

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *DIABETES MELLITUS*

DI RUANG RAFLESIA RSUD dr.SOEDOMO TRENGGALEK

(Studi Kasus)

KARYA TULIS ILMIAH

PUTRI SARIFATUL KHASANAH

NIM : P17240221008



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN TRENGGALEK

2025

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *DIABETES MELLITUS*

DI RUANG RAFLESIA RSUD dr.SOEDOMO TRENGGALEK

KARYA TULIS ILMIAH

**Karya Tulis Ilimiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan
Menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan di Program Studi
Keperawatan Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang**

PUTRI SARIFATUL KHASANAH

NIM : P17240221008



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

POLITEKNIK KESEHATAN KEMEKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN TRENGGALEK

2025

CURICULUM VITAE

Nama : Putri Sarifatul Khasanah
Tempat tanggal lahir : Trenggalek, 10 Juli 2003
Agama : Islam
Alamat : RT/RW 04/02 Desa Sukosari
Kecamatan Trenggalek, Kabupaten
Trenggalek, Jawa Timur
Handphone : 081990347865
Email : putriskhasanah@gmail.com



Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Wanita II Sukosari lulus tahun 2010
2. SD Negeri 2 Sukosari lulus tahun 2016
3. SMP Negeri 2 Trenggalek lulus tahun 2019
4. SMA Negeri 1 Karanganyar lulus tahun 2022
5. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Program Studi D3 Keperawatan Trenggalek

Riwayat Organisasi :

1. Anggota Dewan Perwakilan Mahasiswa Komisi Hukum Prodi D3 Keperawatan Trenggalek periode 2023-2024 dan 2024-2025
2. Anggota UKM KSR Prodi D3 Keperawatan Trenggalek periode 2023-2025

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Putri Sarifatul Khasanah

NIM : P17240221008

Program Studi : Diploma 3 Keperawatan Trenggalek

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

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

Mengetahui,

Trenggalek, 22 April 2025

Pembimbing



Ns. Ixora,S.Kep.,M.Kep

NIP. 919830626201901201

Yang membuat pernyataan



Putri Sarifatul Khasanah

NIM : P17240221008

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Putri Sarifatul Khasanah (P17240221008) dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr.Soedomo Trenggalek**”, telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

Trenggalek, 22 April 2025

Pembimbing



Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep

NIP. 919830626201901201

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Putri Sarifatul Khasanah (P17240221008) dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr.Soedomo Trenggalek”, telah dipertahankan di depan dewan penguji pada 08 Mei 2025

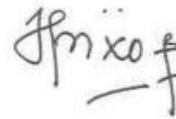
Dewan Penguji

Ketua Penguji



Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep., M.Kep
NIP. 197706042005011013

Anggota Penguji



Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep
NIP. 919830626201901201

Mengetahui,

Ketua

Jurusan Keperawatan

Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep.Ns, M.Kep

NIP. 197608102002122001

MOTTO

“Apabila yang ada di depan membuatmu takut,

dan yang dibelakang membuatmu luka.

Lihatlah keatas, sungguh Allah SWT tak pernah gagal menolongmu”

PERSEMBAHAN

Segala puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkatnya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini tepat pada waktunya.

Tulisan sederhana ini saya persembahkan kepada :

Kedua Orangtuaku

Cinta Pertamaku Bapak Karmaji dan Pintu Surgaku Ibu Biyati beliau memang belum sempat merasakan pendidikan sampai bangku perkuliahan, namun beliau dapat mendidik, mendoakan, memberikan semangat serta motivasi tiada henti kepada putrinya ini. Penulis mengucapkan terimakasih atas segala nasehat yang selalu diberikan dan terimakasih selalu berjuang untuk kehidupan penulis, dan telah menjadi pengingat dan penguat kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan ini. Semoga Bapak dan Ibu sehat, panjang umur dan bahagia selalu.

Teman-Temanku

Teruntuk teman-temanku terimakasih selalu memberikan motivasi, semangat, serta dukungan tanpa henti dan saya ucapkan terimakasih untuk orang-orang yang selalu berada di balik layar, membersamai sekaligus menjadi persambatan penulis dalam perjuangan. *See u on top gais, semoga kelak kita dapat bertemu kembali dengan versi terbaik kita masing-masing.*

Tersayang

Untuk yang saat ini menemani penulis menyelesaikan tulisan ini. Terimakasih atas dukungan, semangat, serta telah menjadi tempat segala keluh kesah, selalu ada disetiap suka maupun duka selama proses penulisan ini.

Diri Sendiri

Terimakasih sudah berjuang sejauh ini serta mampu bertanggung jawab menyelesaikan apa yang sudah dimulai. Terimakasih telah mengendalikan diri dari berbagai tekanan di luar keadaan dan tak pernah mau memutuskan untuk menyerah. Katakan hebat untuk diri sendiri!!

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr.Soedomo Trenggalek”** sesuai waktu yang ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan.

Dalam penyusunan, penulis mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan kali ini penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Dr. Moh Wildan, A.Per.Pen., M.Pd., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek.
2. Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
3. dr. Mokh. Rofiq Hindiono,M.M.R.S., selaku Direktur RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek
4. Ns. Rahayu Niningasih, S. Kep, M. Kes., selaku Kaprodi D3 Keperawatan Trenggalek dan selaku pembimbing yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek.

