

**KARYA TULIS ILMIAH**

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



**OLEH**

**FAIZAH SYASKIA  
PO.530320219903**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE  
2024**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELLITUS  
DI RUANG PENYAKIT DALAM (RPD) III  
RSUD ENDE**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan  
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan  
pada Program Studi Keperawatan Ende**



**OLEH  
FAIZAH SYASKIA  
PO530320219903**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE  
2024**

## **PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan :

Nama : Faizah Syaskia

NIM : PO. 530320219903

Program Studi : D - III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.A.N dengan  
Diagnosa Medis Diabetes Mellitus di Ruang 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, April 2024

Yang Membuat Pernyataan

Faizah Syaskia  
PO. 530320219903

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELLITUS  
DI RUANG PENYAKIT DALAM (RPD) III  
RSUD ENDE

OLEH

FAIZAH SYASKIA  
PO530320219903

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui  
Oleh Pembimbing Untuk Diujikan

Ende, 01 April 2024

Pembimbing



Yustina P. M. Paschalia, S.Kep., Ns., M.Kes.  
NIP. 19690409 198903 2 002

Mengetahui  
Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Waworono, M. Kep., Ns., Sp. Kep., Kom  
NIP. 19660114 199102 1 001

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELLITUS DI  
RUANG PENYAKIT DALAM (RPD) III  
RSUD ENDE

OLEH

**FAIZAH SYASKIA**  
**PO530320219903**

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diujikan Dan Dipertanggung Jawabkan  
Pada Tanggal 02 April 2024

Penguji Ketua

Penguji Anggota



Anatolia K. Dondori, S.Kep., Ns., M. Kep  
NIP. 19760217 199903 2 001



Yustina P.M. Paschalia, S.Kep., Ns., M.Kes.  
NIP. 19690409 198903 2 002

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Ary Wawomeo, M.,Kep., Ns., Sp.Kep.,Kom  
NIP. 19660114 199102 1 001

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus di Ruang Penyakit dalam III RSUD Ende” dengan baik. Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, tidak lepas dari campur tangan berbagai pihak, sehingga Karya Tulis Ilmiah ini selesai tepat waktunya. Untuk itu penulis mengucapkan terimah kasih kepada:

1. Bapak Irfan, S.KM., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep. Kom, selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini.
3. dr. Carolina M. Viany Sunty, Sp.PK, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melaksanakan praktek di RSUD Ende.
4. Ibu Yustina P. M. Paschalia, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku pembimbing sekaligus penguji anggota yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu Anatolia K. Doondori, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan agar Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik.

6. Pasien Ny.A.N dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah
7. Kedua orang tua tercinta yang sangat berjasa dalam hidup saya, terima kasih atas kepercayaan, pengorbanan, do'a, motivasi, nasihat dengan penuh keikhlasan dan juga tanpa lelah mendukung segala keputusan dan pilihan dalam hidup saya, yang selalu menjadi sandaran terkuat bagi saya dari kerasnya dunia, yang tidak henti-hentinya memberikan kasih sayang dengan penuh cinta. Terima kasih selalu berjuang untuk kehidupan saya, berkat do'a dan dukungan mama dan papa saya bisa berada dititik ini menjadi suatu kebanggaan memiliki orang tua yang mendukung anaknya untuk mencapai cita-citanya.
8. NCT 127, NCT Dream ,WayV, khususnya Lee Mark, Hwang Renjun, Lee Jenso, Lee Donghyuk, Na Jaemin, Zhong Chenle, dan Park Jisung selaku penyemangat dan sumber motivasi penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
9. Dan terakhir terima kasih kepada diri sendiri, karena telah berusaha keras dan berjuang sejauh ini dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga penulis sangat membutuhkan masukan dan koreksi yang bersifat membangun dari kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis mengucapkan limpah terima kasih dan berharap semoga studi kasus ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membacanya.

Ende, April 2024

**Penulis**

## ABSTRAK

### **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.A.N dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende**

Faizah Syaskia <sup>(1)</sup>

Yustina P. M. Paschalia, S.Kep., Ns., M.Kes <sup>(2)</sup>

Diabetes Mellitus merupakan gangguan metabolisme tubuh akibat hormon insulin dalam tubuh yang tidak dapat digunakan secara efektif dalam mengatur keseimbangan gula darah sehingga meningkatkan kadar gula di dalam darah/hiperqlikemia. *World Health Organization* (WHO) 2016 memperkirakan jumlah penderita diabetes melitus pada tahun 2040 akan meningkat menjadi 642 juta penderita.

Tujuan studi kasus ini adalah agar dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Mellitus.

Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Hasil studi kasus Ny.A.N ditemukan pasien mengatakan badan lemah, cepat lelah dan sering kencing pada malam hari, cepat lapar, GDS (Darah Vena): 1.015 mg/dL. Masalah keperawatan yang muncul adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperqlikemia, hipertermia berhubungan dengan proses penyakit(infeksi), kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan. Implementasi dilakukan selama 3 hari dan dari hasil evaluasi ditemukan adanya masalah yang teratasi sebagian yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperqlikemia dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, sedangkan yang tidak teratasi adalah hipertermia berhubungan dengan proses penyakit(infeksi), kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi. Disimpulkan bahwa studi kasus Ny.A.N terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yaitu keluhan panas yang ada pada kasus tidak terdapat pada teori. Oleh karena itu pasien diabetes mellitus sebaiknya memodifikasi pola hidup yang lebih sehat untuk mencegah komplikasi.

**Kepustakaan: 29 Buah (2011-2024)**

**Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Diabetes Mellitus**

1. Mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan Ende
2. Dosen Pembimbing Program Studi DIII Keperawatan Ende

## **ABSTRACT**

### **Nursing Care for Ny.A.N Patients with a Medical Diagnosis of Diabetes Mellitus in Internal Medicine Room III, Ende Regional Hospital**

Faizah Syaskia (1)

Yustina P. M. Paschalia, S.Kep., Ns., M.Kes (2)

Diabetes Mellitus is a metabolic disorder caused by the insulin hormone in the body which cannot be used effectively to regulate blood sugar balance, thereby increasing blood sugar levels/hyperglycemia. The World Health Organization (WHO) 2016 estimates that the number of diabetes mellitus sufferers in 2040 will increase to 642 million sufferers.

The aim of this case study is to be able to carry out nursing care for patients with Diabetes Mellitus.

The method used in this scientific paper is a case study method with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, nursing implementation and evaluation.

The results of the case study of Mrs. A. The nursing problems that arise are instability of blood glucose levels related to hyperglycemia, hyperthermia related to the disease process (infection), damage to tissue integrity related to changes in circulation and activity intolerance related to weakness. Nursing interventions are carried out based on nursing problems. Implementation was carried out for 3 days and from the evaluation results it was found that there were problems that were partially resolved, namely instability of blood glucose levels related to hyperglycemia and activity intolerance related to weakness, while those that were not resolved were hyperthermia related to the disease process (infection), damage to tissue integrity related to changes. circulation. It was concluded that in the Ny.A.N case study there was a gap between theory and the case, namely that the heat complaint in the case was not found in theory. Therefore, diabetes mellitus patients should modify a healthier lifestyle to prevent complications.

**Literature: 29 Pieces (2011-2024)**

**Keywords: Nursing Care, Diabetes Mellitus**

1. Ende Nursing DIII Study Program student
2. Supervisor of the Ende DIII Nursing Study Program

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMBUNG</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>ABSTRAK BAHASA INDONESIA</b> .....	<b>viii</b>
<b>ABSTRAK BAHASA INGGRIS</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>x</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan.....	4
D. Manfaat .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>6</b>
A. Konsep Dasar Medis Diabetes Mellitus .....	6
1. Pengertian .....	6
2. Klasifikasi .....	6
3. Etiologi .....	7
4. Patofisiologi .....	9
5. Pathway .....	12
6. Tanda dan Gejala .....	13
7. Pemeriksaan Diagnostik .....	14
8. Penatalaksanaan .....	14
9. Komplikasi .....	19
B. Konsep Masalah Keperawatan .....	23
C. Konsep Asuhan Keperawatan .....	34
1. Pengkajian Keperawatan.....	34
2. Diagnosa Keperawatan .....	40
3. Intervensi Keperawatan .....	42
4. Implementasi Keperawatan .....	54
5. Evaluasi Keperawatan.....	55
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b> .....	<b>56</b>
A. Rancangan/Desain Studi Kasus .....	56
B. Subyek Studi Kasus .....	56
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional).....	56
D. Lokasi Studi Kasus .....	57
E. Prosedur Studi Kasus .....	57
F. Teknik Pengumpulan Data .....	57
G. Instrumen Pengumpulan Data .....	58

H. Keabsahan Data .....	59
I. Analisa Data .....	59
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>61</b>
A. Hasil Studi Kasus .....	61
B. Pembahasan .....	90
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>97</b>
A. Kesimpulan.....	97
B. Saran .....	98
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Diabetes Melitus merupakan gangguan metabolisme tubuh yang menahun akibat hormon insulin dalam tubuh yang tidak dapat digunakan secara efektif dalam mengatur keseimbangan gula darah sehingga meningkatkan konsentrasi kadar gula di dalam darah/hiperglikemia (Febrinasari, 2020). Diabetes melitus tidak dapat disembuhkan namun dapat dikontrol agar gula darah tetap dalam batas normal. Faktor pendukung terjadinya diabetes melitus juga berasal dari faktor usia, keturunan, aktivitas kurang gerak, obesitas, stress, pola hidup yang moderen dan pemakaian obat-obatan yang mempengaruhi timbulnya kerusakan serius pada banyak sistem tubuh, khususnya saraf dan pembuluh darah ((Nathalia et al., 2020).

Berdasarkan penelitian dari *World Health Organization* (WHO) 2016 Diabetes Melitus mengalami peningkatan selama 3 dekade terakhir dan diperkirakan jumlah penderita diabetes melitus pada tahun 2040 akan meningkat menjadi 642 juta penderita (Pahlawati & Nugroho, 2019). Pada tahun 2021, *International Diabetes Federation* (IDF) mencatat 537 juta orang dewasa (umur 20-79 tahun) atau 1 dari 10 orang hidup dengan diabetes diseluruh dunia. Indonesia berada di posisi kelima dengan jumlah pengidap diabetes sebanyak 19,47 juta dengan jumlah penduduk sebesar 179,72 juta, ini berarti prevalensi diabetes di Indonesia sebesar 10,6% (IDF, 2021). Hasil Riskesdas tahun 2018 hampir semua provinsi menunjukkan peningkatan prevalensi pada tahun 2013-

2018, Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) memiliki prevalensi Diabetes melitus sebesar 0,9%, sedangkan prevalensi diabetes melitus yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan tertinggi di kabupaten Ende sebesar 3,0% (Kementrian kesehatan republik Indonesia, 2020). Dari data 10 besar penyakit rawat inap di RSUD Ende Diabetes Melitus pada tahun 2021 sebanyak 18 orang diantaranya 8 orang laki-laki dan 10 orang perempuan, dan pada tahun 2022 sebanyak 29 orang diantaranya 9 orang laki-laki dan 20 orang perempuan dan pada tahun 2023 Periode Januari – Oktober mengalami peningkatan menjadi 58 orang diantaranya 19 orang laki-laki dan 39 orang perempuan (Profil RSUD Ende, 2023) .

Dampak yang ditimbulkan apabila diabetes mellitus tidak ditangani dengan cepat dan tepat yaitu mengakibatkan peningkatan resiko penyakit jantung, stroke, neuropati (kerusakan saraf) di kaki yang meningkatkan ulkus kaki, retinopati diabetikum yang merupakan salah satu penyebab utama kebutaan, selain itu juga dapat meningkatkan resiko gagal ginjal dan resiko kematian (Juwita, dkk, 2018).

Berdasarkan hasil studi kasus yang dilakukan oleh Trimulyat, 2019 pada pasien Tn. B dengan diagnosa Diabetes Melitus, didapatkan hasil pada pengkajian data yang ditemukan yaitu: BB menurun, lemah, lesu, gelisah, diagnosa yang digunakan yaitu: nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d intake menurun, kelemahan b/d penurunan energi metabolik, ansietas b/d perubahan status kesehatan (Cahyamulat & Yuriatson, 2019).

Upaya preventif dan promotif yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan di RSUD Ende seperti melakukan pendidikan kesehatan kepada pasien, namun masih banyak penderita yang kurang mengerti tentang pendidikan kesehatan yang diberikan dan tidak mengikuti saran kesehatan yang disampaikan. Menurut Kemenkes RI tahun 2016, upaya pemerintah dalam menangani peningkatan DM yang begitu cepat yaitu dengan menerapkan sistem pelayanan penyakit tidak menular dan pelayanan penyakit kronis. Program pemerintah yang sudah terbentuk salah satunya adalah program pengelolaan penyakit kronis (prolanis) yang diinisiasi sejak tahun 2010 yang dapat mencegah terjadinya komplikasi pada pasien DM, melalui monitoring rutin dan kampanye cerdas dan patuh pada penyembuhan penyakit DM. Untuk pengobatan penyakit DM meliputi manajemen diet yang benar, olahraga teratur, mengonsumsi obat-obatan, anti diabetik dan suntikan insulin. (Kementrian kesehatan Republik Indonesia, 2020). Perawat dituntut untuk meningkatkan perannya dalam menekan tingginya angka kejadian penyakit diabetes melitus. Perawat harus mampu melakukan upaya *Promotif* dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien, keluarga dan masyarakat mengenai penyakit diabetes melitus dan bagaimana cara penanggulangannya. Upaya *Preventif* untuk mencegah terjadinya diabetes melitus dengan mengubah kebiasaan sehari-hari dengan melakukan diet DM dengan benar sehingga dapat mencapai dan mempertahankan berat badan yang sesuai, memenuhi kebutuhan energi, menurunkan kadar lemak darah, dan olahraga serta latihan secara aktif karena efeknya dapat menurunkan glukosa darah dan mengurangi faktor risiko kardiovaskuler. Upaya *Kuratif* memberikan terapi

obat sesuai indikasi pada pasien untuk mengurangi gejala dan kadar gula darah yang tinggi dalam tubuh, dan upaya *Rehabilitas* yaitu dengan cara menganjurkan pasien untuk tetap kontrol ke rumah sakit.

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas dan sehubungan dengan prevalensi kejadian Diabetes Melitus (DM) masih tinggi serta masih adanya resiko seperti dampak kematian yang ditimbulkan akibat Diabetes Melitus (DM) maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus di RSUD Ende”

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam studi kasus ini adalah “ Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah Ende?”

## **C. Tujuan Studi Kasus**

### **1. Tujuan Umum**

Agar dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Ny A.N dengan diagnosa medis diabetes melitus di Ruang Penyakit Dalam III.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Memahami konsep dasar penyakit pada pasien Ny A.N dengan diagnosa medis diabetes melitus.
- b. Melakukan pengkajian pada pasien Ny A.N dengan diagnosa medis diabetes melitus.

- c. Merumuskan masalah keperawatan pada pasien Ny A.N dengan diagnosa medis diabetes melitus.
- d. Menyusun rencana keperawatan pada pasien Ny A.N dengan diagnosa medis diabetes melitus.
- e. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien Ny A.N dengan diagnosa medis diabetes melitus.
- f. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Ny A.N dengan diagnosa medis diabetes melitus.
- g. Mampu menganalisis kesenjangan antara tinjauan teori dan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ny A.N dengan diagnosa medis diabetes mellitus di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

#### **D. Manfaat Studi Kasus**

Berdasarkan tujuan di atas maka manfaat studi kasus ini adalah:

1. Bagi Peneliti

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan informasi, menambah pengetahuan dan pengalaman, memperdalam keterampilan dalam memberikan Asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus.

2. Bagi Institusi Rumah Sakit dan Pelayanan Kesehatan

Sebagai masukan bagi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan asuh keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Diabetes Melitus**

##### 1. Pengertian`

Diabetes Melitus merupakan gangguan metabolisme tubuh yang menahun akibat hormon insulin dalam tubuh yang tidak dapat digunakan secara efektif dalam mengatur keseimbangan gula darah sehingga meningkatkan konsentrasi kadar gula di dalam darah/hiperglikemia (Febrinasari, 2020).

Diabetes Melitus adalah penyakit metabolisme yang ditandai ketidakmampuan tubuh untuk menghasilkan cukup insulin untuk memproses karbohidrat, lemak dan protein dan berkurangnya komplikasi makro vaskuler, mikro vaskuler dan neurologis (Purwanto, 2016).

##### 2. Klasifikasi

Diabetes melitus terdapat dua kategori utama yaitu diabetes tipe 1 dan tipe 2. Diabetes tipe 1 disebut dependen atau *juvenile/childhood-onset* diabetes, ditandai dengan kurangnya produksi insulin. Diabetes tipe 2 disebut *non-insulin-dependent* atau *adult-onset* diabetes, disebabkan penggunaan insulin yang kurang efektif oleh tubuh (Nathalia et al., 2020). Klasifikasi DM berdasarkan etiologi menurut (Soelistijo SA, dkk., 2021). adalah sebagai berikut:

a. Diabetes Melitus tipe 1

DM yang terjadi karena kerusakan atau destruksi sel beta di pankreas. Kerusakan ini berakibat pada keadaan defisiensi insulin yang terjadi secara absolut. Penyebab dari kerusakan sel beta antara lain autoimun dan idiopatik.

b. Diabetes tipe 2 atau *NonInsulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM).

