14.00 Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, klien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak. Masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi. Intervensi dilanjutkan
3	Diagnosa Resiko defisit nutrisi	Jam: 07.00	S : Pasien Mengatakan sudah ada nafsu makan O : Pasien tampak Nafsu makan membaik kurang lebih ½ porsi, minum air 5-6 gelas dengan ukuran $\pm$ 200 cc TD : 120/80 mmHg, 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 P : Lanjutkan intervensi nomor 1,2,3,4,5 I : 07.00 Mengidentifikasi status nutrisi Hasil : nafsu makan klien menurun, makan sedikit sekitar 15 sendok makan, minum 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 diet bubur dari Ahli gizi rumah sakit E : Klien tampak Nafsu makan membaik kurang lebih 15 sendok, minum air Terbatas TD : 130/80 mmHg, S: 36°C N: 80x/m RR: 22x/m, SPO₂: 99% terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, masalah resiko defisit nutrisi sebagian teratasi. Intervensi

LAMPIRAN 4**SURAT PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ostina Maria Raro

NIM : PO 5303202210065

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



Ostina Maria Raro
NIM: PO5303202210065

Lampiran 5 Surat
Keterangan Cek
Plagiasi



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Kupang

Isan Piet A. Taka, Uliba, Oesobo,
Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111
(0380) 8000256
<https://poltekkeskupang.ac.id>

PERPUSTAKAAN TERPADU

<https://perpus-terpadu.poltekkeskupang.ac.id/> ; e-mail: perpustakaanterpadu61@gmail.com

SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama : Ostina maria raro
Nomor Induk Mahasiswa : PO5303202210065
Dosen Pembimbing : Irwan Budiana, s.kep. Ns.,M.Kep
Dosen Penguji : Rifatunnisa, s. Kep., Ns., M. Kep.
Jurusan : Program Studi DIII Keperawatan
Judul Karya Ilmiah : **ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN TN.A.P.R**

DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS

Laporan Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar **25,16%**. Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 11 September 2025

Admin Strike Plagiarism


Murry Jermias Kale SST
NIP. 19850704201012100



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUB

Lampiran 6 Lembar
Konsultasi Proposal
dan KTI

LIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE



LEMBAR KONSUL PROPOSAL DAN KTI

Nama : Ostina Maria Raro

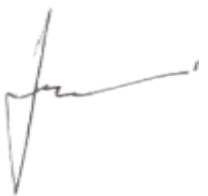
NIM : PO.5303202210065

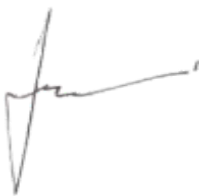
Pembimbing Utama : Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

PembimbingPendamping : Rif'atunnisa,S,Kep.,Ns.,M.Kep

N o	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	05-09-2023	Latar belakang	1. jumlah kasus 2. permasalahan askep atau hasil pengamatan 3. peran perawat dalam pelaksanaannya 4. penelitian yang berkaitan minimal 3 penelitian oaring 5. reverensi	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
2.	11-09-2023	Latar belakang	1. jurnal diketik pakai nama 2. daftar pustaka dimasukan ke satu folder 3. peran perawat yang langsung turun ke RS untuk meneliti 4. peran perawat dan kasus	

			dibuat piramida dari global dan ende	Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
3.	19-09-2023	Latar belakang	1. harus ada data dalam kabupaten ende 2. data harus lengkap	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
4	22-11-2023	Latar belakang	1. permasalahan askep di narasi 2. penelitian harus ada 1-2 masalah kasus	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
5	28-02-2024	Latar belakang	1. kesenjangan dalam kasus dan teori	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
6	29-04-2024	Latar belakang	1. permasalahan asuhan keperawatan 2. belum melaksanakan sesuai kompetensi	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep

7	01-05-2024	Latar belakang	1. uraikan masalah pengkajian sampai evaluasi 2. sumber semua harus masuk ke daftar pustaka	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
8	15-05-2024	Latar belakang	1. ubah kembali data yang ada di NTT 2. tambahkan pola-pola	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
9	20-06-2024	Latar belakang	1. tambahkan peran perawat 2. tambahkan faktor-faktor yang berkaitan dengan kasus	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
10	15-07-2024		1. lengkapi dari Bab 1-3 2. lengkapi daftar pustaka	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep

11	25-07-2024		1. ACC 2. siap ujian	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
11	25-09-2024	Pengkajian	1. lengkapi pengkajian 2. samakan data DS dan DO sesuai teori 3. perbaiki pembahasan	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
12	02-10-2024	Penkajian atau (prioritas masalh)	1. perbaiki cara penetikan 2. tanbahkan refresi pathway	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
12	20-11-2024	Tabulsi data implementasi	1. tambahkan data penunjang pada tabulasi data	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep

13	08-12-2024		2. ACC 3. Siap ujian kasus	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
----	------------	--	-------------------------------	---

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 KONSUL PROPOSAL DAN KTI

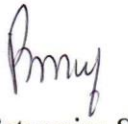
Nama : Ostina Maria Raro

NIM : PO.5303202210065

Pembimbing Utama : Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

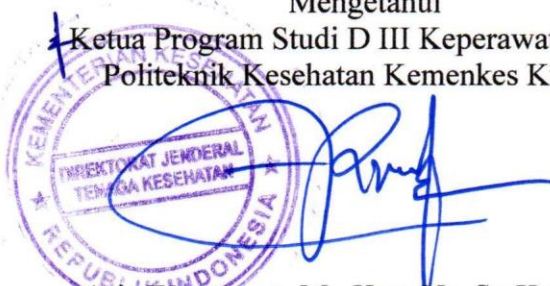
Pembimbing Pendamping : Rif'atunnisa,S,Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	9 septemer 2024	Bab II Tinjauan tioritis	6. jumlah kasus 7. permasalahan askep atau hasil pengamatan 8. perbaiki rumusan masalah 9. tambahkan data DS dan DO 10. perbaiki penomoran 11. tambahkan refrensi dan masukan ke daftar pustaka kurang lebih 24 referensi	 Rif'atunnisa,S,Ke p.,Ns.,M.Kep
2.	13 september 2024	BAB II tinjauan teoritis	5. perbaiki cara pengetikan 6. perbaiki penomoran 7. tambahkan data DS dan DO	 Rif'atunnisa,S,Ke p.,Ns.,M.Kep

	15 september 2023		1. ACC 2. Siap turun kasus	 Rif'atunnisa,S,Ke p.,Ns.,M.Kep
3.	22 januari 2025	Bab IV Pengkajian	3. perbaiki di latar belakang 4. tambahkan data DS dan DO 5. tambahkan keluhan utama pada pasien 6. masukan data sesuai keluhan pasien 7. perbaiki cara pengetikan 8. masukan daftar pustaka yang benar 9. samakan data di pengkajian dan tabulasi data 10. jelaskan penyebab mual muntah pada pasien	 Rif'atunnisa,S,Ke p.,Ns.,M.Kep
4	12 februari 2025	BAB IV pengkajain	3. masukan data pasien sesuai keluhan 4. masukan kesenjangan pada kasus dan teori 5. pembahasan harus berurutan dari	 Rif'atunnisa,S,Ke p.,Ns.,M.Kep

			pengkajain evaluasi	sampe	
			6. perbaiki pengetikan	cara	
5	11 maret 2025	BAB IV pengkajain	2. perbaiki pengetikan 3. masukan daftar pustaka yang benar 4. tambahkan pemeriksaan fisik yang spesifik 5. tambahkan DS DO diagnose pola tidur 6. perhatikan huruf besar kecil 7. spasi koma dan tanda baca		Rif'atunnisa,S,Ke p.,Ns.,M.Kep
6	03 september 2025		3. ACC		Rif'atunnisa,S,Ke p.,Ns.,M.Kep

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang


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

NIP: 196601141991021001

Lampiran 7 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. DATA DIRI

Nama : Ostiina Maria Raro
 Tempat tanggal lahir : Roga, 18 Oktober 1999
 Almat : Aumati
 Jenia kelamin : Perempuan
 Agama : Khatolik
 Nama Ayah : Akadius Nuri
 Nama Ibu : Petronela Pao

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

SDI NUAJA 2007-2012
 SMPN 3 ENDE 2013-2015
 SMAN 2 ENDE 2016-2018
 Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang : 2021-2025
 Program Studi D-III Keperawatan Ende

MOTTO

**ORANG YANG BERJALAN MAJU DENGAN MENANGIS SAMBIL
MENABUR BENIH, PASTI PULANG DENGAN SORAK SORAI SAMBIL
MEMBAWA BERKAS-BERKASNYA**

(Mazmur 126 : 6)