5. Ns. Ixora, S.Kep.,M.Kep selaku pembimbing dalam Karya Tulis Ilmiah yang telah banyak memberikan pengarahan, revisi dan saran kepada penulis demi kesempurnaan isi dari Karya Tulis Ilmiah.
6. Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep., M.Kep selaku penguji ujian Karya Tulis Ilmiah yang telah banyak memberikan pengarahan, revisi dan saran kepada penulis demi kesempurnaan isi dari Karya Tulis Ilmiah.
7. Dosen dan staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus V Trenggalek.
8. Seluruh teman – teman yang telah memberikan masukan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah.

Penulis berusaha semaksimal mungkin untuk dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan sebaik-baiknya dan harapannya Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat baik kepada penulis sendiri maupun kepada para pembaca. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang membangun dari semua pihak yang terkait demi tercapainya suatu kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Trenggalek, 22 April 2025

Putri Sarifatul Khasanah

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
PRODI D3 KEPERAWATAN KAMPUS KAB. TRENGGALEK 2025**

ABSTRAK

Putri Sarifatul Khasanah

**Asuhan Keperawatan Pada Klien *Diabetes Mellitus* Di Ruang Raflesia
RSUD dr. Soedomo Trenggalek**

Asuhan keperawatan *diabetes mellitus* merupakan proses kegiatan keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien Diabetes Melitus di pelayanan kesehatan. *Diabetes mellitus* adalah penyakit kronis yang terjadi karena pankreas tidak cukup menghasilkan insulin. Tujuan penelitian ini adalah memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Metode pengumpulan data menggunakan metode wawancara, observasi pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Kriteria partisipan yaitu klien *Diabetes Mellitus* dengan kriteria terdapat penyakit penyerta, klien dengan kesadaran composmentis dan kooperatif, klien dengan hari rawat minimal 3 hari di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Hasil penelitian menunjukkan adanya kesesuaian dan kesenjangan antara teori dan fakta. Kesenjangan ditemukan pada riwayat kesehatan keluarga, pola istirahat tidur, dan diagnosa keperawatan. Peneliti merumuskan 4 masalah keperawatan yaitu nyeri akut, ketidakstabilan kadar glukosa, defisit nutrisi, dan Perfusi perifer tidak efektif. Intervensi disusun berdasarkan sumber dari literatur buku SIKI. Implementasi dilaksanakan sesuai SOP ditempat pengambilan kasus. Evaluasi dilakukan selama 3 hari.

Klien *Diabetes Mellitus* perlu menjaga diit makanan, olahraga, dan rutin pengobatan. Klien diharapkan rutin ke pelayanan kesehatan untuk memantau keseimbangan kadar glukosa darah.

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

MALANG MINISTRY OF HEALTH POLYTECHNIC
D3 NURSING PROGRAM DISTRICT CAMPUS TRENGGALEK 2025

ABSTRACT

Putri Sarifatul Khasanah

Nursing Care for Diabetes Mellitus Clients in the Rafflesia Room at RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Diabetes mellitus nursing care is a process of nursing activities provided directly to Diabetes Mellitus clients in health services. Diabetes mellitus is a chronic disease that occurs because the pancreas does not produce enough insulin. The aim of this research is to provide nursing care to clients with Diabetes Mellitus in the Rafflesia Room at RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

The research design used in this research is a qualitative descriptive research method with a case study approach. Data collection methods use interview methods, physical examination observations and documentation studies. The criteria for participants are diabetes mellitus clients with the criteria of having accompanying diseases, clients with composmentis awareness and cooperation, clients with a minimum of 3 days of treatment in the Rafflesia Room at RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

The research results show that there are conformities and gaps between theory and facts. Discrepancies were found in family health history, sleep rest patterns, abdominal examination and nursing diagnoses. Researchers formulated 4 nursing problems, namely acute pain, unstable glucose levels, nutritional deficits, and ineffective peripheral perfusion. The intervention was prepared based on sources from the SIKI book literature. Implementation is carried out according to the SOP at the case collection location. Evaluation was carried out for 3 days.

Diabetes Mellitus clients need to maintain diet, exercise and regular medication. Clients are expected to go to health services regularly to monitor the balance of blood glucose levels.

Keywords : *Nursing Care, Clients, Diabetes Mellitus*

DAFTAR ISI

CURICULUM VITAE.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
MOTTO	vi
PERSEMBAHAN.....	vii
KATA PENGANTAR	ix
ABSTRAK.....	xi
<i>ABSTRACT</i>	xii
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xx
DAFTAR ISTILAH	xxi
DAFTAR SINGKATAN	xxvi
BAB 1	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah.....	7
1.3 Rumusan Masalah	7
1.4 Tujuan Penelitian.....	7
1.4.1 Tujuan Umum.....	7
1.4.2 Tujuan Khusus	7
1.5 Manfaat Penelitian.....	8
1.5.1 Manfaat teoritis.....	8
1.5.2 Manfaat Praktis	8
BAB 2	10
TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep Penyakit.....	10
2.1.1 Definisi Diabetes Mellitus	10