Diabetes tipe ini ditandai dengan resistensi insulin perifer dan penurunan produksi insulin, disertai dengan inflamasi kronik derajat rendah pada jaringan perifer seperti adiposa, hepar dan otot. Beberapa dekade terakhir, terbukti bahwa adanya hubungan antara obesitas dan resistensi insulin terhadap inflamasi. Hal tersebut menggambarkan peran penting inflamasi terhadap pathogenesis DM tipe II, yang dianggap sebagai kelainan imun (*immune disorder*).

3. Etiologi

Penyebab diabetes melitus dikelompokkan menjadi 2 yaitu:

a. Diabetes Mellitus tergantung insulin (DMTI) disebabkan karena:

- 1) Faktor genetic. Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik kearah terjadinya diabetes tipe I. Kecenderungan genetic ini ditentukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA (*Human Leucocyte Antigen*) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen tranplantasi dan proses imun lainnya.

- 2) Faktor imunologi. Pada diabetes tipe I terdapat bukti adanya suatu respon autoimun. Respon ini merupakan respon abnormal dimana antibody terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing.
  - 3) Faktor lingkungan. Faktor eksternal yang dapat memicu destruksi sel  $\beta$  pancreas, sebagai contoh hasil penyelidikan menyatakan bahwa virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang dapat menimbulkan destruksi sel  $\beta$  pancreas (Hartanti et al., 2013).
- b. Diabetes Mellitus tipe-2 atau juga disebut Diabetes tidak tergantung insulin (DMTTI) atau *NonInsulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM).

Merupakan suatu kelompok heterogen yaitu bentuk diabetes yang lebih ringan, terutama dijumpai pada orang dewasa, tetapi terkadang dapat timbul pada masa kanak-kanak (Hartanti et al., 2013). DMTTI Secara pasti penyebabnya belum diketahui, faktor genetik diperkirakan memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin. DMTTI penyakitnya mempunyai pola familial yang kuat, DMTTI ditandai dengan kelainan dalam sekresi insulin maupun dalam kerja insulin. Pada awalnya tampak terdapat resistensi dari sel-sel sasaran terhadap kerja insulin. Insulin mula-mula mengikat dirinya kepada reseptor-reseptor dipermukaan sel tertentu, kemudian terjadi reaksi intraselluler yang meningkatkan transport glukosa menembus membran sel. Pada pasien dengan DMTTI terdapat kelainan dalam pengikatan insulin dengan reseptor. Hal ini dapat disebabkan oleh

berkurangnya jumlah tempat reseptor yang responsif terhadap insulin pada membran sel. Akibatnya terjadi penggabungan abnormal antara kompleks reseptor insulin dengan system transport glukosa. Kadar glukosa normal dapat dipertahankan dalam waktu yang cukup lama dan meningkatkan sekresi insulin, tetapi pada akhirnya sekresi insulin yang beredar tidak lagi memadai untuk mempertahankan euglikemia (Hartanti et al., 2013).

Perilaku individu yang kebanyakan mengonsumsi makan berkarbohidrat, minum-minuman manis, soda, menyebabkan obesitas dan mengakibatkan organ pankreas untuk bekerja lebih dalam menghasilkan insulin akibatnya, sel beta pankreas mengalami kerusakan dan menghasilkan insulin semakin lama semakin sedikit untuk tubuh (Hartanti et al., 2013).

#### 4. Patofisiologi

Menurut (Corwin, EJ, 2009), Diabetes tipe I. pada diabetes tipe I terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Hiperglikemi puasa terjadi akibat produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati. Disamping itu glukosa yang berasal dari makanan tidak disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia posprandial (sesudah makan).

Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi maka ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar, akibatnya glukosa tersebut muncul dalam urin (glukosuria). Ketika glukosa yang berlebihan diekskresikan kedalam urin, ekskresi ini akan disertai pengeluaran

cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan diuresis osmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan berlebihan, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus (polidipsia).

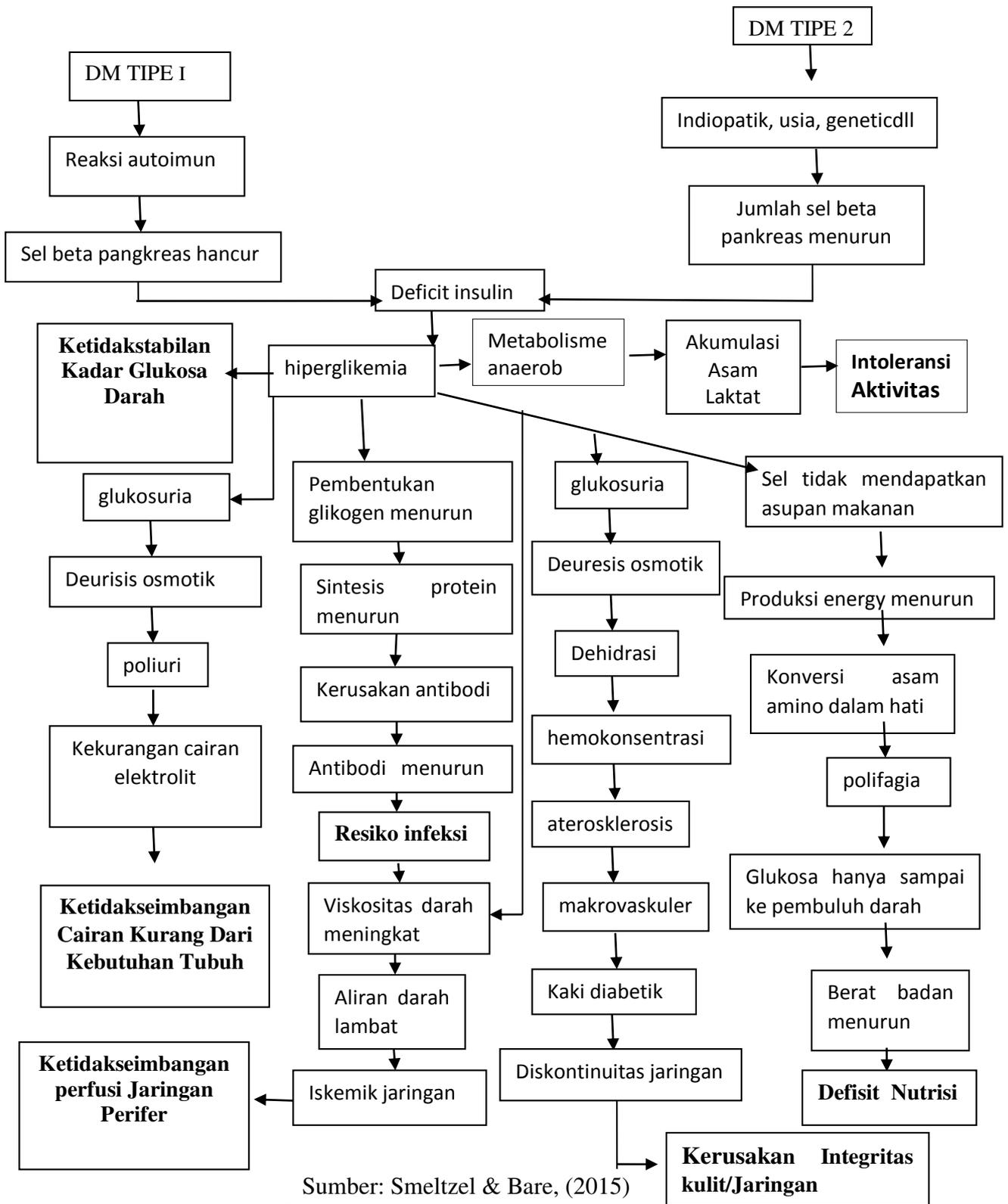
Defisiensi insulin juga akan mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat mengalami peningkatan selera makan (polifagia), akibat menurunnya simpanan kalori. Gejala lainnya mencakup kelelahan dan kelemahan. Dalam keadaan normal insulin mengendalikan glikogenolisis (pemecahan glukosa yang disimpan) dan glukoneogenesis (pembentukan glukosa baru dari asam-asam amino dan substansi lain), namun pada penderita defisiensi insulin proses ini akan terjadi hambatan lebih lanjut dan akan turut menimbulkan hiperglikemia. Disamping itu akan terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi badan keton yang merupakan produk samping pemecahan lemak. Badan keton merupakan asam yang mengganggu keseimbangan asam basa tubuh apabila jumlahnya berlebihan.

Diabetes tipe II, pada diabetes tipe II terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor khusus pada permukaan sel tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa di dalam sel. Resistensi insulin pada diabetes tipe II disertai dengan penurunan reaksi intrasel. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif

untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan. Pada penderita yang toleransi glukosa terganggu, keadaan tersebut terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan dan kadar glukosanya akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat. Namun, jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi diabetes tipe II. Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas DM tipe II, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Karena itu ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada diabetes tipe II. Meskipun demikian, diabetes tipe II yang tidak terkontrol dapat menimbulkan masalah akut lainnya yang dinamakan sindrom *hiperglikemik hiperosmoler nonketoik* (HHNK).

Diabetes tipe II paling sering terjadi pada penderita diabetes yang berusia lebih dari 30 tahun dan obesitas. Akibat intoleransi glukosa berlangsung lambat (selama bertahun-tahun) dan progresi, maka awitan diabetes tipe II dapat berjalan tanpa terdeteksi. Jika gejalanya dialami pasien, gejala tersebut sering bersifat ringan dan dapat mencakup kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsi, luka pada kulit yang lama sembuh-sembuh, infeksi vagina atau pandangan yang kabur (jika kadar glukosanya sangat tinggi).

**Pathway**



Sumber: Smeltzel & Bare, (2015)  
 Gambar 2.1 Pathway Diabetes Melitus

## 5. Tanda dan Gejala

Adanya penyakit diabetes melitus ini sering kali tidak dirasakan dan disadari oleh penderita, menurut (Purwanto, 2016) beberapa keluhan dan gejala yang perlu diperhatikan adalah:

### a. Gejala Akut

#### 1) Banyak Kencing (Poliuria)

Karena sifatnya, kadar glukosa darah yang tinggi akan menyebabkan sering kencing dengan jumlah yang banyak terutama pada malam hari.

#### 2) Banyak Minum (Polydipsi)

Rasa haus sering dialami penderita karena banyaknya cairan kencing yang keluar. Untuk menghilangkan rasa haus itu penderita banyak meminum air.

#### 3) Banyak Makan (Polifagia)

Rasa lapar yang semakin besar sering timbul pada penderita diabetes melitus karena pasien mengalami keseimbangan kalori negative, sehingga timbul rasa lapar.

#### 4) Penurunan berat badan dan rasa lemah, mengantuk.

### b. Gejala Kronis

1) Gangguan penglihatan, berupa pandangan yang kabur dan menyebabkan sering mengganti kaca mata.

2) Gangguan saraf tepi, berupa kesemutan, terutama pada malam hari sering terasa sakit dan rasa kesemutan dikaki, dan luka diabetik.

- 3) Rasa tebal pada kaki yang menyebabkan penderita lupa memakai sandal dan sepatunya.
- 4) Gangguan fungsi seksual dapat berupa gangguan ekskresi, impoten yang disebabkan gangguan pada saraf bukan karena gangguan pada kekurangan hormone seks (testosteron). Keputihan pada wanita sering dirasakan, hal ini disebabkan daya tahan tubuh penderita menurun.
- 5) Lemah dan penurunan berat badan

#### 6. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada penderita DM seperti pemeriksaan gula darah sewaktu, kadar glukosa darah puasa, Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) standar. (Alexander, 2019)

**Tabel 2.1 Glukosa Darah Sewaktu dan Puasa dengan Metode Anzomatik Sebagai Patokan dan Diagnosa DM Sumber:(Kam, 2019)**

	Bukan DM	Bukan Pasti DM	DM
Kadar glukosa darah sewaktu:			
Plasma vena	< 110	100-199	> 200
Darah kapiler	< 90	90-199	>200
Kadar glukosa darah puasa:			
Plasma vena	< 110	100-125	> 125
Darah kapiler	< 90	90-107	> 110

#### 7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada setiap tipe diabetes adalah mencapai kadar glukosa darah normal (euglikemia) tanpa terjadinya hipoglikemia dan

gangguan serius pada pola aktivitas. Ada lima komponen dalam penatalaksanaan diabetes yakni:

a. Diet DM.

Diet dan pengendalian berat badan merupakan dasar dari penatalaksanaan diabetes. Penatalaksanaan nutrisi pada penderita diabetes diarahkan untuk mencapai tujuan seperti memberikan semua unsur makanan esensial (misalnya vitamin, mineral), mencapai dan mempertahankan berat badan yang sesuai, memenuhi kebutuhan energi, menurunkan kadar lemak darah jika kadar ini meningkat, kepatuhan jangka panjang terhadap perencanaan makanan merupakan salah satu aspek yang paling menimbulkan tantangan dalam penatalaksanaan diabetes. Bagi penderita yang obesitas, tindakan membatasi kalori yang moderat mungkin lebih realistis. Tetapi bagi penderita yang berat badannya sudah turun, upaya menurunkan berat badan sering lebih sulit dikerjakan. Untuk membantu penderita ini dalam mengikutsertakan kebiasaan diet yang baru ke dalam gaya hidupnya, maka keikutsertaannya dalam terapi perilaku, dukungan kelompok dan penyuluhan gizi yang berkelanjutan sangat dianjurkan. Bagi semua penderita diabetes, perencanaan makanan harus mempertimbangkan pula kegemaran penderita terhadap makanan tertentu, gaya hidup, jam-jam makan yang biasa diikutinya dan latar belakang etnik serta budayanya (Hartanti et al., 2013).

Bagi penderita yang mendapat terapi insulin intensif, penentuan jam makan dan banyaknya makanan mungkin lebih fleksibel dengan cara mengatur perubahan kebiasaan makan serta latihan. Perbedaan diet ini dengan makanan biasa adalah mengatur makanan sesuai prinsip “3J” (tepat jumlah, tepat jenis, tepat jadwal) Tepat jumlah; karbohidrat 60-70%, protein 10-15%, lemak 20-25%. Jumlah kalori disesuaikan dengan pertumbuhan, status gizi, umur, stress akut dan kegiatan jasmani untuk mempertahankan berat badan idaman. Untuk penentuan status gizi dipakai *Body Mass Index* (BMI) = indeks masa tubuh (IMT) =  $BB \text{ (kg)} / \{TB(m)^2\}$  / untuk kepentingan klinis, klinik praktis dan penentuan jumlah kalori dipakai rumus broca :  $BB \text{ ideal} = (TB-100) \cdot 10\%$ . Kebutuhan kalori basal (30 kkal/kg BB untuk laki-laki dan 25 kkal/kg BB untuk wanita). Kemudian ditambah dengan keutuhan aktifitas 10-30%. Jumlah kebutuhan kalori yang dihitung dibagi 3 porsi besar pagi 20%, siang 30% dan sore 25% serta 2-3 porsi makanan ringan 10-15%. Tepat jenis; bahan makanan yang harus dihindari: gula murni, bahan makanan yang diolah dengan menggunakan gula murni seperti gula pasir, gula jawa, madu, sirop. Makanan yang dibatasi: sumber hidrat arang kompleks seperti nasi, lontong, ketan, jagung, roti, singkong, talas, kentang, sagu, mie. Tepat jadwal; antara porsi besar dan makanan selingan diberi jarak 3 jam.

b. Latihan.

Latihan sangat penting dalam penatalaksanaan diabetes karena efeknya dapat menurunkan glukosa darah dan mengurangi faktor resiko

kardiovaskuler. Latihan akan menurunkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian insulin, sirkulasi darah dan tonus otot juga diperbaiki dengan berolahraga. Latihan dengan cara melawan tahanan dapat meningkatkan *learn body mass* dan juga menamambah laju metabolisme istirahat. Semua efek ini sangat bermanfaat pada diabetes karena dapat menurunkan berat badan, mengurangi rasa stress dan mempertahankan kesegaran tubuh. Latihan jasmani dilakukan secara teratur 3-4 kali tiap minggu selama  $\pm \frac{1}{2}$  jam. Adanya kontraksi otot akan merangsang peningkatan glukosa kedalam sel (Hartanti et al., 2013). Penderita diabetes dengan kadar glukosa darah  $>250\text{mg/dl}$  dan menunjukkan adanya keton dalam urine tidak boleh melakukan latihan sebelum pemeriksaan keton urine menunjukkan hasil negatif dan kadar glukosa darah mendekati normal. Penderita yang ikut serta dalam latihan yang panjang harus memeriksa kadar glukosa darahnya sebelum, selama dan sesudah periode latihan tersebut. Penderita diabetes harus diajarkan untuk selalu melakukan latihan pada saat yang sama (sebaiknya ketika kadar glukosa darah mencapai puncaknya) dan intensitas yang sama setiap harinya.

c. Pemantauan Glukosa dan Keton.