2.1.2 Klasifikasi	11
2.1.3 Etiologi.....	13
2.1.4 Manifestasi Klinis	16
2.1.5 Patofisiologi.....	18
2.1.6 Komplikasi.....	24
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	27
2.1.8 Penatalaksanaan	29
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	31
2.2.1 Pengkajian.....	32
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	40
2.2.3 Intervensi Keperawatan	53
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	70
2.2.5 Evaluasi.....	71
BAB 3	72
METODE PENELITIAN.....	72
3.1 Desain Penelitian	72
3.2 Batasan Istilah	72
3.3 Partisipan	73
3.4 Lokasi dan Waktu.....	74
3.5 Pengumpulan Data	74
3.5.1 Instrumen	74
3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data.....	76
3.6 Keabsahan Data	78
3.7 Analisis Data	79
3.8 Etika Penelitian.....	81
BAB 4	83
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	83
4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan	83
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	83
4.1.2 Pengkajian.....	84
4.1.3 Hasil Analisis Asuhan Keperawatan.....	127
4.2 Pembahasan	155

4.2.1 Pengkajian.....	155
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	157
4.2.3 Intervensi	158
4.2.4 Implementasi.....	158
4.2.5 Evaluasi.....	159
BAB 5	161
SIMPULAN DAN SARAN	161
5.1 Simpulan.....	161
5.1.1 Pengkajian.....	161
5.1.2 Diagnosa keperawatan	161
5.1.3 Intervensi	161
5.1.4 Implementasi.....	162
5.1.5 Evaluasi.....	162
5.1.6 Analisis Data.....	162
5.2 Saran.....	163
5.2.1 Bagi Pelayanan Rumah Sakit RSUD dr.Soedomo Trenggalek	163
5.2.2 Bagi Pendidikan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.....	163
5.2.3 Bagi Peneliti.....	163
5.2.4 Bagi Klien	164
5.2.5 Bagi Peneliti Selanjutnya.....	164
DAFTAR PUSTAKA	165

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kadar Glukosa Darah.....	28
Tabel 2.2 Intervensi (SDKI,SLKI,SIKI)	53
Tabel 4.1 Identitas Umum	95
Tabel 4.2 Riwayat penyakit	96
Tabel 4.3 Pola aktivitas sehari – hari	98
Tabel 4.4 Konsep diri	99
Tabel 4.5 Pola Kognitif Dan Persepsi Sensori	100
Tabel 4.6 Pola persepsi diri dan toleransi terhadap stress	100
Tabel 4.7 Pemeriksaan fisik	101

Tabel 4.8 Pemeriksaan darah lengkap

.....
106

Tabel 4.9 Pemeriksaan x-ray

.....
107

Tabel 4.10 Penatalaksanaan terapi

.....
108

Tabel 4.11 Analisa Data

.....
109

Tabel 4.12 Diagnosa Keperawatan

.....
113

Tabel 4.13 Rencana Tindakan Keperawatan

.....
116

Tabel 4.14 Implementasi

.....
121

Tabel 4.15 Evaluasi

.....
125

Tabel 4.16 Catatan Perkembangan

.....
128

Tabel 4.17 Hasil Analisis Asuhan Keperawatan

.....

135

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi Diabetes Mellitus.....	18
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Formulir Pengajuan Judul Karya Tulis Ilmiah	167
Lampiran 2 Lembar Konsultasi.....	168
Lampiran 3 Lembar Persetujuan Penelitian Akademik.....	173
Lampiran 4 Lembar Persetujuan Penelitian Akademik.....	174
Lampiran 5 Lembar Persetujuan (Inform Consent)	175
Lampiran 6 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	176
Lampiran 7 Lembar Format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah.....	177

DAFTAR ISTILAH

A

- Antigen : Zat atau benda asing, seperti racun, kuman, atau virus yang masuk dalam tubuh.
- Aterosklerosis : Kondisi terjadinya penyempitan dan pengerasan di dalam pembuluh darah arteri akibat pengendapan kolesterol dan zat lemak lainnya.
- Autoimun : Kondisi ketika system kekebalan tubuh seseorang menyerang tubuh sendiri.

D

- Diet : Pengaturan pola makan, baik menurut porsi, ukuran, dan kandungan gizi dalam makanan.
- Diuretik* : Obat untuk membuang kelebihan garam dan air dari dalam tubuh melalui urine
- Diuresis osmotic : Proses peningkatan produksi urine yang disebabkan oleh adanya zat-zat osmotic aktif dalam dalam tubulus ginjal.

E

- Edukasi : Proses pengajaran yang dilakukan baik secara formal maupun non formal kepada seseorang atau lebih dari satu orang baik secara bersama-sama ataupun secara individu.

F

- Farmakologi : Ilmu pengetahuan yang mempelajari interaksi obat dengan konstituen (unsur pokok) tubuh untuk menghasilkan efek

terapi.

Fotofobia : Kondisi mata terasa sakit atau tidak nyaman ketika melihat cahaya terang.

G

Gangren : Kondisi jaringan tubuh yang mati akibat tidak mendapat pasokan darah yang cukup atau akibat infeksi bakteri yang berat.

Genetik : Istilah untuk menyatakan karakteristik seseorang yang diwariskan karena keberadaan gen.

Glikogenesis : Proses pembentukan glikogen dari glukosa kemudian disimpan didalam hati dan otot.

Glikolisis : Proses dimana gula sebagian dipecah oleh sel - sel dalam reaksi enzim yang tidak membutuhkan oksigen.

Glukosuria : Kondisi ketika ginjal tidak mampu menyerap semua gula kembali ke darah, sehingga gula terbuang melalui urine.

Glukosa : Produk akhir metabolisme karbohidrat dan merupakan sumber energi utama untuk organisme hidup yang kegunaannya dikontrol insulin.