Pemantauan kadar glukosa darah dapat dilakukan secara mandiri, penderita diabetes kini dapat mengatur terapinya untuk mengendalikan kadar glukosa secara optimal. Cara ini memungkinkan deteksi dan pencegahan hipoglikemia serta hiperglikemia dan berperan dalam

menentukan kadar glukosa darah normal yang kemungkinan akan mengurangi komplikasi diabetes jangka panjang. Beberapa alat pemantau kadar glukosa darah terbaru tidak lagi menggunakan tahap penghapusan darah dari strip. Strip tersebut pertama-tama dimasukkan kedalam alat pengukur sebelum darah ditempelkan pada strip. Setelah darah melekat pada strip, darah tersebut dibiarkan selama pelaksanaan tes. Alat pengukur akan memperlihatkan kadar glukosa darah dalam waktu yang singkat (kurang dari 1 menit).

d. Penyuluhan.

Dalam pelaksanaan penyuluhan informasi yang diberikan mencakup patofisiologi sederhana seperti definisi diabetes, batas-batas kadar glukosa darah, efek terapi insulin, efek makanan dan stress dan dasar pendekatan terapi. Cara-cara terapi seperti pemberian insulin, dasar-dasar diet, pemantauan kadar glukosa darah, keton urin. Pengenalan, penanganan dan pencegahan hipoglikemia dan hieperglukemia. Informasi pragmatis dimana membeli dan menyimpan insulin, kapan dan bagaimana cara menghubungi dokter.

e. Obat-obatan.

Golongan sulfonilurea berfungsi untuk merangsang sel beta pankreas mengeluarkan insulin, golongan binguanid berfungsi untuk merangsang sekresi insulin yang tidak menyebabkan hipoglikemia. Alfa glukosidase inhibitor berfungsi untuk menghambat kerja insulin alfa glukosidase di dalam saluran cerna sehingga dapat menurunkan

penyerapan glukosa dan menurunkan hiperglikemia post prandial. Salah satu obat DM golongan sulfonilurea adalah metformin. Metformin adalah zat antihiperglikemik oral golongan biguanid untuk penderita diabetes militus tanpa ketergantungan terhadap insulin. Metformin hanya mengurangi kadar glukosa darah dalam keadaan hiperglikemia serta tidak menyebabkan hipoglikemia bila diberikan sebagai obat tunggal. Metformin tidak menyebabkan penambahan berat badan bahkan cenderung dapat menyebabkan kehilangan berat badan. Dosis; Metformin harus diberikan bersama dengan makanan atau sesudah makan dalam dosis yang terbagi dalam Tablet 500 mg dengan dosis 3 x sehari 1 tablet, Tabel 850 mg dengan dosis 1 x sehari 1 tablet (pagi), dosis pemeliharaan 2 x sehari 1 tablet (pagi dan malam). Insulin sensitizing agent; efek farmakologi meningkatkan sensitifitas berbagai masalah akibat resistensi insulin. Penyuntikan insulin sebaiknya 30 menit sebelum makan atau selang waktu tertentu berdasarkan regimen insulin dan nilai kadar gula darah (Hartanti et al., 2013).

#### 8. Komplikasi

Pada DM yang tidak terkontrol atau tidak segera ditangani dapat terjadi komplikasi metabolik akut maupun komplikasi vaskuler kronik, baik makroangiopati maupun mikroangiopati. Di Amerika Serikat, DM merupakan penyebab utama dari *end-stage renal disease (ESRD)*, *nontraumatik lowering amputation* dan *adult blindness*. Sejak ditemukan banyak obat untuk menurunkan glukosa darah, terutama setelah insulin

ditemukan angka kematian penderita DM akibat komplikasi akut menurun drastis. Kelangsungan hidup penderita diabetes lebih panjang dan diabetes yang tidak dapat dikontrol lebih lama. Komplikasi kronis akibat diabetes melitus yang tidak terkontrol dapat menyebabkan kerusakan organ-organ tubuh diantaranya (Soelistijo SA, dkk, 2021) :

a. Kerusakan Saraf (Neuropati)

Kerusakan saraf akibat diabetes, atau disebut juga dengan neuropati diabetik kebanyakan menyerang bagian kaki dan tangan. Penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 10-20% penderita diabetes mengalami nyeri yang disebabkan oleh kerusakan atau gangguan saraf. Gejala awal yang dirasakan ketika mengalami komplikasi ini diantaranya tangan atau kaki terasa kebas, kesemutan, nyeri, timbul sensasi terbakar hingga mati rasa. Selain itu kerusakan saraf juga dapat terjadi di organ lain, seperti organ pencernaan, saluran kemih, pembuluh darah dan jantung.

b. Kerusakan Mata (Retinopati)

Komplikasi diabetes melitus pada mata, atau disebut juga dengan retinopati diabetik, disebabkan oleh rusaknya pembuluh darah di retina. Kondisi ini berpotensi mengakibatkan kebutaan. Penyumbatan pembuluh darah pada retina juga akan memicu pembentukan pembuluh darah baru yang tidak berkembang sempurna. Pembuluh darah yang tidak sempurna ini mudah rusak/pecah sehingga mengakibatkan perdarahan dalam mata. Untuk mencegah komplikasi diabetes melitus pada mata, penderita

disarankan untuk melakukan pemeriksaan mata secara teratur. Hal ini dilakukan guna mendeteksi terjadinya retinopatik diabetik lebih awal.

c. Kerusakan Ginjal (Nefropati)

Kerusakan ginjal atau neuropatik diabetik adalah komplikasi berupa kerusakan ginjal yang diakibatkan oleh berkurangnya aliran darah ke ginjal pada pasien diabetes. Resikonya, penderita harus rutin melakukan cuci darah secara rutin atau mungkin harus menjalani operasi transplantasi ginjal. Pencegahan komplikasi diabetes melitus ini dapat dimulai dengan membatasi asupan protein, dengan tujuan untuk mengurangi beban kerja ginjal untuk menyaring (filtrasi) protein yang merupakan molekul yang besar. Selain itu, diperlukan juga mengontrol tekanan darah, kadar gula darah, serta konsumsi obat-obatan.

d. Penyakit Jantung Koroner

Tingginya kadar gula darah berpotensi menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah. Dimana, jika pembuluh darah rusak, maka sirkulasi darah di seluruh tubuh, termasuk jantung akan terganggu. Pada kondisi tersebut, beberapa penyakit yang mungkin akan muncul adalah penyakit jantung, seperti aterosklerosis (pengerasan pada pembuluh darah arteri yang dapat menyebabkan aliran darah terganggu), hingga serangan jantung. Untuk mencegahnya kadar gula darah dalam tubuh harus selalu dikontrol.

e. Stroke

Diabetes dikenal sebagai salah satu faktor risiko penyebab terjadinya stroke. Pasien dengan diabetes memiliki peluang lebih besar

untuk terserang stroke dibandingkan mereka yang tidak memiliki diabetes. Hal ini disebabkan karena kadar gula darah yang tinggi dapat membentuk aterosklerosis. Aterosklerosis adalah suatu kondisi dimana terbentuknya lapisan-lapisan lemak (disebut juga sumbatan kolestrol) dalam pembuluh darah akan menyebabkan terjadinya penyempitan ataupun lebih parah penyumbatan pada pembuluh darah. Itu sebabnya, menjaga kadar gula darah tetap dalam batas normal menjadi kewajiban yang harus dijalani oleh penderita diabetes.

f. Hipertensi

Diabetes melitus merupakan suatu penyakit kronik yang ditandai dengan adanya hiperglikemik sebagai akibat berkurangnya produksi insulin, ataupun keduanya. DM yang tidak dikelola dengan baik dapat mengakibatkan terjadinya komplikasi vaskuler salah satunya adalah hipertensi. Ketika seseorang memiliki kadar glukosa darah yang tinggi maka orang tersebut akan cenderung memiliki tekanan darah yang tinggi, karena diabetes akan meningkatkan jumlah total cairan dalam tubuh, yang cenderung meningkatkan tekanan darah.

g. Penyakit Paru

Diabetes dapat mempengaruhi semua organ tubuh, tak terkecuali paru-paru. Penyakit diabetes dapat menyebabkan kadar gula darah meningkat dan tidak terkontrol. Apabila tidak dikendalikan dengan baik, penyakit metabolik tersebut dapat merusak semua organ tubuh termasuk paru-paru. Orang dewasa yang mengidap diabetes tipe 1 dan 2 lebih

berisiko mengalami gangguan paru, penyakit diabetes juga dapat meningkatkan risiko infeksi paru, seperti pneumonia. Penderita diabetes tipe 2 lebih berisiko mengalami penurunan fungsi paru-paru dibandingkan orang tanpa penyakit tersebut. Orang dewasa yang memiliki diabetes tipe 2 disebut mengalami penurunan fungsi paru, penurunan fungsi paru terjadi karena peningkatan kadar gula darah.

h. Infeksi.

Sistem imun merupakan faktor dalam mencegah terjadinya infeksi. Peningkatan kadar gula darah yang tidak terkontrol (hiperglikemia) pada penderita diabetes menyebabkan respons imun melambat saat terpapar kuman penyakit. Kondisi hiperglikemia juga cenderung menguntungkan bagi kuman karena kadar glukosa tinggi meningkatkan kemampuan kuman untuk menyebar lebih cepat. Hiperglikemia juga meningkatkan peluang infeksi dengan cara menghambat aliran darah ke setiap permukaan tubuh. Dengan adanya luka terbuka, infeksi lebih mudah terjadi karena distribusi zat gizi yang diperlukan untuk penyembuhan dan melawan kuman menjadi terhambat.

## **B. Konsep Masalah Keperawatan**

Adapun masalah-masalah yang muncul pada pasien dengan diabetes melitus antara lain:

1. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.

Merupakan variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal.

**Penyebab:***Hiperglikemia*

- a. Disfungsi pankreas
- b. Resistensi insulin
- c. Gangguan toleransi glukosa darah
- d. Gangguan glukosa darah puasa

*Hipoglikemia*

- a. Penggunaan insulin atau obat glikemik oral
- b. Hiperinsulinemia (mis. insulinoma)
- c. Endokrinopati (mis. Kerusakan adrenal atau pituitari)
- d. Disfungsi hati
- e. Disfungsi ginjal kronis
- f. Efek agen farmakologis
- g. Tindakan pembedahan neoplasma
- h. Gangguan metabolik bawaan (mis. Gangguan penyimpanan lisosomal, galaktosemia, gangguan penyimpanan glikogen).

**Gejala dan Tanda Mayor***Hipoglikemia*

Subjektif: mengantuk, pusing.

Objektif: gangguan koordinasi, kadar glukosa dalam darah/urin rendah.

*Hiperglikemia*

Subjektif: lelah atau lesu.

Objektif: kadar glukosa dalam darah/urin tinggi.

## **Gejala dan Tanda Minor**

### *Hipoglikemia*

Subjektif: palpitasi, mengeluh lapar.

Objektif: gemetar, kesadaran menurun, perilaku aneh, sulit bicara, berkeringat.

### *Hiperglikemia*

Subjektif: mulut kering, haus meningkat

Objektif: jumlah urin meningkat.

## **Kondisi Klinis Terkait**

- a. Diabetes melitus
- b. Ketoasidosis diabetik
- c. Hipoglikemia
- d. Hiperglikemia
- e. Diabetes gestasional
- f. Penggunaan kortikosteroid
- g. Nutrisi Parental total (TPN)

## 2. Hipovolemi

Hipovolemi merupakan penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan intraseluler.

### **Penyebab:**

- a. Kehilangan cairan aktif
- b. Kegagalan mekanisme regulasi
- c. Peningkatan permeabilitas kapiler

d. Kekurangan intake cairan

e. Evaporasi

**Gejala dan tanda Mayor:**

Subjektif: -

Objektif: Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat

**Gejala dan tanda Minor:**

Subjektif: Merasa lemah, mengeluh haus

Objektif: Pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, berat badan turun tiba-tiba

**Kondisi Klinis Terkait**

a. Penyakit Addison

b. Trauma/pendarahan

c. Luka bakar

d. AIDS

e. Penyakit Crohn

f. Muntah

g. Diare

h. Kolitis ulseratif

i. Hipoalbuminemia

### 3. Perfusi Perifer Tidak Efektif

Merupakan penurunan sirkulasi darah dalam level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.

#### **Penyebab:**

- a. Hiperglikemia
- b. Penurunan konsentrasi hemoglobin
- c. Peningkatan tekanan darah
- d. Kekurangan volume cairan
- e. Penurunan aliran arteri dan vena
- f. Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis, merokok gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas)
- g. Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis, diabetes melitus, hiperlipidemia)
- h. Kurang aktivitas fisik

#### **Gejala dan tanda Mayor**

Subjektif: -

Objektif: Pengisian kapiler > 3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

#### **Gejala dan tanda Minor**

Subjektif: Parastesia, nyeri ekstremitas (kalau dikasih intermiten)

Objektif: Edema, penyembuhan luka terlambat, indeks ankie-brachial > 0.90, bruit femoralis.

**Kondisi Klinis Terkait.**

- a. Tromboflebitis.
  - b. Diabetes melitus.
  - c. Anemia.
  - d. Gagal Jantung kongenital.
  - e. Kelainan jantung kongenital/
  - f. Thrombosis arteri.
  - g. Varises.
  - h. Trombosis vena dalam.
  - i. Sindrom kompartemen.
4. Kerusakan Integritas Kulit/Jaringan.

Kerusakan kulit (dermis atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang kartilago, kapsul sendi dan legimen).

**Penyebab:**

- a. Perubahan sirkulasi
- b. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- c. Penurunan mobilitas
- d. Bahan kimia iritatif
- e. Suhu lingkungan yang ekstrim
- f. Efek samping terapi radiasi
- g. Kelembaban
- h. Proses penuaan
- i. Neuropati perifer

- j. Perubahan pigmentasi
- k. Perubahan hormonal
- l. Kurang terpapar informasi tentang upaya memepertahankan atau melindungi integritas jaringan

**Tanda dan gejala Mayor:**

Subjektif: -

Objektif: Kerusakan jaringan dan lapisan kulit

**Tanda dan gejala Minor:**

Subjektif: -

Objektif: nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma

**Kondisi Klinis Terkait :**

- a. Imobilisasi
  - b. Gagal jantung kongestif
  - c. Gagal ginjal
  - d. Diabetes melitus
  - e. Imunodefisiensi (mis.AIDS)
5. Defisit Nutrisi

Yaitu asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

**Penyebab:**

- a. Kurangnya asupan makanan
- b. Ketidakmampuan menelan makanan
- c. Ketidakmampuan mencerna makananan
- d. Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien

- e. Peningkatan kebutuhan metabolisme
- f. Faktor ekonomi (mis, finansial tidak mencukupi)
- g. Faktor psikologis (mis, stress, keengganan untuk makan)

**Tanda dan gejala Mayor:**

Subjektif: -

Objektif: berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideali

**Tanda dan gejala Minor:**

Subjektif: cepat kenyang setelah makan, kram atau nyeri abdomen, nafsu makan menurun

Objektif: bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.

**Kondisi Klinis Terkait :**

- a. Stroke
- b. Parkinson
- c. Mobius syndrome
- d. Cerebral palsy
- e. Cleft lip
- f. Cleft palate
- g. Amyotrophic lateral sclerosis
- h. Kerusakan neuromuskular
- i. Luka bakar
- j. Kanker

- k. Infeksi
- l. AIDS
- m. Penyakit Crohn's
- n. Enterokolitis
- o. Fibrosis kistik

#### 6. Intoleransi Aktivitas

Yaitu ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari hari.

**Penyebab:**

- a. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- b. Tirah baring
- c. Kelemahan
- d. Imobilitas
- e. Gaya hidup monoton

**Tanda dan gejala Mayor:**

Subjektif: mengeluh lelah

Objektif: frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi sehat

**Gejala dan Tanda Minor**

Subjektif: Dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah

beraktivitas merasa lemah

Objektif: tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG

menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, Gambaran EKG

menunjukkan iskemia, sianosis

**Kondisi Klinis Terkait**

- a. Anemia
  - b. Gagal jantung kongesif
  - c. Penyakit jantung koroner
  - d. Penyakit katup jantung
  - e. Aritmia
  - f. Penyakit paru obstruksi kronis (PPOK)
  - g. Gangguan metabolik
  - h. Gangguan muskuloskeletal
7. Resiko Infeksi

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

**Faktor risiko:**

- a. Penyakit kronis (mis, diabetes melitus)
- b. Efek prosedur invasif
- c. Malnutrisi
- d. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- e. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:
  - 1) Gangguan peristaltik
  - 2) Kerusakan integritas kulit
  - 3) Perubahan sekresi pH
  - 4) Penurunan kerja siliaris
  - 5) Ketuban pecah lama
  - 6) Ketuban pecah sebelum waktunya
  - 7) Merokok

- 8) Statis cairan tubuh
- f. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder:
- 1) Penurunan hemoglobin
  - 2) Imunosupresi
  - 3) Leukopenia
  - 4) Supresi respon inflamasi
  - 5) Vaksinasi tidak adekuat

**Kondisi Klinis Terkait**

- a. AIDS.
- b. Luka bakar.
- c. Penyakit paru obstruktif.
- d. Diabetes melitus.
- e. Tindakan invasi.
- f. Kondisi penggunaan terapi steroid.
- g. Penyalahgunaan obat.
- h. Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW).
- i. Kanker.
- j. Gagal ginjal.
- k. Imunosupresi.
- l. Lymphedema.
- m. Leukositopenia.
- n. Gangguan fungsi hati.

## C. Konsep Asuhan Keperawatan

Pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan terdiri dari 5 tahapan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Kelima proses ini harus dijalankan secara berkesinambungan antara satu tahapan dengan tahapan lainnya.

### 1. Pengkajian

#### a. Pengumpulan Data

Pengkajian merupakan tahap pertama dan utama yang sangat menentukan keberhasilan tahapan proses keperawatan selanjutnya. Data-data umum yang sering ditanyakan pada pasien Diabetes Melitus adalah sebagai berikut :

#### 1) Biodata

- a) Identitas Pasien (nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, agama, suku, alamat, status, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnosa medis).
- b) Identitas penanggung jawab (nama, umur, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien).

#### 2) Riwayat Kesehatan

##### a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan yang timbul pada pasien dengan diabetes melitus adalah adanya gatal pada kulit yang tidak sembuh-sembuh, kesemutan, menurunnya berat badan, meningkatnya nafsu makan, sering haus, banyak kencing, menurunnya ketajaman penglihatan.

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Adanya riwayat penyakit terdahulu yang pernah diderita oleh pasien tersebut, seperti pernah menjalani operasi berapa kali, dan dirawat di RS berapa kali.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien dengan diabetes melitus sering kali didapatkan adanya riwayat penyakit turunan, tetapi pada beberapa pasien lainnya tidak ditemukan adanya penyakit yang sama pada anggota keluarga.

3) Pola Fungsional Gordon

a) Pola Pemeliharaan Kesehatan

Tanyakan pada pasien pendapatnya mengenai kesehatan dan penyakit. Apakah pasien langsung mencari pengobatan atau menunggu sampai penyakit tersebut mengganggu aktivitas pasien.

b) Pola Aktivitas

Kaji keluhan saat beraktivitas, biasanya terjadi perubahan aktivitas sehubungan dengan gangguan fungsi tubuh. Kemudian pada pasien ditemukan adanya masalah dalam bergerak, kram otot, tonus otot menurun, kelemahan, dan keletihan

c) Pola Eliminasi

Tanyakan pada pasien bagaimana BAB dan BAK, warna dan karakteristiknya. Berapa kali dan berapa banyak pasien miksi dan defekasin dalam sehari, apakah pasien menggunakan alat bantu

untuk miksi dan defikasi. Pada pasien DM biasanya mengeluh sering BAK atau poliuria.

d) Pola Nutrisi

Tanyakan bagaimana pola dan porsi makan dan minum pasien sehari-hari. Kemudian tanyakan bagaimana nafsu makan dan minum pasien, apakah ada mual, muntah, pantangan atau alergi. Biasanya pada pasien DM pasien mengeluh banyak makan atau polifagia, dan banyak minum atau polidipsi.

e) Pola Kognitif Persepsi

Kaji status mental pasien, kemampuan berkomunikasi, dan kemampuan pasien dalam memahami sesuatu, tingkat ansietas pasien berdasarkan ekspresi wajah, nada bicara pasien.

f) Pola Sensori Visual

Kaji penglihatan dan pendengaran pasien (biasanya pada pasien DM mengeluh penglihatannya kabur).

g) Pola Toleransi dan Koping Terhadap Stress

Tanya dan kaji perhatian utama pasien selama dirawat di RS. Kemudian kaji keadaan emosi pasien sehari-hari dan bagaimana pasien mengatasi stressnya, apakah pasien mengatasinya dengan menggunakan obat-obatan atau dengan cara membagi masalah pasien dengan orang terdekat.

#### h) Pola Persepsi Diri/ Konsep Diri

Tanyakan pada pasien bagaimana pasien menggambarkan dirinya sendiri, apakah kejadian yang menimpa pasien mengubah gambaran dirinya.

#### 4) Pemeriksaan Fisik

Menurut Purwanto 2016 pemeriksaan fisik pada diabetes melitus yaitu :

- a) Kepala : normal, kepala tegak lurus, tulang kepala umumnya bulat dengan tonjolan frontal di bagian anterior dan oksipital di bagian posterior
- b) Rambut : biasanya tersebar merata, tidak terlalu kering, tidak terlalu berminyak.
- c) Mata : mata simeteris, adanya refleks pupil terhadap cahaya, terdapat gangguan penglihatan apabila sudah mengalami retinopati diabetik.
- d) Telinga : terdapat penurunan fungsi pendengaran.
- e) Hidung : adanya sekret, pernapasan cuping hidung, ketajaman penciuman hidung menurun.
- f) Mulut : mukosa bibir kering, napas berbau aseton
- g) Leher : tidak terjadi pembesaran kelenjar getah bening
- h) Pemeriksaan Dada
  - Pernapasan : sesak napas, batuk dengan tanpa sputum purulent dan tergantung da/tidaknya infeksi, panastesia/paralise otot

pernapasan (jika kadar kalium menurun tajam), RR > 24x/menit, nafas berbau aseton.

- Kardiovaskuler : takikardia/ nadi menurun, perubahan TD postural, hipertensi disritmia dan krekel.
- i) Pemeriksaan abdomen : adanya nyeri tekan pada bagian pankreas, distensi abdomen, suara bising usus yang menurun/melemah.
- j) Pemeriksaan reproduksi : rabas vagina jika terjadi infeksi, keputihan, impotensi pada pria, dan sulit orgasme pada wanita.
- k) Pemeriksaan integumen : biasanya terdapat lesi atau luka yang lama sembuh. Kulit kering, adanya ulkus di kulit, akral teraba dingin, capillary refill kurang dari 3 detik, adanya pitting edema.
- l) Pemeriksaan ekstremitas : kekuatan otot dan tonus otot melemah. Adanya luka pada kaki atau kaki diabetik.

#### b. Tabulasi Data

Adanya gatal pada kulit yang tidak sembuh-sembuh, kesemutan, menurunnya berat badan, meningkatnya nafsu makan atau polifagia, sering haus atau polidipsi, polyuria, diare, muntah, bising usus lemah /menurun, takikardia, rasa berat pada tungkai, kulit kemerahan, pruritus, penyembuhan luka lama, pengisian kapiler > 3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, mukosa bibir kering, nafas berbau aseton, urin encer, kuning, distensi abdomen, mengantuk dan gangguan memori, hipertensi, distrimia, adanya gatal dan keputihan pada pasien, mengeluh nyeri, gangguan

penglihatan, gangguan fungsi pendengaran, napas berbau aseton, kulit kering, adanya ulkus di kulit, kekuatan otot dan tonus otot melemah, adanya luka pada kaki atau kaki diabetik.

c. Klasifikasi Data

DS: adanya gatal pada kulit yang tidak sembuh-sembuh, kesemutan, polifagia, polidipsi, poliuria, diare, muntah, rasa berat pada tungkai, gangguan penglihatan, urine kuning, mengantuk, adanya gatal dan keputihan pada area genitalia, adanya nyeri pada otot, gangguan fungsi pendengaran, adanya luka pada kaki.

DO: Penurunan BB, bising usus lemah/menurun, takikardia, kulit kemerahan, pruritus, penyembuhan luka lama, pengisian kapiler > 3 detik, nadi perife menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit tidak elastis, gangguan penglihatan, gangguan fungsi pendengaran, napas berbau aseton, kulit kering, adanya ulkus di kulit, kekuatan otot dan tonus otot melemah, adanya luka pada kaki atau kaki diabetik.

d. Analisa Data

- 1) Problem: Ketidakstabilan glukosa darah. Etiologi: Hiperglikemia.  
Sign/simptom : DS: lelah, lesu. DO: kadar glukosa dalam darah/urin tinggi.
- 2) Problem: Hipovolemi. Etiologi: kehilangan cairan aktif (poliuri).  
Sign/simptom: DS: polyuria, polidipsi. DO: Takikardi.

- 3) Problem: Perfusi perifer tidak efektif. Etiologi: hiperglikemi.  
Sign/simptom: DS: parastesia, nyeri pada ekstremitas. DO: pengisian kapiler > 3detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.
- 4) Problem: Resiko infeksi. Etiologi: ketidakadekuatnya pertahanan tubuh perimer. Sign/simptom: DS: -, DO : -
- 5) Problem: Gangguan integritas kulit/jaringan. Etiologi: neuropati perifer. Sign/Simptom: DS: pruritus, kemerahan. DO: kemerahan pada kulit, gatal-gatal.
- 6) Problem: Defisit nutrisi. Etiologi: Penurunan absorpsi nutrisi.  
Sign/Simptom: DS: penurunan BB, diare, muntah. DO: penurunan kekuatan otot.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien diabetes melitus menurut Nurarif, 2015 antara lain:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia.  
DS: lelah, lesu.  
DO:kadar glukosa dalam darah/urin tinggi.
- b. Hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif yang ditandai dengan:  
DS : polyuria, polidipsi  
DO : nadi meningkat, takikardi

- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia, yang ditandai dengan
- DS: parastesia, nyeri pada ekstremitas.
- DO: pengisian kapiler > 3detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.
- d. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer yang ditandai dengan:
- DS : pruritus.
- DO : kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit kemerahan pada kulit, pruritus.
- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan absorpsi nutrisi yang ditandai dengan:
- DS : penurunan BB, diare, muntah.
- DO : penurunan kekuatan otot.
- f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, yang ditandai dengan:
- DS :: mengeluh lelah
- DO : kekuatan otot dan tonus otot melemah
- g. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadkuatnya pertahanan tubuh perimer ditandai dengan:
- DS : -
- DO : -

3. Intervensi Keperawatan(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018):

a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperhlikemia

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gulah darah dalam batas normal

Kriteria hasil:

- 1) Keluhan lapar menurun
- 2) Pusing menurun
- 3) Keluhan lapar menurun
- 4) Gemetar menurun
- 5) Berkeringat menurun
- 6) Kadar glukosa dalam darah normal

Intervensi

**Manajemen Hiperglikemia**

**Observasi**

- 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia  
Rasional: mengetahui factor penyebab hiperglikemia sehingga bisa menentukan intervensi yang cepat dan tepat.
- 2) Identifikasi situasi yang menyebabkan, kebutuhan insulin meningkat  
Rasional: mengetahui factor pencetus peningkatan kebutuhan insulin.
- 3) Monitor kadar glukosa darah

Rasional:mengetahui rentang kadar gula darah sehingga dapat menentukan tindakan selanjutnya.

- 4) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia( mis. polyuria, polidpsi, polifagia, kelemahan, pandangan kabur, sakit kepala

Rasional:

- 5) Monitor intake dan output cairan

Rasional:adanya indikasi peningkatan kadar glukosa darah

- 6) Monitor keton urine, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah

Rasional: mengetahui adanya indikasi peningkatan kadar glukosa darah

### **Terapeutik**

- 7) Berikan asupan cairan oral

Rasional:asupan cairan oral yang banyak dapat mengeliminasi sebagian kadar glukosa darah.

- 8) Konsultasi dengan medis, jika tanda dan gejala hiperlikemia tetap ada atau memburuk

Rasional: untuk menentukan penanganan yang cepat dan tepat.

- 9) Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik

Rasional: membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan mobilisasi serta terhindar dari cedera .

### Edukasi

- 10) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL
- 11) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri  
Rasional: mengetahui rentang glukosa darah.
- 12) Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga  
Rasional: mencegah terjadinya peningkatan kadar glukosa darah.
- 13) Ajarkan pengelolaan Diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat)  
Rasional: pengelolaan diabetes yang baik dapat menurunkan kadar glukosa darah.

### Kolaborasi

- 14) Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu  
Rasional: pemberian insulin dapat menurunkan kadar glukosa darah.
  - 15) Kolaborasi pemberian cairan intravena, jika perlu  
Rasional: menetralsir kadar glukosa darah dengan mengeliminasi melalui urine.
- b. Hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
- Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah kekurangan volume cairan dapat teratasi.

Kriteria hasil:

- 1) TTV stabil
- 2) Turgor kulit baik
- 3) Haluaran urine normal
- 4) Kadar elektrolit dalam batas normal

Intervensi :

### **Manajemen Cairan:**

#### **Observasi**

- 1) Pantau Tanda-Tanda Vital (TTV)

Rasional: Hipovolemia dapat ditandai dengan hipotensi dan takikardi.

- 2) Monitor status hidrasi (mis. Frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah)

Rasional: Memberikan informasi kondisi cairan dalam tubuh pasien dan memudahkan memberikan intervensi .

- 3) Monitor BB harian

Rasional: Memberikan informasi tentang status kalori pasien dan membantu dalam memberikan hasil status cairan yang sedang berlangsung dan selanjutnya dalam pemberian cairan pengganti.

#### **Terapeutik**

- 4) Catat intake dan output dan hitung balance cairan 24 jam

Rasional: Memberikan perkiraan kebutuhan akan cairan pengganti, fungsi ginjal dan keefektifan terapi.

- 5) Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan

Rasional: Mempertahankan keseimbangan cairan dengan membatasi pemberian cairan kepada pasien DM sehingga mencegah terjadinya kekurangan dan kelebihan cairan tubuh.

### **Kolaborasi**

6) Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu

Rasional: diuretik sering diresepkan untuk meningkatkan diuresis cairan yang terakumulasi.

c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan perfusi jaringan maksimal seimbang.

Kriteria hasil:

- 1) Nyeri berkurang atau hilang
- 2) Pergerakan/aktivitas pasien bertambah dan tidak terbatas
- 3) Pasien mampu memenuhi kebutuhan secara mandiri

Intervensi:

### **Perawatan Sirkulasi**

#### **Observasi**

- 1) Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index)

Rasional:

- 2) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolestrol tinggi)

Rasional: faktor resiko dapat memperburuk perfusi perifer.

- 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas

Rasional:gejala diatas merupakan tanda terjadinya peradangan.

### **Terapeutik**

- 4) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi

Rasional: dapat memperburuk luka atau cedera akibat pengambilan darah.pemasangan infus.

- 5) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi

Rasional: penekanan yang lama dari manset akan menyebabkan terjadinya cedera pada daerah tersebut.

- 6) Lakukan pencegahan infeksi

Rasional:menghindari terjadinya infeksi.

- 7) Lakukan perawatan kaki dan kuku

Rasional: mencegah terjadinya luka/cedera akibat kurangnya perawatan pada daerah tersebut.

- 8) Lakukan hidrasi

Rasional:hidrasi yang baik dapat mencegah terjadinya infeksi akibat kurangnya suplai darah ke daerah tersebut.

### **Edukasi**

- 9) Anjurkan berolahraga rutin

Rasional: olahraga merupakan salah satu cara untuk memperlancar sirkulasi darah.

10) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur

Rasional: tekanan darah yang tinggi dapat memperburuk sirkulasi darah akibat proses vasokonstriksi.

11) Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)

Rasional: sirkulasi darah yang baik dapat mencegah terjadinya penurunan perfusi perifer.

d. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan diskontinuitas jaringan.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien akan menunjukkan integritas kulit/jaringan yang baik.

Kriteria Hasil :

- 1) Tidak gatal-gatal
- 2) Tidak ada kemerahan pada kulit
- 3) Luka sembuh.

Intervensi:

### **Perawatan Integritas Jaringan**

#### **Observasi**

- 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)

Rasional: Pengkajian yang tepat terhadap kulit dan kelainan pada kulit akan membantu dalam menentukan tindakan selanjutnya.

### **Terapeutik**

- 2) Jelaskan pada pasien tentang sebab-sebab timbulnya gatal-gatal dan kemerahan pada kulit.

Rasional: pemahaman pasien tentang penyebab gatal dan kemerahan yang terjadi akan mengurangi ketegangan pasien dan memudahkan pasien untuk diajak bekerjasama dalam melakukan tindakan pencegahan.

### **Kolaborasi**

- 3) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian insulin, pemeriksaan kultur pus pemeriksaan gula darah pemberian antibiotik.

Rasional: insulin akan menurunkan kadar gula darah, pemeriksaan kultur pus untuk mengetahui jenis kuman dan antibiotik yang tepat untuk pengobatan, pemeriksaan kadar gula darah untuk mengetahui perkembangan penyakit.

- e. Defisit Nutrisi berhubungan dengan penurunan absorpsi nutrisi.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi.