H

Hiperglikemia : Istilah medis untuk keadaan dimana kadar gula dalam darah lebih tinggi dari normal.

Hipertensi : Nama lain dari tekanan darah tinggi.

Hipoglikemia : Suatu keadaan dimana kadar gula darah (glukosa) secara

abnormal rendah.

Hipoksia : Kondisi kadar oksigen yang rendah di jaringan tubuh.

Hipotensi : Nama lain dari tekanan darah rendah.

I

Insulin : Hormon yang mengatur tingkat gula (glukosa) dalam darah dan yang diproduksi oleh sel–sel beta dari pulau Langerhans pada pankreas.

K

Karbohidrat : Nutrisi utama yang dibutuhkan tubuh bersama protein dan lemak.

Ketoasidosis : Suatu kondisi dimana kadar keton dalam tubuh mencapai kadar abnormal yang tinggi.

Keton : Asam yang dapat menumpuk dalam darah dan dieliminasi dalam urin.

Ketonuria : Adanya senyawa keton di dalam air seni.

Komplikasi : Jenis penyakit dimana seseorang mengalami dua jenis penyakit atau lebih secara bersamaan yang biasanya penyakit kedua merupakan tambahan atau lanjutan dari penyakit kedua.

L

Lemak : Zat yang sulit terurai dan merupakan sumber energi utama bagi tubuh, selain protein dan karbohidrat.

Lipogenesis : Pembentukan asam lemak yang terjadi di dalam hati.

Lipolisis : Suatu proses yang di stimulus oleh hormon seperti kortisol

dan melalui proses ini, trigliserida yang tersimpan dibebaskan dari jaringan adiposa untuk menghasilkan energi.

N

Natrium : Nama lain dari sodium adalah mineral penting yang diperlukan tubuh.

Nefropati : Penyakit atau gangguan ginjal yang disebabkan oleh rusaknya pembuluh darah atau unit - unit ginjal yang bekerja membersihkan darah dan merupakan salah satu komplikasi *Diabetes Mellitus*.

Neuropati : Masalah pada syaraf yang disebabkan oleh nyeri, kelemahan otot, mati rasa, kesemutan dan pembengkakan.

O

Obesitas : Kelainan nutrisi yang sering dijumpai dan ditandai oleh penimbunan lemak tubuh yang berlebihan.

P

Pankreas : Organ pada sistem pencernaan yang memiliki 2 fungsi yaitu menghasilkan enzim pencernaan atau fungsi eksokrin serta menghasilkan beberapa hormone atau fungsi endokrin.

Polidipsia : Timbulnya rasa haus yang berlebihan sehingga menyebabkan lebih sering minum.

Polipagia : Timbulnya rasa lapar yang berlebihan tetapi tidak meningkatkan berat badan namun menyebabkan penurunan

berat badan.

Poliuria : Timbulnya rasa ingin kencing yang berlebihan karena kadar gula dalam darah meningkat sehingga merangsang tubuh untuk berusaha mengeluarkan melalui ginjal bersama air kencing.

Post prandial : Tes gula darah yang dilakukan 2 jam setelah makan.

Protein : Zat makanan berupa asam-asam amino yang berfungsi sebagai pembangun dan pengatur bagi tubuh.

R

Resistensi : Ketahanan atau daya tahan terhadap sesuatu.

Retinopati : Kondisi yang mempengaruhi kerja retina mata, yang merupakan lapisan syaraf yang berada di bagian belakang mata dan yang menangkap gambar.

S

Sputum : Nama lain dari dahak.

U

Ulkus : Luka terbuka pada permukaan kulit atau selaput lendir.

DAFTAR SINGKATAN

A	: <i>Assessment</i>
ADA	: America Diabetic Association
BB	: Berat Badan
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
DM	: Diabetes Mellitus
FBS	: <i>Fasting Blood Sugar</i>
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
GDA	: Gula Darah Acak
IMT	: Indeks Masa Tubuh
IDF	: International Diabetic Federation
IV	: Intra Vena
K/U	: Keadaan Umum
N	: Nadi
NaCL	: Natrium Klorida
O	: <i>Obyektif</i>
P	: <i>Planning</i>
RR	: Respiratory Rate
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RL	: Ringer Laktat
RS	: Rumah Sakit
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
S	: Suhu

S	: <i>Subyektif</i>
SARS	: Severe Acute Respiratory Syndrome
SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Laran Keperawatan Indonesia
TD	: Tekanan Darah
TTGO	: Tes Toleransi <i>Glukosa oral</i>
TZD	: Tiazolidinedioan
WHO	: World Health Organization