Kriteria hasil:

- 1) Berat badan stabil
- 2) Mencerna jumlah nutrisi yang tepat
- 3) Menunjukkan tingkat energi yang stabil

Intervensi:

### **Manajemen Nutrisi**

#### **Observasi**

1) Identifikasi status nutrisi

Rasional: pengkajian ini penting dilakukan untuk mengetahui status nutrisi klien sehingga dapat menentukan intervensi selanjutnya

2) Identifikasi makanan yang disukai

Rasional: Jika makanan yang disukai dapat dimasukkan dalam pencernaan makanan, kerja sama ini dapat diupayakan setelah pulang

3) Memonitor berat badan setiap hari

Rasional :Mengkaji pemasukan makanan yang adekuat

4) Auskultasi bising usus, catat adanya nyeri abdomen atau mual muntah

Rasional: Hiperglikemia dapat menurunkan motilitas atau fungsi lambung (distensi atau ileusparalitik) yang akan mempengaruhi pilihan intervensi.

#### **Terapeutik**

5) Tentukan program diet dan pola makan pasien, dan bandingkan dengan makanan yang dihabiskan pasien.

Rasional: Mengidentifikasi kekurangan dan penyimpangan dari kebutuhan

#### **Edukasi**

6) Libatkan keluarga pada perencanaan makan sesuai indikasi

Rasional: Memberikan informasi kepada keluarga untuk memahami kebutuhan nutrisi pasien

### **Kolaborasi**

7) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

Rasional: Sangat bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan pasien.

f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, kelelahan

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x24 jam diharapkan toleransi aktifitas meningkat.

Kriteria hasil: Keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas menurun, dispnea setelah aktivitas menurun, frekuensi nadi membaik (60-100x/m)

Intervensi:

### **Manajemen Energi**

Observasi :

1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

Rasional: mengetahui salah satu faktor pencetus kelelahan

2) Monitor kelelahan fisik dan emosional

Rasional: salah satu faktor pencetus kelelahan

3) Monitor pola dan jam tidur

Rasional: pola jam tidur yang tidak efektif merupakan salah satu penyebab kelelahan.

### Terapeutik

- 4) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (Mis. Cahaya, suara, kunjungan)

Rasional: lingkungan yang nyaman dapat membantu pasien memenuhi kebutuhan tidur

- 5) Lakukan rentang gerak pasif dan atau aktif

Rasional: latihan rentang gerak yang normal dapat mencegah terjadinya kekakuan pada sendi.

- 6) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan

Rasional: distraksi dapat memberikan efek relaksasi dengan melepaskan endorphen.

- 7) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Rasional: membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan mobilisasi.

### Edukasi

- 8) Anjurkan tirah baring

Rasional: tirah baring dapat membantu pasien untuk mempersiapkan cadangan energy.

- 9) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional: membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan ambulansi

- 10) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Rasional: strategi koping yang baik dalam mengurangi kelelahan dapat membantu pasien dalam menyiapkan cadangan energi untuk memenuhi kebutuhan ambulansi.

Kolaborasi

11) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Rasional: asupan nutrisi yang baik dapat menghasilkan energi sehingga dapat melakukan aktivitas.

g. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatnya pertahanan tubuh perimer.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan resiko infeksi dapat dicegah atau tidak terjadi infeksi.

Kriteria hasil:

- 1) Pasien bebas dari tanda gejala infeksi
- 2) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
- 3) Jumlah leukosit dalam batas normal
- 4) Menunjukkan perilaku hidup sehat

Intervensi:

### **Pencegahan Infeksi**

### **Obeservasi**

1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Rasional: Pasien mungkin masuk dengan infeksi yang biasanya telah mencetuskan keadaan ketoasidosis atau infeksi nosokomial.

### **Terapeutik**

- 2) Berikan perawatan kulit pada area edema

Rasional: Sirkulasi perifer bisa terganggu yang menempatkan pasien pada peningkatan risiko terjadinya iritasi kulit dan infeksi.

- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Rasional: Mencegah timbulnya infeksi nosokomial

- 4) Pertahankan teknik aseptik prosedur invasif

Rasional: Kadar glukosa tinggi akan menjadi media terbaik bagi pertumbuhan kuman

### **Edukasi**

- 5) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

Rasional: menghindari kemungkinan terjadinya infeksi pada area luka

- 6) Anjurkan untuk makan dan minum adekuat

Rasional: Menurunkan kemungkinan terjadinya infeksi

### **Kolaborasi**

- 7) Kolaborasi tentang pemberian antibiotik yang sesuai

Rasional: Penanganan awal dapat membantu mencegah timbulnya sepsis

## 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang

dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Nursalam, 2011).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Mengevaluasi adalah menilai atau menghargai. Evaluasi keperawatan merupakan tahapan akhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan.

## **BAB III**

### **METODE STUDI KASUS**

#### **A. Rancangan /Desain Studi Kasus**

Studi kasus ini menggunakan jenis penelitian deskriptif yang bertujuan untuk menggambarkan objek yang diteliti. Dalam hal ini objek yang diteliti yakni pasien Ny.A.N. dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus di ruangan RPD III RSUD Ende. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada pasien Diabetes Mellitus di RPD III RSUD Ende

#### **B. Subjek Studi Kasus**

Subjek yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini berjumlah satu orang yakni Ny.A.N. Dengan diagnosa medis diabetes mellitus di Ruang Penyakit Dalam III (RPD III).

#### **C. Batasan Istilah (Definisi Operasional).**

Adapun defenisi operasional dalam studi kasus ini:

1. Diabetes Melitus merupakan suatu gangguan metabolisme tubuh akibat hormon insulin dalam tubuh yang tidak dapat digunakan secara efektif dalam mengatur keseimbangan gula darah sehingga meningkatkan konsentrasi kadar gula di dalam darah/hiperglikemia, pasien dikatakan Diabetes Melitus jika hasil GDS  $\geq 200$  mg/dl.
2. Asuhan keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan keperawatan profesional bagian integral dari pelayanan kesehatan meliputi kebutuhan

biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang diberikan langsung kepada pasien mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan asuhan keperawatan.

#### **D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus**

Studi kasus dilaksanakan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende selama 3 hari dari tanggal 19 - 21 Januari 2024

#### **E. Prosedur Studi Kasus**

Studi kasus diawali dengan penyusunan proposal. Setelah disetujui oleh pembimbing selanjutnya penulis mengurus izin yang dimulai dengan meminta izin kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan izin dari Direktur kemudian meminta izin kepada Kepala Ruang Penyakit Dalam III. Setelah mendapatkan izin dan diperbolehkan untuk memilih pasien sesuai dengan kasus, penulis memilih responden lalu menjelaskan tujuan. Setelah disetujui oleh responden, penulis meminta tanda tangan *informed consent* dan dilanjutkan dengan pengumpulan data dan melaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari.

#### **F. Teknik Pengumpulan Data**

Proses pengumpulan data diawali dengan meminta ijin Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan ijin dari Direktur kemudian meminta ijin kepala ruang penyakit dalam. Setelah mendapatkan ijin, penulis diperbolehkan untuk memilih pasien untuk menentukan kasus yang dipilih. Setelah memilih responden lalu menjelaskan tujuan, bila responden setuju

penulis meminta tanda tangan *informed consent*. Pada penulisan ini, metode pengumpulan data yang digunakan yaitu :

1. Wawancara

Wawancara dilakukan pada tanggal 19 – 21 Januari pada Ny.A.N dan keluarganya berkaitan dengan biodata, keluhan utama, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, pola-pola kesehatan dan perkembangan pasien selama penulis melakukan asuhan keperawatan.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi pada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh penulis. Observasi ini dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik pada pasien dengan prinsip head to toe dan hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi, dengan menggunakan instrument seperti stetoskop, tensi meter, thermometer. Observasi dilakukan selama 3 hari berturut-turut.

3. Studi Dokumentasi

Studi Dokumentasi dilakukan dengan mendapatkan data-data laporan dan informasi dari rekam medis pasien.

### **G. Instrument Pengumpulan Data**

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi sampai evaluasi sesuai ketentuan yang berlaku di Prodi D III Keperawatan Ende.

## **H. Keabsahan Data**

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan aktual. Pada studi kasus ini data diperoleh dari :

### **1. Data Primer**

Sumber data yang dikumpulkan dari Ny.A.N yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya meliputi , biodata klien, biodata penanggung jawab, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan terdahulu, dan keluhan-keluhan pasien selama dirawat di rumah sakit.

### **2. Data Sekunder**

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien (keluarga) meliputi riwayat kesehatan keluarga dan data lain yang didapatkan dari catatan rekam medik.

## **I. Analisis Data**

Analisa data dilakukan sejak penulis di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari studi kasus yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah studi kasus. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh penulis dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk

selanjutnya diinterpretasikan oleh penulis dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **C. Hasil Studi Kasus**

##### **1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus**

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Ende yang merupakan RS tipe C milik pemerintah daerah Kabupaten Ende 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 fisiotherapi. Instalasi Rawat Inap terdiri dari Ruang rawat penyakit dalam, Ruang rawat penyakit bedah, Ruang rawat penyakit kandungan dan kebidanan, Ruang rawat penyakit anak, Ruang rawat perinatal, Ruang rawat intensif (ICU), Ruang paviliun dan Ruang perawatan khusus. Unit penunjang medis RSUD Ende terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, kamar bedah, kamar bersalin, elektromedis dan fisiotherapi. Sedangkan unit penunjang non medis terdiri dari bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian keperawatan, instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit (IPSR), unit kamar jenazah, dapur, sentral oxygen dan sistem informasi manajemen rumah sakit.

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Ende tepatnya di Ruangan Penyakit Dalam III. Ruangan penyakit dalam kelas III dipimpin oleh seorang kepala ruangan dan mempunyai staf sebanyak 18 orang terdiri dari perawat

berjumlah 15 orang dengan tingkat pendidikan D III keperawatan terdiri dari 14 orang dan sarjana keperawatan + ners 1 orang, staf administrasi 1 orang, *cleaning service* 2 orang. Ruangan penyakit dalam kelas III juga dapat menampung pasien dengan kapasitas bed berjumlah 19 bed.

## 2. Pengkajian

### a. Pengumpulan Data

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 19 Januari 2024, Jam 07.00 wita di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende pada pasien berinisial Ny. A.N yang berumur 43 tahun. Pasien berjenis kelamin perempuan beragama Katolik, alamat rumah di Jl.Hayam Wuruk, status pasien belum menikah, pendidikan terakhir SMA dan pekerjaan wiraswasta. Penanggung jawab pasien yaitu Ny.R.D berumur 25 tahun, sebagai keponakan dari pasien, tinggal di Jl.Adi Sucipto, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga (IRT)

#### 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 sejak 2 minggu terakhir, cepat lapar, mual tidak disertai muntah, sesak napas sejak 1 hari sebelumnya dan makin lama makin

memberat, luka pada jari tengah tangan kanan awalnya seperti lepuhan kecil berisi air sejak 1 minggu terakhir 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 ± 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 ada keluhan sering kencing pada malam hari sejak 1 bulan terakhir.

### 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 senduk 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 sejak satu bulan terakhir 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 alcohol 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.

Kedaaan 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.

Kedaaan 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 +/+ . 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 genitalia: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 17 Januari 2024)

**Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap**

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	30.61	[10 <sup>3</sup> /UI]	(3.80-10.60)
LYMPH#	1.06	[10 <sup>3</sup> /UI]	(1.00-3.70)
MONO#	1.47	[10 <sup>3</sup> /UI]	(0.00-0.70)
EO#	0.02	[10 <sup>3</sup> /UI]	(0.00-0.40)
BASO#	0.04	[10 <sup>3</sup> /UI]	(0.00-0.10)
NEUT#	28.27	[10 <sup>3</sup> /UI]	(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)	17/01/2024	1015 mg/dL	70-140 mg/dL
GDS (Stik)	18/01/2024	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, ondansentron 3x4 mg/iv, omeprazole 2x40 mg/iv, paracetamol 3x1 gr/iv, ceftriaxone 2x1 gr/iv, metronidazole infus 3x500 mg/iv.

## b. Tabulasi Data

Pasien mengatakan badan lemah, mual tidak disertai muntah, panas, selalu mengkonsumsi makanan yang manis, minum kopi dengan takaran gula yang banyak dan terasa sangat manis, sering kencing pada malam hari sejak satu bulan terakhir kadang 3-4x, sering haus, cepat lapar, cepat lelah saat melakukan aktivitas miring kiri dan miring kanan dan aktivitasnya dibantu keluarga, luka pada jari tengah tangan kanan, warna kehitaman (nekrosis), bau (-), nyeri(-), bengkak (+), pus (+) tertutup kasa, suhu : 37,8 °C, kulit hangat, GDS (Darah Vena): 1.015 mg/dL, GDS (Stik) 333 mg/dL, *WBC (white blood cell)*:  $30.61 \times 10^3$ , terpasang IVFD NaCl 0,9% drip novorapid 50 IU 20 TPM pada tangan kiri dan dower kateter No. FR 16. produksi urine/24 jam  $\pm 2.400$ cc warna urine kuning jernih

### c. Klasifikasi Data

Berdasarkan hasil tabulasi maka data kemudian diklasifikasikan kedalam dua bagian yaitu :

Data subyektif: Pasien mengatakan badan lemah, mual tidak disertai muntah, panas, cepat lelah saat melakukan aktivitas miring kiri dan miring kanan dan aktivitasnya dibantu keluarga, selalu mengkonsumsi makanan yang manis, minum kopi dengan takaran gula yang banyak dan terasa sangat manis, sering kencing pada malam hari kadang 3-4x, sering haus, cepat lapar.

Data objektif: keadaan umum tampak lemah, suhu : 37,8 °c, kulit hangat, luka pada jari tengah tangan kanan, warna kehitaman (nekrosis), bau (-), nyeri(-), bengkak (+), pus (+) tertutup kasa, (+) tertutup kasa, GDS (Darah Vena): 1.015 mg/dL, GDS (Stik) 333 mg/dL, WBC: 30.61x10<sup>3</sup>, terpasang IVFD NaCl 0,9% drip novorapid 50 IU 20 TPM pada tangan kiri dan dower kateter No. FR 16. produksi urine/24 jam ±2.400cc warna urine kuning jernih.

### d. Analisa Data

Setelah semua data diklasifikasikan, maka data dapat dianalisa sebagai berikut :

- 1) DS: Pasien mengatakan badan lemah, mual tidak disertai muntah, selalu mengkonsumsi makanan yang manis, minum kopi dengan takaran

gula yang banyak dan terasa sangat manis, sering kencing pada malam hari kadang 3-4x, sering haus dan cepat lapar.

DO:GDS (Darah Vena): 1.015 mg/dL, GDS (Stik) 333 mg/dL, terpasang IVFD NaCl 0,9% drip novorapid 50 IU 20 TPM pada tangan kiri

Etiologi: Hiperglikemia

Problem: Ketidakstabilan kadar glukosa darah

2) DS: Pasien mengatakan badan panas.

DO: Suhu : 37,8 °c, kulit hangat, WBC:  $30.61 \times 10^3$ , luka pada jari tengah tangan kanan, warna kehitaman (nekrosis), bau (-), nyeri(-), bengkak (+), pus (+) tertutup kasa, (+) tertutup kasa,

Etiologi: proses penyakit (infeksi)

Problem:hipetermia

3) DS: Pasien mengatakan luka pada jari tengah tangan kanan.

DO: Tampak luka pada jari tengah tangan kanan, warna kehitaman (nekrosis), bau (-), nyeri(-), bengkak (+), pus (+) tertutup kasa.

Etiologi: Perubahan sirkulasi

Problem: kerusakan integritas jaringan

4) DS: Pasien mengatakan cepat lelah saat melakukan aktivitas miring kiri dan miring kanan dan aktivitasnya dibantu keluarga.

DO: Keadaan umum tampak lemah, cepat lelah, *activity daily living* (ADL) dibantu keluarga, terpasang dower kateter No. FR 16.

Etiologi: Kelemahan

Problem: Intoleransi aktifitas

### 3. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, maka data –data hasil pengkajian dibuat dalam bentuk diagnosa keperawatan, yakni suatu penilaian terhadap respon individu yang membutuhkan tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah yang ada.

Rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.A.N adalah sebagai berikut :

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, yang ditandai dengan :

DS: Pasien mengatakan badan lemah, mual tidak disertai muntah, rutin mengkonsumsi makanan yang manis, minum kopi dengan takaran gula yang banyak dan terasa sangat manis, sering kencing pada malam hari kadang 3-4x, sering haus dan cepat lapar.

DO:GDS (Darah Vena): 1.015 mg/dL, GDS (Stik) 333 mg/dL, terpasang

IVFD 0,9% drip novorapid 50 IU 20 TPM pada tangan kiri.

- b. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi), yang ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan badan panas.

DO: Suhu : 37,8 °c, kulit hangat, WBC: 30.61x10<sup>3</sup>, luka pada jari tengah tangan kanan, warna kehitaman (nekrosis), bau (-), nyeri(-), bengkak (+), pus (+) tertutup kasa, (+) tertutup kasa.

c. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi, yang ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan luka pada jari tengah tangan bagian kanan.

DO: Tampak luka pada jari tengah tangan kanan, warna kehitaman (nekrosis), bau (-), nyeri(-), bengkak (+), pus (+) tertutup kasa.

d. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, yang ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan cepat lelah saat melakukan miring kiri dan miring kanan dan aktivitasnya dibantu keluarga.

DO: Keadaan umum tampak lemah, cepat lelah, *activity daily living* (ADL) dibantu keluarga, terpasang dower kateter No. FR 16.

#### **4. Rencana Keperawatan**

Rencana keperawatan dibuat berdasarkan masalah yang ditemukan dan disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani.

Adapun urutan prioritas masalah tersebut yaitu prioritas utama yang mengancam kehidupan, prioritas kedua mengancam kesehatan, sedangkan Prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan.

Prioritas Masalah:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah
- b. Hipotermia
- c. Kerusakan integritas kulit
- d. Intoleransi aktivitas

Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya dibuat rencana keperawatan.

#### Rencana Keperawatan

- 1) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia.

DS: Pasien mengatakan badan lemah, mual tidak disertai muntah, selalu mengkonsumsi makanan yang manis, minum kopi dengan takaran gula yang banyak dan terasa sangat manis, sering kencing pada malam hari kadang 3-4x, sering haus dan cepat lapar.

DO:GDS (Darah Vena): 1.015 mg/dL, GDS (Stik) 333 mg/dL, terpasang IVFD NaCl 0,9% drip novorapid 50 IU 20 TPM pada tangan kiri.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi

Kriteria hasil: kadar gula darah berada pada rentang normal (70-140 mg/dL ), Glukosa darah puasa (GDP)  $\leq$  100 mg/dL, Glukosa 2 jam post prandial (GD2JPP)  $\leq$  140 mg/dL.

Intervensi:

#### **Manajemen Hiperglikemia**

##### **Tindakan Observasi:**

- a) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia

R/ Mengetahui kemungkinan penyebab hiperglikemia

b) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu

R/Memantau perkembangan kadar glukosa darah

c) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala).

R/Memantau tanda dan gejala hiperglikemia

### **Terapeutik**

d) Berikan asupan cairan per oral .

R/Memenuhi kebutuhan cairan yang hilang

### **Edukasi**

e) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga

R/Diet dan olahraga dapat meningkatkan laju metabolisme

sehingga kadar glukosa dapat digunakan sebagai sumber energi

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

R/Mencegah terjadinya hiperglikemia dan hipoglikemia.

### **Penatalaksanaan:**

g) Pemberian insulin, jika perlu,

R/Mengontrol kadar gula darah

h) Pemberian cairan IV, jika perlu.

R/Mengganti cairan elektrolit yg hilang

2) Hipotermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi), yang ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan badan panas.

DO: Suhu : 37,8 °c, kulit hangat, WBC:  $30.61 \times 10^3$ , luka pada jari tengah tangan kanan, warna kehitaman (nekrosis), bau (-), nyeri (-), bengkak (+), pus (+) tertutup kasa, (+) tertutup kasa.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien menunjukkan suhu tubuh dalam batas normal.

Kriteria Hasil: Menggigil menurun, Takipnea menurun(12-24x/m) Takikardi menurun (60-100x/m). suhu tubuh dalam rentang normal (36,5-37,50c)

Intervensi

### **Manajemen Hipertermia**

#### **Tindakan Observasi:**

a) Identifikasi penyebab hipertermia

R/ Mengetahui faktor penyebab hipertermia

b) Monitor suhu tubuh

R/Memantau suhu tubuh sehingga bisa memberikan penanganan lebih cepat bila terjadi peningkatan suhu tubuh.

c) Monitor komplikasi akibat hipertermia

R/ Mengetahui adanya komplikasi yang disebabkan oleh demam.

#### **Terapeutik**

d) Kompres pasien pada lipatan paha dan aksila

R/ Menurunkan suhu tubuh melalui proses evaporasi.

### **Edukasi**

e) Anjurkan pasien untuk banyak minum  $\pm$  3000 ml/hari

R/ Menggantikan cairan tubuh yang hilang

f) Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang menyerap keringat.

R/ Mempermudah proses penguapan dari permukaan kulit.

### **Penatalaksanaan**

g) Penatalaksanaan pemberian terapi antipiretik

R/Bekerja dengan merangsang pusat pengaturan panas di hipotalamus sehingga pembentukan panas yang tinggi akan dihambat dengan cara memperbesar pengeluaran panas yaitu dengan menambah aliran darah ke perifer dan memperbanyak pengeluaran keringat.

h) Penatalaksanaan pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

R/ Mencegah terjadinya dehidrasi dan syok

3) Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi, yang ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan luka pada jari tengah tangan bagian kanan.

DO: Tampak luka pada jari tengah tangan kanan, warna kehitaman

(nekrosis), bau (-), nyeri(-), bengkak (+), pus (+) tertutup kasa.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam

diharapkan kerusakan integritas kulit teratasi.

Kriteria Hasil : Kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun, kemerahan menurun, nekrosis menurun, perdarahan menurun, bengkak menurun

Intervensi

### **Pencegahan Infeksi**

a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

R/ Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi local dan sistemik

### **Terapeutik**

b) Berikan perawatan luka dengan teknik steril

R/Mencegah terjadinya infeksi

### **Edukasi**

c) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

R/Agar pasien mengerti tanda dan gejala infeksi.

d) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

R/Mencegah terjadinya transmisi mikroorganisme penyebab infeksi

e) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

R/Asupan nutrisi seperti protein dapat mengganti sel/jaringan yang rusak.

### **Penatalaksanaan**

f) Penatalaksanaan terapi antibiotik sesuai indikasi.

R/ Antibiotik bekerja dengan menghambat pembentukan protein yang penting untuk pertumbuhan dan perkembangan mikroba, termasuk bakteri dan parasite.

4) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, yang ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan cepat lelah saat melakukan aktivitas miring kiri dan miring kanan dibantu keluarga.

DO: Keadaan umum tampak lemah, cepat lelah, *activity daily living* (ADL) dibantu keluarga, terpasang dower kateter No. FR 16.

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x24 jam diharapkan toleransi aktifitas meningkat.

Kriteria hasil: Keluhan lelah menurun, Dispnea saat aktivitas menurun, Dispnea setelah aktivitas menurun, Frekuensi nadi membaik (60-100x/m)

Intervensi:

### **Manajemen Energi**

a) Identifikasi aktifitas pasien yang menyebabkan kelelahan.

R/ Mengidentifikasi faktor-faktor terkait dengan kelelahan dapat bermanfaat dalam mengenali penyebab potensial dan membangun rencana perawatan kolaboratif.

b) Monitor kelelahan fisik

R/Kelelahan dapat membatasi kemampuan pasien untuk melakukan aktifitas.

c) Anjurkan tirah baring

R/Membatasi penggunaan energy sehingga tidak terjadi kelelahan.

d) Anjurkan aktivitas secara bertahap.

R/Melatih toleransi pasien dalam melakukan aktifitas sehingga tidak menimbulkan kelelahan.

## 5. Implementasi Keperawatan

**Tindakan keperawatan dilakukan pada hari Jumad, 19 Januari 2024 adalah sebagai berikut:**

### **Diagnosa Keperawatan I**

Jam 07.30 Mengkaji faktor pencetus hiperglikemia H:pasien mengatakan mempunyai pola hidup yang tidak sehat seperti suka mengkonsumsi makanan yang manis dan tidak rutin berolahraga. Jam 07.30 Mengkaji tanda dan gejala hiperglikemia H/Pasien mengatakan saat gula darah naik klien mengeluh mual dan lemah Jam 07.45 Mengobservasi vital sign: TD: 120/60 mmHg, Nadi : 96x/m, suhu : 38 °C, RR : 24x/m SpO2 : 98%. Jam 08.00 Melayani injeksi ondansentron 4 mg/iv, omeprazole 40 mg/iv Jam 08.05 Memonitor kadar gula darah H/1.051 mg/dL (tanggal 17.01.2024) dan 315 mg/dL (tanggal 19.01.2024). Jam 08.10 Menganjurkan pasien untuk minum banyak air putih minimal 3 liter/hari atau 4500 cc/hari Jam 08.15 Menganjurkan pasien untuk diet rendah gula seperti beras merah atau ubi-ubian serta mengkonsumsi sayur-sayuran yang tinggi serat seperti sayur bayam, selada, daun singkong 11.45 Melayani injeksi novorapid 8 iu/sc Jam 12.00 Melayani diet lunak DM

1 porsi ( nasi, sayur sup kacang merah + wortel dan sawi, ikan, dan pisang) dengan jumlah 340 kkal Jam 12.30 Menganjurkan pasien untuk tetap patuh mengikuti diet serta terapi yang sudah diberikan.

### **Diagnosa Keperawatan II**

Jam 07.35 Mengidentifikasi penyebab hipertermia H/Penyebab infeksi berasal dari jari tengah tangan bagian kanan yang luka Jam 07.45 Memonitor suhu tubuh, H: Suhu 38<sup>0</sup>c/axilla Jam 07.50 Memonitor komplikasi akibat hipertermia, H:tidak ada komplikasi seperti kejang. 07.55 Memberikan kompres hangat pada daerah lipatan paha dan axilla Jam 08.20 Menganjurkan pasien untuk banyak minum ± 3000 mL/hari Jam 08.30 Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian (seperti kain katun yang dapat menyerap keringat) Jam 08.40 Memonitor hasil laboratorium darah lengkap (leukosit) H: WBC: 30.61x10<sup>3</sup>. Jam 13.00 Melayani paracetamol infus 1 gr/iv

### **Diagnosa Keperawatan III**

Jam 08.35 Mengkaji tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik H:infeksi lokal terdapat luka pada jari tengah tangan bagian kanan berwarna kehitaman, bengkak( -), pus ( +) dan nyeri ( -), Infeksi sistemik: pasien mengeluh panas, kulit terasa hangat. Jam 09.00 Melakukan perawatan luka dengan teknik steril menggunakan cairan NaCl 0,9% dan menggunting jaringan yang nekrotik Jam 12.05 Melayani injeksi ceftriaxone 1gr/iv Jam 13.00 Melayani metronidazole infus 1 gr/iv

### **Diagnosa Keperawatan IV**

Jam 08.35 Mengkaji aktivitas pasien H/Pasien mengatakan masih lemah dan cepat lelah saat melakukan aktivitas ke kamar mandi Jam 09.30 Memonitor kelelahan fisik H/Pasien mengatakan sangat kelelahan ketika melakukan aktifitas seperti ke kamar mandi `Jam 09.40 Menganjurkan pasien untuk melakukan aktifitas sesuai batas kemampuan pasien H/Pasien sudah dapat melakukan aktivitas miring ke kiri dan miring ke kanan Jam 09.45 Membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene seperti cara menggunakan diapers, melap pasien dan menyisir rambut. Jam 09.50 Memberikan edukasi kepada keluarga tentang personal hygiene Jam 10.00 Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan seperti mobilisasi ke kamar mandi sesuai toleransi pasien untuk mencegah terjadinya konstipasi (peningkatan motilitas usus) serta mencegah kekakuan pada sendi.

**Tindakan keperawatan dilakukan pada hari Sabtu, 20 Januari 2024 adalah sebagai berikut:**

### **Diagnosa Keperawatan I**

Jam 07.00 Mengkaji tanda dan gejala peningkatan kadar glukosa darah H:Pasien mengatakan lemah dan mual berkurang Jam 07.30 Memonitor kadar glukosa darah H: 333 mg/dL (pemeriksaan GDS stik tgl 19/01/2023 pukul 22.00) Jam 07.45 Mengobservasi vital sign: TD : 120/80 mmHg, Nadi : 100x/m, suhu : 38,5 °C, RR : 24x/m SpO2 : 98%. Jam 08.15 Menganjurkan pasien untuk diet rendah gula Jam 11.45

Melayani injeksi novorapid 8 iu/sc Jam 12.00 Melayani diet lunak DM 1 porsi ( nasi, sayur bayam, daging ayam, dan pisang) dengan jumlah 340 kkal Jam 12.15 Menganjurkan kembali pasien untuk tetap patuh mengikuti diet serta terapi yang sudah diberikan

### **Diagnosa Keperawatan II**

Jam 07.35 Mengkaji komplikasi yang ditimbulkan akibat demam H: tidak ada komplikasi akibat demam seperti kejang. Jam 07.40 Memonitor suhu tubuh, H: Suhu 38,5<sup>0</sup>c/axilla Jam 07.50 Memonitor produksi urine H: produksi urine 500 cc warna urin kuning jernih 08.35 Memberikan kompres hangat pada daerah lipatan paha dan axilla Jam 08.20 Memotivasi pasien untuk banyak minum ± 3000 mL/hari. Jam 13.00 Melayani paracetamol infus 1 gr/iv

### **Diagnosa Keperawatan III**

Jam 08.35 Mengkaji tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik H:infeksi lokal terdapat luka pada jari tengah tangan bagian kanan berwarna kehitaman, bengkak( -), pus ( +) dan nyeri ( -), Infeksi sistemik: pasien mengeluh panas, kulit terasa hangat. Jam 09.20 Melakukan perawatan luka dengan teknik steril sesuai standar operasional prosedur Jam 12.05 melakukan skin test meropenem 12.20 Membaca hasil skin test H: skin test negatif: alergi (-), gatal(-), kemerahan(-) diameter gelembung tidak membesar dari yang ditandai menggunakan spidol Jam 12.25 Melayani injeksi meropenem 1gr/iv Jam 13.00 Melayani metronidazole infus 1 gr/iv.

### **Diagnosa Keperawatan IV**

Jam 09.45 Mengkaji aktivitas pasien H/Pasien mengatakan lemah dan cepat lelah berkurang Jam 09.50 Mengingatkan kembali pasien untuk melakukan aktifitas sesuai batas kemampuan pasien h/Pasien sudah bisa melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi tanpa ada rasa lelah Jam 10.00 Mengingatkan kembali keluarga pasien untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene.

**Untuk implementasi hari ketiga dilanjutkan dengan catatan perkembangan pada bagian evaluasi keperawatan.**

## **6. Evaluasi Keperawatan**

**Evaluasi keperawatan pada hari Jumad, 19 Januari 2024 adalah sebagai berikut:**

### **Diagnosa Keperawatan I**

DS: Pasien mengatakan saat gula darah naik pasien selalu mengalami mual dan lemah

DO: Pemeriksaan gula darah H/ 315 mg/dL

A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d hiperglikemia belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi a, b, c, d, dan e.

### **Diagnosa Keperawatan II**

DS : Pasien masih mengeluh panas

DO: Akral hangat, suhu : 38 °C

A: Masalah hipotermia b/d proses penyakit (infeksi) belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi a, b, c, d, e dan f

### **Diagnosa Keperawatan III**

DS: Pasien mengatakan luka pada jari tengah tangan bagian kanan

DO: Luka pada jari tengah tangan bagian kanan berwarna kehitaman,  
bengkak (-), pus (+) dan nyeri (-),

A: Masalah kerusakan integritas kulit/jaringan b/d perubahan sirkulasi  
belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi a, b, c dan d.

### **Diagnosa Keperawatan IV**

DS: Pasien mengatakan masih lemah dan cepat lelah saat melakukan  
aktivitas ke kamar mandi.

DO: Keadaan umum tampak lemah, ADL dibantu keluarga.

A: Masalah intoleransi aktifitas b/d kelemahan belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi a, b, c dan d

**Evaluasi keperawatan pada hari Sabtu, 20 Januari 2024 adalah  
sebagai berikut:**

### **Diagnosa Keperawatan I**

DS: Pasien mengatakan mual dan lemah berkurang

DO: Pemeriksaan gula darah H/333 mg/dL

A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi a, b, c, d, dan e.

### **Diagnosa Keperawatan II**

DS : Pasien masih mengeluh panas

DO: Akral hangat, suhu : 38,5 °C

A: Masalah hipotermia belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi a, b, c, d, e dan f

### **Diagnosa Keperawatan III**

S: pasien mengatakan luka pada jari tengah tangan bagian kanan

O:luka pada jari tengah tangan bagian kanan berwarna kehitaman, bengkak(-), pus (+) berkurang dan nyeri (-),

A: masalah kerusakan integritas kulit/jaringan belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi a, b, c dan d.

### **Diagnosa Keperawatan IV**

DS:Pasien mengatakan masih lemah dan cepat lelah saat melakukan aktivitas ke kamar mandi berkurang

DO:Keadaan umum tampak lemah, ADL sebagian dibantu keluarga.

A: Masalah intoleransi aktifitas b/d kelemahan teratasi sebagian

P: Lanjutkan intervensi a,b, c dan d.