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan Keperawatan merupakan suatu proses atau kegiatan yang meliputi pengkajian, penentuan diagnosa, intervensi, implementasi, serta evaluasi yang dilakukan secara komprehensif pada klien dengan *Diabetes Mellitus*. *Diabetes Mellitus* merupakan gangguan metabolisme yang terjadi pada organ pankreas yang ditandai dengan peningkatan gula darah atau sering disebut dengan kondisi hiperglikemia yang disebabkan karena menurunnya jumlah insulin dari pankreas (Lestari, Zulkarnain, & Sijid, 2021). *Diabetes Mellitus* atau penyakit kencing manis merupakan penyakit menahun yang dapat diderita seumur hidup (Sihotang, 2017). Penyakit *Diabetes Mellitus* dapat menimbulkan berbagai komplikasi baik makrovaskuler maupun mikrovaskuler (Lestari, Zulkarnain, & Sijid, 2021). Penyakit *Diabetes Mellitus* dapat mengakibatkan gangguan kardiovaskular yang dimana merupakan penyakit yang terbilang cukup serius jika tidak secepatnya diberikan penanganan sehingga mampu meningkatkan penyakit hipertensi dan infark jantung (Sendika Widi Saputri, 2016). Sebagian besar kasus *Diabetes Mellitus* pada awalnya tidak diketahui, tanpa keluhan, dan tanpa gejala. Apabila penanganannya telambat maka bisa terjadi kerusakan pada sel-sel organ tubuh lainnya seperti jantung, saraf, mata, dan ginjal. *Diabetes Mellitus* merupakan salah satu penyakit sebagai *silent killer*, karena gejala penyakit ini sering tidak disadari oleh penderitanya (Kusuma, 2017). Mayoritas masyarakat

menganggap gejala yang dirasakan umum terjadi dan tidak membahayakan, sehingga pada saat datang ke petugas kesehatan pengobatan terlambat dan menimbulkan komplikasi. Ketidakpatuhan terhadap pengobatan tersebut juga akan menjadi masalah bagi penderita *Diabetes Mellitus* yang akan mengakibatkan penyakit tidak terkontrol dan komplikasi yang ditimbulkan tidak kunjung pulih. Hal ini dimungkinkan terjadi karena kemajuan teknologi seperti makanan tidak sehat yang banyak mengandung lemak tinggi atau kadar manis dari gula, *fast food* atau makanan cepat saji yang tidak diimbangi dengan olah raga sehingga menyebabkan kadar gula tidak normal.

- *International Diabetes Federation* (IDF) pada tahun (2021) mencatat bahwa 537 juta orang dewasa (20-79 tahun) hidup dengan diabetes di seluruh dunia. Jumlah ini diperkirakan akan meningkat menjadi 643 juta (1 dari 9 orang dewasa) pada tahun 2030 dan 784 juta (1 dari 8 orang dewasa) pada tahun 2045 (Kemenkes, 2022). *Diabetes Mellitus* menyebabkan 6,7 juta kematian pada tahun 2021. Diperkirakan 44% orang dewasa yang hidup dengan diabetes (240 juta orang) tidak terdiagnosis. 541 juta orang dewasa di seluruh dunia, atau 1 dari 10, mengalami gangguan toleransi glukosa, menempatkan mereka pada risiko tinggi terkena diabetes tipe 2 (IDF, 2021). Pada tahun 2022, *International Diabetes Federation* (IDF) melaporkan bahwa jumlah penderita diabetes tipe 1 di Indonesia mencapai 41.813 orang. Jumlah itu menempatkan Indonesia peringkat teratas di ASEAN. Mayoritas penderita diabetes tipe 1 di Indonesia berusia antara 20-59 tahun, sebanyak 26.781 orang. Setelahnya, penderita berusia di bawah 20 tahun sebanyak 13.311 orang dan penderita berusia 60 tahun ke atas sebanyak 1.721 orang

(IDF, 2022). IDF juga mendapati bahwa jumlah penderita diabetes pada 2021 di Indonesia meningkat pesat dalam sepuluh tahun terakhir. Jumlah tersebut diperkirakan dapat mencapai 28,57 juta pada 2045 atau lebih besar 47% dibandingkan dengan jumlah 19,47 juta pada 2021 (IDF, 2021). *World Health Organisation* (WHO) memprediksikan penyakit *Diabetes Mellitus* akan menimpa lebih dari 21 juta penduduk Indonesia di tahun 2030 (Kemenkes, 2018). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melaporkan jumlah penderita *Diabetes Mellitus* pada tahun 2021 sebanyak 19,47 juta jiwa (Kemenkes RI, 2022). Laporan kinerja Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM) pada tahun 2023 mencatat bahwa jumlah klien *Diabetes Mellitus* dengan gula darah terkendali sebanyak 39.234 orang, atau 1,6% dari target 58% (Kemenkes RI, 2023). Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur melaporkan jumlah penderita *Diabetes Mellitus* di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2021 mencapai 929.535 kasus. Dari jumlah tersebut diestimasikan sebanyak 867.257 penderita (93,3%) yang telah terdiganosis dan mendapatkan pelayanan kesehatan (Dinkes Jatim, 2022). Estimasi 2017-2022 penderita *Diabetes Mellitus* (DM) di Jawa Timur sebesar 863.686 dari penduduk usia 15 tahun ke atas. Pelayanan Kesehatan Penderita *Diabetes Mellitus* di FKTP di 38 kabupaten/kota seluruh Jawa Timur sudah mencapai 842.004 kasus (97,5% dari estimasi penderita *Diabetes Mellitus* yang ada. Data klien *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tahun 2023 pada periode Bulan Januari sampai Maret mencapai 62 kasus (Betya Ayi, Register Rawat Inap, 2023). Di kabupaten Trenggalek, data

tahun 2024 menunjukkan jumlah penderita *Diabetes Mellitus* mencapai 7.037 orang dengan jumlah kasus *Diabetes Mellitus* bervariasi di setiap kecamatan (data, 2024). Data Klien *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tahun 2023 periode bulan Januari Sampai Desember mencapai 420 kasus dan pada periode bulan Januari sampai Maret 2024 mencapai 92 kasus (Luky, 2024). Tahun 2024 periode bulan Januari sampai Desember mencapai 420 kasus dan pada periode bulan Februari- April 2025 mencapai 107 kasus (Register Rawat Inap, 2025).

Diabetes Mellitus dibagi menjadi 2 yaitu, *Diabetes Mellitus* tipe 1 disebabkan karena kerusakan sel beta pankreas yang menghasilkan insulin, dan kombinasi antara faktor genetik, imunologi, dan kemungkinan lingkungan seperti virus (Tarwoto, 2012). *Diabetes Mellitus* tipe 2, yaitu pankreas masih mampu membuat insulin akan tetapi kualitas insulin buruk sehingga tidak dapat berfungsi dengan baik (Tandra, 2017). Faktor penyebab terjadinya *Diabetes Mellitus* juga berasal dari usia, keturunan, aktivitas kurang gerak, obesitas, stress, pola hidup yang modern dan pemakaian obat-obatan dan mempengaruhi timbulnya kerusakan serius pada banyak sistem tubuh, khususnya syaraf dan pembuluh darah (Burnner & Suddarth, 2016). Selain itu faktor lingkungan sosial dan pemanfaatan pelayanan kesehatan juga menimbulkan penyakit diabetes dan komplikasinya. *Diabetes Mellitus* dapat memengaruhi berbagai sistem organ tubuh manusia dalam jangka waktu tertentu, yang disebut komplikasi. Komplikasi *Diabetes Mellitus* dapat dibagi menjadi pembuluh darah mikrovaskular dan makrovaskuler. Komplikasi mikrovaskuler termasuk kerusakan sistem saraf (neuropati), kerusakan sistem

ginjal (nefropati) dan kerusakan mata (retinopati) (Lestari, Zulkarnain, & Sijid, 2021). Tanda-tanda dan efek samping *Diabetes Mellitus* buang air kecil yang meluas, rasa haus yang meluas, penurunan berat badan, kelaparan, masalah kulit, penyembuhan kulit yang lambat, penyakit jamur, gangguan genital, kelelahan, penglihatan kabur dan menggigil atau mati rasa, dan peningkatan glukosa (Kemenkes RI, 2019). Anamnesis yang sering didapatkan pada penderita diabetes berupa poliuria, polidipsia, polipagia dan penurunan berat badan yang tidak jelas penyebabnya. Keluhan lain yang sering disampaikan adalah lemah badan, kesemutan, gatal, mata kabur, disfungsi ereksi dan pruritus vulvae (Lestari, Zulkarnain, & Sijid, 2021). Dampak *Diabetes Mellitus* selain penyakit kardiovaskuler, *Diabetes Mellitus* juga merupakan salah satu penyebab utama penyakit ginjal dan kebutaan pada usia dibawah 65 tahun, dan juga amputasi. Selain itu, diabetes juga penyebab terjadinya amputasi (yang bukan disebabkan oleh trauma), disabilitas, hingga kematian. Dampak lain dari diabetes adalah mengurangi usia harapan hidup sebesar 5-10 tahun (Kemenkes, 2018). Untuk mengetahui siapa yang menderita diabetes, penting untuk memeriksa kadar glukosa, yang efek sampingnya sangat penting untuk penentuan diabetes tipe I atau tipe II. Dengan asumsi hasil tes glukosa menunjukkan kadar gula 200 mg/dl., maka individu tersebut dapat dipastikan menderita *Diabetes Mellitus* (Riskesdas, 2018).

Tindakan penatalaksanaan yang perlu dilakukan yaitu pencegahan dan penanggulangan *Diabetes Mellitus* dengan cara mengatur manajemen kesehatan keluarga dan klien dalam mengelola *Diabetes Mellitus* dengan cara pemberian edukasi kepada keluarga. Dalam kasus ini peran perawat sangat

dibutuhkan dalam mengatasi ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga pada *Diabetes Mellitus*. Peran promotif yaitu memberikan penyuluhan kepada keluarga dan klien tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta pengobatan Diabetes. Peran preventif yaitu membiasakan diri untuk hidup sehat dengan melakukan perencanaan pola makan diet yang tepat, mengontrol kadar gula darah, melakukan olahraga dan latihan. Peran kuratif yaitu dengan memberikan obat antidiabetes dan insulin. Peran rehabilitatif yaitu dengan mengevaluasi kondisinya (Ilhami, 2021). Salah satu upaya untuk mencegah terjadinya Diabetes Mellitus adalah dengan melakukan beberapa pemeriksaan yaitu: pemeriksaan gula darah sewaktu (GDS), pemeriksaan gula darah puasa (GDP), pemeriksaan gula darah 2 jam post prandial (GD2PP), pemeriksaan HbA_{1c}, pemeriksaan toleransi glukosa oral (TTGO) berupa tes pemeriksaan penyaring. Diagnosis ditegakkan dengan pemeriksaan kadar gula darah seperti; Gula darah puasa 126 mg/dl, Gula darah 2 jam 200 mg/dl, Gula darah acak > 200 mg/dl. Cara diagnosis yang lain adalah dengan mengukur HbA_{1c} 6,5% 6. Pra- diabetes adalah penderita dengan kadar glukosa darah puasa antara 100 mg/dl sampai dengan 125 mg/dl (IFG); atau 2 jam puasa antara 140 mg/dl sampai dengan 199 mg/dl (IGT), atau kadar A1C antara 5,7-6,4% 6,7". Pengobatan yang dapat dilakukan untuk penderita *Diabetes Mellitus* yaitu dengan terapi insulin, mengonsumsi obat diabetes, mencoba pengobatan alternatif, menjalani operasi dan memperbaiki *life style* (pola hidup sehat) dengan memakan makanan yang bergizi atau sehat, olahraga.