### **Catatan Perkembangan Hari Minggu, 21 Januari 2024**

#### **Diagnosa Keperawatan I**

S: Pasien mengatakan badan lemah dan mual sudah berkurang

O: Pemeriksaan gula darah H/142 mg/dL

A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian

P: Intervensi dilanjutkan

I: tindakan yang dilakukan Jam 07.00 Mengobservasi vital sign: TD : 110/80 mmHg, Nadi : 90x/m, suhu : 38,2 °C, RR : 24 x/m SpO2 : 98%. Jam 07.40

Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia H: tidak ada tanda dan gejala hiperglikemia dan pasien mengatakan badan lemah dan mual sudah berkurang Jam 07.40 Memonitor kadar glukosa darah H: 142 mg/Dl Jam 08.00 Mengingat kembali pasien untuk tetap diet rendah gula dengan tidak mengkonsumsi makanan/ jajanan yang manis, mengganti nasi putih dengan beras merah, beras jagung, atau ubi-ubian serta mengkonsumsi sayur-sayuran yang tinggi serat seperti bayam, selada dan daun singkong serta mengkonsumsi buah seperti pisang yang tidak terlalu masak(lembek) Jam 11.45. Melayani injeksi novorapid 6 iu/sc (atas instruksi dokter penanggungjawab karena kadar glukosa darah sudah menurun 12.00 Melayani diet DM 1 porsi (nasi putih, sayur wortel+ buncis, ikan dan pisang) dengan jumlah kalori 340 kkal.

E: pasien mengatakan badan lemah sudah berkurang, pemeriksaan gula darah H/142 mg/dL.

### **Diagnosa Keperawatan II**

S : Pasien mengatakan badan masih panas

O: kulit teraba hangat, suhu 38,2 0c/axilla

A: Masalah hipeternia belum teratasi

P: Intervensi dipertahankan

I: Jam 07.15 Mengkaji komplikasi yang ditimbulkan akibat demam H: tidak ada komplikasi akibat demam seperti kejang. Jam 07.40 Memonitor suhu tubuh, H: Suhu 38,2<sup>0</sup>c/axilla Jam 07.50 Memonitor produksi urine H: produksi urine 450 cc warna urin kuning jernih 08.35 Memberikan

kompres hangat pada daerah lipatan paha dan axilla Jam 08.20

Memotivasi pasien untuk banyak minum  $\pm$  3000 mL/hari. Jam 13.00

Melayani paracetamol infus 1 gr/iv

E: Pasien mengatakan badan panas, kulit teraba hangat, suhu 38,2 °C/axilla. \

### **Diagnosa Keperawatan III**

S: Pasien mengatakan luka pada jari tengah tangan bagian kanan tidak nyeri dan pus tidak lagi

O: Luka pada jari tengah tangan bagian kanan berwarna kehitaman, bengkak (-), pus (-) dan nyeri (-).

A: Masalah kerusakan integritas jaringan b/d perubahan sirkulasi belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan a, b, c dan d.

I: Jam 08.15 Mengkaji tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik H: infeksi lokal terdapat luka pada jari tengah tangan bagian kanan berwarna kehitaman, bengkak (-), pus (-) dan nyeri (-), Infeksi sistemik: pasien mengeluh panas, kulit terasa hangat. Jam 09.10 Melakukan perawatan luka dengan teknik steril sesuai standar operasional prosedur 12.25 Melayani injeksi meropenem 1gr/iv Jam 13.00 Melayani metronidazole infus 1 gr/iv

E: Luka pada jari tengah tangan bagian kanan berwarna kehitaman, bengkak (-), pus (-) dan nyeri (-).

### **Diagnosa Keperawatan IV**

S: Pasien mengatakan cepat lelah saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi sudah berkurang

O: Keadaan umum sedang, ADL sebagian dibantu keluarga

A: Masalah intoleransi aktifitas teratasi sebagian

P: Intervensi dipertahankan

I: Jam 09.45 Mengkaji aktivitas pasien H/Pasien mengatakan lemah dan cepat lelah berkurang Jam 09.50 Menganjurkan pasien untuk tetap melakukan aktifitas sesuai toleransi H/Pasien sudah bisa melakukan aktivitas sederhana tanpa ada rasa lelah Jam 09.55 Memotivasi pasien untuk tetap istirahat yang cukup.

E: Keadaan umum lemah, Pasien sudah bisa melakukan aktivitas sederhana tanpa ada rasa lelah.

### **B. Pembahasan**

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Ny.A.N di Ruang Penyakit Dalam III

#### **1. Pengkajian**

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Ny.A.N ditemukan pasien mengatakan badan lemah, mual tidak disertai muntah, panas, cepat lelah

dan aktivitasnya dibantu keluarga, selalu mengkonsumsi makanan yang manis, minum kopi dengan takaran gula yang banyak dan terasa sangat manis, sering kencing pada malam hari kadang 3-4x, sering haus, cepat lapar, suhu : 37,8 °C, kulit hangat, luka pada jari tengah tangan kanan warna kehitaman (nekrosis), bau (-), nyeri(-), bengkak (+), pus (+) tertutup kasa, GDS (Darah Vena): 1.015 mg/dL, GDS (Stik) 333 mg/dL, WBC:  $30.61 \times 10^3$ .

Menurut Purwanto gejala akut DM yaitu polidipsi, polifagia, polyuria sedangkan gejala kronik yaitu gangguan penglihatan, luka diabetic, gangguan fungsi seksual seperti keputihan pada wanita sering dirasakan karena daya tahan tubuh penderita menurun. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan dimana pada teori terdapat gangguan penglihatan, gangguan fungsi seksual seperti keputihan pada wanita. Gangguan penglihatan pada pasien tidak terjadi karena peningkatan kadar glukosa darah pasien cepat diturunkan dengan penggunaan terapi IVFD NaCl 0,9 % 500 cc drip novorapid 50 IU 20 TPM dan levemir 1x22 iu dimana fungsi insulin adalah untuk mengantarkan glukosa di dalam darah dan glukosa tidak menumpuk didalam pembuluh darah sehingga retina (sel kerucut dan sel batang) tetap mendapatkan pasokan darah untuk kebutuhan fungsi penglihatan warna dan ketepatan penglihatan pada cahaya terang. Hal ini dibenarkan oleh pernyataan Indra W. Himawan, (2019) bahwa retinopati merupakan komplikasi yang lebih sering dijumpai pada pasien DM tipe 1 yang telah menderita lebih dari 8 tahun. Sedangkan keputihan pada pasien tidak terjadi karena ketika kadar glukosa menurun sirkulasi darah meningkat sehingga komponen darah seperti

leukosit dapat menjalankan fungsi sebagai fagosit mikroorganisme penyebab penyakit salah satunya jamur candida albicans penyebab keputihan. Pasien juga sudah mendapatkan terapi metronidazole infuse 3x500 mg/iv dimana metronidazole bisa juga digunakan sebagai obat keputihan gatal dengan bekerja menghentikan pertumbuhan bakteri jahat di vagina. Hal ini dibenarkan oleh Aditya Zulfikar, 2017 (Pengaruh Pemberian Sinbiotik Terhadap Kadar Serum TNF- $\alpha$  Pada Wanita Hamil Dengan Vaginosis Bakterial) bahwa pemberian metronidazole terbukti menunjukkan efektifitas yang sama dengan angka kesembuhan sekitar 70% mampu menurunkan kolonisasi bakteri dan jamur penyebab keputihan. Sedangkan data yang ada pada kasus Ny.A.N semuanya ada pada teori.

Oleh karena itu pasien diabetes mellitus diharapkan untuk tetap diet rendah gula, dan mengkonsumsi makanan yang berserat, dan rutin berolahraga serta menjaga kebersihan diri (personal hygiene) seperti menggunakan alas kaki yang lembut dan tidak licin, menggunakan lotion/pelembab kaki/tangan.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Ny.A.N adalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi), kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, kelelahan sedangkan diagnosa keperawatan Menurut Nurarif 2015 adalah ketidakstabilan kadar glukosa

darah berhubungan dengan hiperglikemia, hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia, gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer, Defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan absorpsi nutrisi, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan/kelelahan, resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatnya pertahanan tubuh perimer.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan dimana diagnosa yang ada pada teori tetapi tidak ada pada kasus yaitu: perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia, diagnosa ini tidak ditegakan karena ketepatan dalam penanganan hiperglikemia dengan pemberian terapi IVFD drip Novorapid 50 IU dalam NaCl 0,9 % sehingga kadar glukosa darah menurun dan tidak menumpuk dalam darah yang akan berakibat pada kekentalan darah berkurang, sirkulasi darah ke daerah perifer meningkat dan kematian sel tidak terjadi, sensitifitas meningkat sehingga tidak terjadi nyeri seperti ditusuk-tusuk, kesemutan maupun kehilangan sensasi rasa(mati rasa.) hal ini didukung dengan pernyataan Anggun M. Putri , 2020 (Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Derajat Keparahan Neuropati Perifer Pada Pasien Diabetes Melitus : Literature Review) yang mengatakan bahwa pengaturan gaya hidup berupa mengontrol kadar glukosa darah dapat menurunkan derajat neuropati perifer pada penderita DM.

Diagnosa hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif tidak ditegakan karena penurunan kadar glukosa darah juga dapat

mempengaruhi kerja tubulus ginjal, dimana tubulus ginjal tidak mengeliminasi sebagian gula yang ada didalam tubuh bersama cairan dalam bentuk urine sehingga tubuh tidak berkompensasi untuk meningkatkan rasa haus yang berlebih dan didukung pasien mengkonsumsi dalam jumlah yang cukup( air  $\pm$  1600-2000 liter ) serta mendapat terapi IVFD NaCl 1500 cc/24 jam dan volume urine/24 jam 2.400 cc warna urine kuning jernih yang artinya tubuh sedang tidak terjadi dehidrasi (hypovolemia) dan ditandai dengan turgor kulit elastis. Hal ini dibenarkan oleh penelitian yang dilakukan Retta C. Sihotang, 2018 ( *Efficacy and Safety of Oral Antidiabetic Drugs in Type 2 Diabetes Mellitus with Chronic Kidney Disease* ) yang mengatakan bahwa kadar glukosa darah yang terkontrol dapat memperlambat laju perburukan fungsi ginjal.

Diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan absorpsi nutrisi tidak ditegakan karena peningkatan kadar glukosa darah pada pasien Ny. A.N mendapatkan penanganan lebih cepat sehingga tidak terjadi pemecahan lemak dalam jangka waktu yang lama yang akan berdampak pada hilangnya masa otot sehingga tidak terjadi penurunan berat badan yang spesifik (defisit nutrisi) hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kathleen Nurman, dkk, 2020 (Hubungan Aktivitas Fisik dan Kekuatan Massa Otot dengan Kadar Gula Darah Sewaktu) dimana pada responden dengan kadar gula darah yang tinggi dalam jangka waktu yang lama, persentase terjadi hilangnya massa otot lebih besar dibandingkan dengan responden yang memiliki kadar gula darah normal (normoglikemia). Sedangkan diagnosa

yang ada pada kasus dan tidak ada pada teori yaitu diagnosa hipotermia ditegakan karena proses infeksi akibat luka pada jari tengah tangan kanan yang mengalami nekrosis sehingga sel-sel darah putih (monosit, limfosit, dan neutrofil) mengeluarkan zat kimia yang dikenal dengan pirogen endogen yang akan merangsang hipotalamus untuk membentuk prostaglandin. Prostaglandin yang terbentuk kemudian akan meningkatkan patokan termostat di pusat termoregulasi hipotalamus (set point) sehingga akan terjadi peningkatan produksi panas yang menyebabkan suhu tubuh meningkat(demam). Hal ini didukung dengan pernyataan Nesa Agistia, 2017 dalam penelitiannya tentang Efektifitas Antibiotik pada Pasien Ulkus Kaki Diabetik bahwa semua subyek penelitian dengan luka diabetic mengalami infeksi pada ulkus kaki diabetik. Keadaan infeksi terlihat pada pasien ulkus kaki diabetik seperti pasien dalam keadaan demam, temperatur tubuh  $> 37^{\circ}\text{C}$  dan jumlah leukosit  $> 10.000/\mu\text{L}$ .

Oleh karena itu semua pasien dianjurkan untuk mengkonsumsi air putih  $\geq 2$  liter, diet diabetes sesuai yang dianjurkan, merawat daerah kaki dan tangan agak tetap bersih, mengkonsumsi makanan yang mengandung protein.

### **3. Perencanaan Keperawatan**

Intervensi keperawatan berfokus pada masalah yang muncul. Intervensi ditujukan untuk menurunkan atau mengatasi masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah, hipertermia, kerusakan integritas jaringan dan intoleransi aktivitas . Maka tindakan yang harus dilakukan yaitu

tindakan observasi, mandiri, kolaborasi, untuk dapat mengatasi masalah tersebut.

#### **4. Pelaksanaan Keperawatan**

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2016) dan semua perencanaan yang ada di teori tidak semua dilakukan karena tindakan yang diberikan sesuai dengan kondisi pasien.

#### **5. Evaluasi**

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan keluarga. Apabila hasil evaluasi menunjukkan tercapainya hasil atau tujuan maka pasien bisa keluar dari proses keperawatan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d hiperglikemia teratasi sebagian dengan pasien mengatakan lemah berkurang GDS 142 mg/dL, masalah hipotermia b/d proses penyakit (infeksi) belum teratasi dengan kriteria hasil pasien masih panas, kulit teraba hangat, suhu 38,2 °C/axilla, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi belum teratasi dengan kriteria luka pada jari tengah tangan bagian kanan berwarna kehitaman, bengkak (-), pus (-) dan nyeri (-) dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan teratasi sebagian dengan kriteria lemah dan cepat lelah saat beraktivitas berkurang dan ADL sebagian dibantu keluarga.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan studi kasus yang dilakukan pada Ny. A.N maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengkajian pada studi kasus Ny.A.N ditemukan pasien mengatakan badan lemah, mual tidak disertai muntah, panas, cepat lelah dan aktivitasnya dibantu keluarga, selalu mengkonsumsi makanan yang manis, minum kopi dengan takaran gula yang banyak dan terasa sangat manis, sering kencing pada malam hari kadang 3-4x, sering haus, cepat lapar, suhu : 37,8 °c, kulit hangat, luka pada jari tengah tangan kanan warna kehitaman (nekrosis), bau (-), nyeri(-), bengkak (+), pus (+) tertutup kasa, GDS (Darah Vena): 1.015 mg/dL, GDS (Stik) 333 mg/dL, WBC: 30.61x10<sup>3</sup>
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Ny.A.N adalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, hipertermia berhubungan dengan proses penyakit(infeksi), kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
3. Intervensi keperawatan ditentukan berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan dimulai dari observasi, tindakan mandiri, pendidikan kesehatan dan kolaborasi dengan tim medis.
4. Implementasi yang dilakukan pada Ny.A.N dengan diagnosa medis diabetes

mellitus berdasarkan empat diagnosa yang telah ditemukan selama 3 hari.

5. Evaluasi dari proses asuhan keperawatan selama 3 hari didapatkan bahwa masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d hiperglikemia teratasi sebagian, hipeternia b/d proses penyakit (infeksi) belum teratasi dengan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi belum teratasi, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan teratasi sebagian.
6. Pelaksanaan asuhan keperawatan yang diterapkan pada pasien Ny.A.N dan dianalisis ditemukan kesenjangan antar teori dan kasus nyata serta studi kasus terdahulu mulai dari pengkajian sampai evaluasi.

## **B. Saran**

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis merekomendasikan beberapa hal berupa saran sebagai berikut :

### **1. Bagi Perawat**

Diharapkan dapat meningkatkan pelaksanaan komunikasi terapeutik sehingga terbinanya hubungan saling percaya perawat dan pasien dan perawat mampu meningkatkan mutu standar pelayanan asuhan keperawatan yang lebih komprehensif dalam memenuhi kebutuhan pasien dengan diabetes mellitus.