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah adalah ruang lingkup masalah atau upaya membatasi ruang lingkup masalah yang terlalu luas atau lebar sehingga penelitian lebih fokus dilakukan. Dalam pembahasan masalah ini penulis membatasi masalah yaitu Asuhan Keperawatan pada klien Diabetes Mellitus dengan penyakit penyerta yang diperkirakan dirawat minimal 3 hari di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah di atas, dapat dirumuskan pernyataan masalah sebagai berikut : "Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek?"

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Memberikan Asuhan Keperawatan secara *komprehensif* dan menganalisis asuhan keperawatan pada klien *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

Memberikan Asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang meliputi:

- 1) Mampu melakukan pengkajian pada klien dengan *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo.

- 2) Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada klien dengan *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo.
- 3) Mampu menyusun rencana keperawatan pada klien dengan *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo.
- 4) Mampu melaksanakan tindakan keperawatan yang tepat pada klien dengan *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo.
- 5) Mampu mengevaluasi tindakan keperawatan pada klien dengan *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo.
- 6) Mampu menganalisis dan membandingkan antara teori dan fakta Di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat teoritis

- 1) Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberi tambahan dan masukan baru dalam bidang keperawatan dan sebagai pengembangan ilmu pengetahuan yang berhubungan dengan objek penelitian.
- 2) Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber data bagi penelitian berikutnya khususnya yang terkait dengan asuhan keperawatan pada klien *Diabetes Mellitus*.

1.5.2 Manfaat Praktis

- 1) Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan evaluasi yang dipergunakan dalam pelaksanaan praktek layanan keperawatan khususnya pada klien *Diabetes Mellitus*.

2) Bagi Institusi Pendidikan

Pendidikan Hasil penulisan ini dapat digunakan sebagai tambahan informasi dalam kegiatan proses belajar mengajar tentang asuhan keperawatan pada klien Diabetes Mellitus dan dapat dijadikan sebagai acuan bagi praktik klinik mahasiswa keperawatan di masa mendatang.

3) Bagi Peneliti

Hasil penulisan ini dapat digunakan sebagai pengalaman belajar untuk menambah keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien Diabetes Mellitus dan pengetahuan serta wawasan bagi peneliti.

4) Bagi Klien

Hasil penulisan ini dapat memberikan pengetahuan serta cara dalam perawatan klien Diabetes Mellitus.

5) Bagi Peneliti Yang Akan Datang

Hasil penelitian ini masih sangat sederhana sehingga belum mampu menggambarkan suatu hasil yang maksimal untuk peneliti selanjutnya hasil penelitian ini diharapkan dijadikan panduan dalam melakukan penelitian, sehingga dalam memberikan asuhan keperawatan dengan sebaik-baiknya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus merupakan suatu keadaan dimana tubuh tidak mampu menghasilkan hormone insulin atau tidak dapat menggunakan insulin yang di gunakan secara optimal sehingga terjadi hiperglikemia yang di sertai berbagai kelainan metabolik (Aini & Aridiana, 2016). Diabetes Mellitus merupakan kelompok metabolik yang di tandai oleh tingginya kadar glukosa dalam darah karena adanya kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (Damayanti 2016). Diabetes Mellitus (DM) merupakan penyakit kronis yang umum terjadi pada dewasa yang membutuhkan supervisi medis berkelanjutan dan edukasi perawatan mandiri pada klien. Namun, bergantung pada tipe DM dan usia klien, kebutuhan dan asuhan keperawatan klien dapat sangat berbeda. Diabetes Mellitus (DM) adalah penyakit kronis progresif yang ditandai dengan ketidakmampuan tubuh untuk melakukan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein, mengarah ke hiperglikemia (kadar glukosa darah tinggi). Diabetes Mellitus (DM) terkadang dirujuk sebagai "gula tinggi", baik oleh klien maupun penyedia layanan kesehatan. Pemikiran dari hubungan gula dengan DM adalah sesuai karena lolosnya sejumlah besar urine yang mengandung gula ciri dari DM yang tidak terkontrol (Maria, 2021). Diabetes Mellitus merupakan suatu penyakit akibat kerusakan sel beta

pankreas yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemi) disertai gangguan pembuluh darah (kti kating alfin,2023).

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi etiologis diabetes menurut American Diabetes Association (2018), dibagi dalam 4 jenis yaitu :

1) Diabetes Mellitus (DM) Tipe 1

Diabetes Mellitus (DM) tipe 1 terjadi karena adanya destruksi sel beta pankreas karena sebab autoimun. Pada Diabetes Mellitus (DM) tipe ini terdapat sedikit bahkan tidak sama sekali sekresi insulin dapat ditentukan dengan level protein c-peptida yang jumlahnya sedikit atau tidak terdeteksi sama sekali. Manifestasi klinik pertama dari penyakit ini ialah ketoasidosis. Faktor penyebab terjadinya Diabetes Mellitus (DM) Tipe I adalah infeksi virus atau rusaknya sistem kekebalan tubuh yang disebabkan karena reaksi autoimun yang merusak sel-sel penghasil insulin yaitu sel β pada pankreas, secara menyeluruh. Oleh karena itu, pada tipe I, pankreas tidak dapat memproduksi insulin. Penderita Diabetes Mellitus (DM) untuk bertahan hidup harus diberikan insulin dengan cara disuntikan pada area tubuh penderita. Apabila insulin tidak diberikan maka penderita akan tidak sadarkan diri, disebut juga dengan koma ketoasidosis atau koma diabetic (ADA, 2018)