### **2. Bagi Institusi Pendidikan**

Agar meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan dengan meningkatkan sarana praktek, perpustakaan dengan buku referensi minimal 5 tahun terakhir

### 3. Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan pasien dapat merubah pola hidup yang lebih sehat seperti mengkonsumsi makanan rendah gula, rutin berolahraga, serta mematuhi segala anjuran yang disampaikan oleh petugas kesehatan untuk mencegah komplikasi dari *diabetes mellitus*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agistia, Nesa, Husni Mukhtar, and Hansen Nasif. "Efektifitas antibiotik pada pasien ulkus kaki diabetik." *JSFK (Jurnal Sains Farmasi & Klinis)* 4.1 (2017): 43-48.
- A. Nurarif, H. K. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-NOC*. (3, Ed.). Jogjakarta: Mediacion publishing.
- Antoni, Adi; Diningsih, Ayus. Pengaruh Relaksasi Otot Progresif terhadap KONTROL Stres Fisiologis dan Psikologis Klien Diabetes Melitus. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 2021, 4.2: 210-214.
- Afiyanti, Y. (2020). *Metedologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta:Rajawali Pers.
- Alexander, K. (2019). *Diabetes melitus tipe 2*. Padang: Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.
- Bararah, T. (2013). *Asuhan keperawatan panduan lengkap menjadi perawat profesional*. Jakarta: Prestasi pustakaraya.
- Cahyamulat, T. M., & Yuriatson, Y. (2019). Studi Kasus Pada Pasien Tn. "B" dengan Diabetes Millitus di ruang IGD Rumah Sakit Labuang Baji Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 7(1), 9–12. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v7i1.63>
- Corwin, EJ, 2009. *Buku Saku Satofisiologi, 3 Edisi Revisi*. Jakarta: EGC
- Febrinasari, P. (2020). *Buku saku diabetes melitus untuk awam*. Surakarta: UNS Press
- Himawan, Indra W., et al. "Komplikasi jangka pendek dan jangka panjang diabetes mellitus tipe 1." *Sari Pediatri* 10.6 (2016): 367-72.
- IDF. (2021). *Jumlah Penderita Diabetes Indonesia Terbesar Kelima di Dunia*. 2021.<https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2021/11/24/jumlah-penderita-diabetes-di-indonesia-diproyeksikan-capai-2857-juta-pada-2045>. dipublikasikan pada tanggal 24 November 2021
- Hartanti, Pudjibudojo, J. K., Aditama, L., & Rahayu, R. P. (2013). Pencegahan dan Penanganan Diabetes Mellitus. *Fakultas Psikologi Universitas Surabaya*, 96
- Juwita, dkk. 2018. *Jurnal Endurance : Model Pengendalian Kadar Gula Darah Penderita Diabetes Mellitus*. <https://ejournal.lldikti10.id/index.php/endurance/article/viewFile/2768/941>. Diakses pada tanggal 12-12.2023. pukul 05.00

- Kam, A. (2019). *Diabetes Melitus tipe 2*. padang: Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.
- Kathleen Nurman, K. N., E. I. Y. N. Edri Indah Yuliza Nur, and T. A. K. Tri Ardianti Khasanah. "Hubungan aktivitas fisik dan kekuatan massa otot dengan kadar gula darah sewaktu." *Hubungan Aktivitas Fisik dan Kekuatan Massa Otot dengan Kadar Gula Darah Sewaktu* 7.1 (2020): 11-19.
- Kementrian kesehatan republik indonesia. (2020). Tetap Produktif, Cegah Dan Atasi Diabetes Mellitus. In *pusat data dan informasi kementrian kesehatan RI*.
- Nathalia, V., Zubaidah, R. S. A. N., PUSDATIN, Wylęgała, L., Lingkungan, P. K., Kesehatan, F., Diponegoro, M., asep rusman Dukungan, P., Jiwa, K., Psikososial, D. A. N., Di, S., & Selatan, B. (2020). Infodatin-Diabetes (1).Pdf. In *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pendidikan* (Vol. 1, Issue 1, p. 1). <https://jurnal.umsb.ac.id/index.php/menarailmu/article/view/1397>
- Nursalam. (2011). *Proses dan dokumentasi keperawatan; konsep dan praktek*. Jakarta:Selemba Medika.
- Pahlawati, A., & Nugroho, P. S. (2019). Hubungan Tingkat Pendidikan dan Usia dengan Kejadian Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Palaran Kota Samarinda Tahun 2019. *Borneo Student Research (BSR)*, 1(1), 1–5. <http://journals.umkt.ac.id/index.php/bsr/article/view/479>
- Profil RSUD Ende , 2021, Data Diabetes Melitus
- Purwanto, H. (2016). *Keperawatan medikal bedah II*. Jakarta
- Putri, Anggun Melati, Yesi Hasneli, and Safri Safri. "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Derajat Keparahan Neuropati Perifer Pada Pasien Diabetes Melitus: Literature Review." *Jurnal Ilmu Keperawatan* 8.1 (2020): 38-53.
- Smeltzer & Bare. (2015). *Keperawatan medikal bedah*. Jakarta: EGC.
- Soelistijo SA, Lindarto D, Decroli E, Permana H, Sucipto KW, Kusnadi Y, et. al. (2021). *Pedoman pengelolaan dan pencegahan diabetes melitus tipe 2 di Indonesia 2021*. 46.
- Sugitha, Komang Siska Lestari, et al. Laporan kasus: komplikasi euglycemic diabetic ketoacidosis pada pasien diabetes melitus tipe 2 dengan riwayat penggunaan SGLT-2 inhibitor. *Medicina*, 2024, 55.1: 47-53.
- Sihotang, Retta C., Rizka Ramadhani, and Dicky L. Tahapary. "Efficacy and Safety of Oral Antidiabetic Drugs in Type 2 Diabetes Mellitus with Chronic Kidney Disease." *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia* 5.3: 9.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar intervensi keperawatan indonesia*. Jakarta: DPP PPNI

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar intervensi keperawatan indonesia*. Jakarta : DPP PPNI

Zulfikar, Aditya. *Pengaruh Pemberian Sinbiotik Terhadap Kadar Serum TNF- $\alpha$  Pada Wanita Hamil Dengan Vaginosis Bakterial*. Diss. Universitas Hasanuddin, 2017.



## PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul: "Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny.A.N dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus di Ruang Penyakit Dalam III Rsud Ende"

1. Tujuan penelitian untuk mengetahui penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus yang dapat memberi manfaat berupa pemahaman pasien tentang masalah Hipertensi dan cara pencegahannya.
2. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/ pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan, 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. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan
5. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor HP : 0822-3588-8277

Ende, 19 Januari 2024

Peneliti



Faizah Svaskia  
PO.530320219903

INFORMED CONCENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh: Faizah Syaskia, NIM: PO. 530320219903 dengan judul: "Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny.A.N dengan Diagnosa Medis Diagnosa Medis Diabetes Mellitus di Ruang Penyakit Dalam III Rsud Ende"

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu, tanpa sanksi aapapun.

Ende, 19 Januari 2024

Saksi



Ny.R.D

Yang Memberikan Persetujuan



Ny.A.N

Peneliti



Faizah Syaskia  
PO.530320219903



**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 19 Januari 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

#### 3) 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).

#### 4) 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 ± 6 jam dan mendapatkan tempat di ruangan penyakit dalam kelas III, pasien akhirnya dipindahkan untuk melakukan perawatan lebih lanjut.

5) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

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

6) Riwayat Kesehatan Keluarga

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

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 alcohol 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 +/- . 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 17 Januari 2024)

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	30.61	[10 <sup>3</sup> /U1]	(3.80-10.60)
LYMPH#	1.06	[10 <sup>3</sup> /U1]	(1.00-3.70)
MONO#	1.47	[10 <sup>3</sup> /U1]	(0.00-0.70)
EO#	0.02	[10 <sup>3</sup> /U1]	(0.00-0.40)
BASO#	0.04	[10 <sup>3</sup> /U1]	(0.00-0.10)
NEUT#	28.27	[10 <sup>3</sup> /U1]	(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> /U1]	(0.00-7.00)
IG%	2.6	[%]	(0.0-72.0)
RBC	5.25	[10 <sup>6</sup> /U1]	(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> /U1]	(150-450)
MPV	10.2	(FL)	(90- 13.0)

**Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap**

### b. Gula Darah Sewaktu (GDS)

Jenis Pemeriksaan	Tanggal	Nilai	Nilai Rujukan
GDS (Darah Vena)	17/01/2024	1015 mg/dL	70-140 mg/dL
GDS (Stik)	18/01/2024	333 mg/dL	70-140 mg/dL

**Tabel 4.2 Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu**

## 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.



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



## LEMBAR KONSUL

## KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : FAIZAH SYASKIA  
NIM : PO530320219903  
PEMBIMBING : YUSTINA P.M. PASCHALIA, S.Kep., Ns., M.Kes

No	Hari/Tanggal	Hasil Konsul	Paraf
1	Selasa, 8 Februari 2022	<p><b>PROPOSAL</b></p> <p>Mahasiswa melaporkan diri :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konsul judul</li> <li>2. Menentukan masalah Studi kasus</li> <li>3. Menyusun latar belakang pada BAB I</li> </ol>	
2	Selasa, 15 Februari 2022	<p>Konsultasi BAB I :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki cara pengetikan</li> <li>2. Perubahan pada latar belakang, yang terdiri dari interduction, besarnya masalah, dampaknya, dan konsep solusi dan kesenjangan</li> <li>3. Penulisan tujuan dan manfaat</li> </ol>	
3	Jumad, 18 Februari 2022	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaikan pada BAB I, besarnya masalah di mulai dari dunia, nasional, provinsi, daerah dan tempat penelitian.</li> <li>2. Pada konsep solusi tambahkan penatalaksanaan pada masalah studi kasus</li> <li>3. Tambahkan perbandingan studi kasus terdahulu</li> <li>4. Perbaikan tujuan dan manfaat penelitian.</li> <li>5. Lanjutkan BAB II</li> </ol>	

4	Selasa, 22 Februari 2022	Konsultasi BAB I dan BAB II : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki Penulisan definisi masalah pada BAB II diambil dari buku</li> <li>2. Pengaturan dalam pengetikan, spasi dan margin sesuai dengan Panduan Penulisan KTI</li> <li>3. Penulisan konsep masalah keperawatan diambil dari buku SDKI sesuai dengan masalah yang ada pada studi kasus</li> <li>4. Tambahkan dengan daftar pustaka</li> <li>5. Lanjutkan BAB III</li> </ol>	
5	Jumad, 4 maret 2022	Konsultasi BAB II dan III <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pada BAB II bagian definisi ditambahkan kesimpulan pada bagian akhir</li> <li>2. Perbaiki pathofisiologi dan pathway</li> <li>3. Pada pengkajian dituliskan kemungkinan tanda dan gejala yang muncul pada masalah studi kasus</li> <li>4. Pada BAB III bagian desain studi kasus karya tulis ilmiah menggunakan metode studi kasus</li> <li>5. Batas istilah berisi tentang pengertian yang mesti ada</li> <li>6. Lokasi dan waktu ditentukan sesuai jadwal pada RPS KTI</li> <li>7. Metode prosedur studi kasus berisi tentang tahap-tahap dalam melakukan studi kasus dimulai dari mengajukan judul sampai inform conseed.</li> <li>8. Instrumen pengumpulan data menggunakan Format asuhan keperawatan</li> <li>9. Pada analisa data tambahkan untuk menentukan kesenjangan</li> </ol>	
6	Rabu, 14 Maret 2022	Konsultasi BAB I-III <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki cara penulisan daftar pustaka sesuai dengan Panduan Penulisan KTI</li> <li>2. Tambahkan catatan medis pada data subjektif di keabsahan data</li> <li>3. Perbaiki penulisan huruf atau kata yang kurang atau tidak sesuai.</li> </ol>	

7	Rabu 16 Maret 2022	Perbaiki BAB I-III <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendahuluan ditambahkan ketertarikan penulis dalam mengambil studi kasus</li> <li>2. Perbaiki penulisan daftar pustaka semua sumber yang ada pada studi kasus di tulis dalam daftar pustaka</li> <li>3. Lengkapi semua format penulisan yang dibutuhkan.</li> </ol>	
8	Selasa, 22 maret 2022	Konsultasi BAB I-III <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki di bab 1 tambahkan trend pada besarnya masalah</li> <li>2. Tambahkan upaya yang dilakukan pemerintah, peran Perawat pada konsep solusi</li> </ol>	
9	Jumad, 25 Maret 2022	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ACC</li> <li>2. Konfirmasi ke pembimbing untuk maju sidang/ujian proposal</li> </ol>	
10	Senin 05 Februari 2024	<b>KTI</b> Konsultasi BAB III dan BAB IV <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki penulisan pada BAB III kata yang berkaitan dengan proposal diubah menjadi karya tulis ilmiah</li> <li>2. Perbaiki penulisan kalimat</li> <li>3. Pada gambaran studi kasus di ruangan RPD 3 lebih ditonjolkan</li> <li>4. Lengkapi data pengkajian</li> </ol>	
11	Jumat, 01 Maret 2024	Konsultasi KTI BAB IV <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lengkapi penulisan gambaran umum studi kasus</li> <li>2. Tambahkan data pada keluhan utama yang mendukung terjadinya DM</li> <li>3. Perbaiki penulisan pada riwayat keluhan utama</li> <li>4. Perbaiki penulisan yang mengantung</li> <li>5. Perbaiki penulisan pada pola-pola di pengkajian</li> <li>6. Sinkronkan data pada pemeriksaan fisik dari depan sampai belakang</li> <li>7. Pada pemeriksaan ekstremitas bawah tambahkan pemeriksaan</li> </ol>	

		<p>yang berhubungan dengan DM</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Perbaiki penulisan terapi yang diperoleh pasien</li> <li>9. Sesuaikan data pada tabulasi data sampai dengan diagnosa keperawatan</li> <li>10. Pada implementasi keperawatan di diagnosa III langkah kerja perawatan luka tidak perlu disertakan</li> <li>11. Tambahkan pemenuhan ADL pasien pada implementasi keperawatan di diagnosa IV</li> <li>12. Pada pembahasan sesuaikan data yang ada pada teori tetapi tidak ada pada kasus atau sebaliknya, ada atau tidaknya kesenjangan sesuaikan dengan fakta, teori, opini dan rekomendasi.</li> </ol>	
12	Kamis, 07 Maret 2024	<p>Konsultasi KTI</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pada keluhan utama tambahkan jenis luka</li> <li>2. Perbaiki penulisan pada riwayat keluhan utama dan pola-pola kesehatan</li> <li>3. Lengkapi data-data pada pemeriksaan fisik</li> <li>4. Perbaiki penulisan pada klasifikasi data</li> <li>5. Pada implementasi keperawatan di diagnosa ke 3 tambahkan cairan yang digunakan pada perawatan luka</li> <li>6. Pada pembahasan di pengkajian lebih dipersingkat lagi</li> <li>7. Tambahkan patofisiologi keputihan</li> <li>8. Perbaiki penulisan kalimat dan tanda baca</li> <li>9. Perbaiki penulisan intervensi, implementasi, dan evaluasi pada pembahasan</li> <li>10. Evaluasi pada pembahasan menggunakan evaluasi hari terakhir</li> <li>11. Daftar isi disesuaikan</li> </ol>	
13	Kamis, 14 Maret 2024	<p>Konsultasi KTI</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki penulisan pada abstrak sesuai panduan</li> <li>2. Aktivitas pasien pada diagnosa 4</li> </ol>	

		pada implementasi belum terlihat 3. Perbaiki penulisan diagnosa pada pembahasan	<i>[Handwritten signature]</i>
14	Selasa, 26 Maret 2024	1. ACC, konfirmasi penguji untuk ujian hasil	<i>[Handwritten signature]</i>
15	Jumad, 26 April 2024	1. ACC Karya Tulis Ilmiah	<i>[Handwritten signature]</i>

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende



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



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



LEMBAR KONSUL KTI

Nama : FAIZAH SYASKIA  
NIM : PO.530320219903  
Penguji : Anatolia Karmelita Doondori, S, Kep., Ns., M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1	Selasa, 07 November 2023	PROPOSAL. Bab I, Bab II	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Data harus diambil dari tahun terupdate (2022-2023)</li><li>2. Perbaiki tulisan</li><li>3. Tambahkan penjelasan pada komplikasi-komplikasi DM</li><li>4. Perbaiki pengetikan (margins)</li><li>5. Perbaiki spasi pada daftar pustaka</li><li>6. Data yang tidak di pengkajian jangan di masukan di tabulasi data</li></ol>	
2.	Rabu, 06 Desember 2023	BAB I, BAB II	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Perbaiki penulisan nama pembimbing pada kata pengantar</li><li>2. Data RS pada tahun 2023 minimal dari bulan januari – oktober</li><li>3. Tambahkan Dampak pada latar belakang</li></ol>	
3.	Selasa, 19 Desember 2023	BAB I, BAB II, BAB III	Acc	
4.	Selasa, 23 April 2024	Konsultasi KTI BAB IV	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tambahkan data pada pengkajian sejak kapan pasien mulai luka, sering kencing pada malam hari.</li><li>2. Perbaiki penulisan judul tabel pada pemeriksaan penunjang</li><li>3. Tambahkan data luka pada diagnose hipotermia</li></ol>	

5.	Kamis, 25 April 2024	BAB IV dan BAB V	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Perbaiki pengetikan karya tulis ilmiah</li><li>2. KTI di Acc oleh penguji</li></ol>	
----	----------------------	------------------	--	---

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende



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

---

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. DATA DIRI

Nama : Faizah Syaskia  
Tempat/Tanggal lahir : Waingapu, 04 Juli 2002  
Alamat : Jl. Wanggameti No 10, RT/RW 008/004, Kel/Desa  
Kamalaputi, Kecamatan Kota Waingapu  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam

### B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SD Muhamadiyah Waingapu 2008 -2013
2. SMP MTsN Sumba Timur 2014 – 2016
3. SMA Muhamadiyah Waingapu 2017 -2019

## MOTTO

**"Sukses Itu Bukan Hanya Berhasil  
Meraih Yang Kita Rencanakan, Sukses  
Juga Adalah Berhasil Bangkit Ketika  
Jatuh, Itulah Sukses"**