2) Diabetes Mellitus (DM) Tipe 2

Pada penderita Diabetes Mellitus (DM) tipe ini terjadi hiperinsulinemia tetapi insulin tidak bisa membawa glukosa masuk ke dalam jaringan dikarenakan terjadi resistensi insulin yang merupakan turunya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati. Oleh sebab itu terjadinya resistensi insulin (reseptor insulin sudah tidak aktif karena dianggap kadarnya masih tinggi dalam darah) akan mengakibatkan defisiensi relatif insulin. Hal tersebut dapat mengakibatkan berkurangnya sekresi insulin pada adanya glukosa bersama bahan sekresi insulin lain sehingga sel beta pankreas akan mengalami desensitisasi terhadap adanya glukosa (ADA, 2018)

Diabetes Mellitus (DM) tipe II disebabkan oleh kegagalan relatif sel β pankreas dan resisten insulin. Resistensi insulin yaitu turunya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa dari jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati. Sel β pankreas tidak mampu mengimbangi resistensi insulin ini sepenuhnya, artinya terjadi defisiensi relatif insulin. Ketidakmampuan ini terlihat dari berkurangnya sekresi insulin pada rangsangan glukosa, maupun pada rangsangan glukosa bersama bahan perangsang sekresi insulin lainnya. Gejala pada Diabetes Mellitus (DM) tipe ini secara perlahan-lahan bahkan asimtomatik. Dengan pola hidup sehat, yaitu mengonsumsi makanan bergizi seimbang dan olah raga secara teratur biasanya penderita berangsur

pulih. Penderita juga harus mampu mempertahankan berat badan yang normal. Namun pada penderita stadium akhir kemungkinan akan diberikan suntik insulin (ADA, 2018)

3) Diabetes Mellitus (DM) Tipe Lain

Diabetes Mellitus (DM) tipe lain adalah penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan kadar gula darah akibat faktor genetik fungsi sel beta, efek genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, endokrinopati, karena obat atau zat kimia, infeksi, sebab imunologi yang jarang, sindrom genetic lain yang berkaitan dengan Diabetes Mellitus (DM).

4) Diabetes Mellitus (DM) Gestasional

Diabetes Mellitus (DM) tipe ini terjadi selama masa kehamilan, dimana intoleransi glukosa didapati pertama kali pada masa kehamilan, biasanya pada trimester kedua dan ketiga. Diabetes Mellitus (DM) gestasional berhubungan dengan meningkatnya komplikasi perinatal. Penderita Diabetes Mellitus (DM) gestasional memiliki risiko lebih besar untuk menderita Diabetes Mellitus (DM) yang menetap dalam jangka waktu 5-10 tahun setelah melahirkan (ADA, Ndraha 2014)

2.1.3 Etiologi

Menurut Nurarif dan Hardhi (2015) etiologi diabetes mellitus, yaitu:

1) Diabetes Melitus tergantung insulin (DMTI) tipe 1

Diabetes yang tergantung pada insulin diandai dengan penghancuran sel-sel beta pancreas yang disebabkan oleh:

a) Faktor genetik:

Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetic kearah terjadinya diabetes tipe 1. 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.

b) Faktor imunologi:

Pada diabetes tipe I terdapat bukti adanya suatu respon autoimun. Ini merupakan respon abnormal dimana antibody terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing.

c) Faktor lingkungan

Faktor eksternal yang dapat memicu destruksi sel β pancreas, sebagai contoh hasil penyelidikan menyatakan bahwa virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang dapat menimbulkan destuksi sel β pancreas.

2) Diabetes Melitus tak tergantung insulin (DMTTI)

Disebabkan oleh kegagalan relative beta dan resisten insulin. Secara pasti penyebab dari DM tipe II ini belum diketahui, faktor genetik diperkirakan memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin. Diabetes Melitus tak tergantung 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 permukaan sel tertentu, kemudian terjadi reaksi intraselluler yang meningkatkan transport glukosa menembus membran sel. Pada klien dengan DMTTI terdapat kelainan dalam pengikatan insulin dengan reseptor. Hal ini dapat disebabkan oleh berkurangnya jumlah tempat reseptor yang responsif 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. Diabetes Melitus tipe II disebut juga Diabetes Melitus tidak tergantung insulin (DMTTI) atau Non Insulin Dependent Diabetes Melitus (NIDDM) yang merupakan suatu kelompok heterogen bentuk-bentuk Diabetes yang lebih ringan, terutama

dijumpai pada orang dewasa, tetapi terkadang dapat timbul pada masa kanak-kanak.

Faktor risiko yang berhubungan dengan proses terjadinya DM tipe II, diantaranya adalah:

- a) Usia (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia di atas 65 tahun)
- b) Obesitas
- c) Riwayat keluarga
- d) Kelompok etnik

Hasil pemeriksaan glukosa dalam 2 jam pasca pembedahan dibagi menjadi 3 yaitu:

- a) 140 mg/dL → normal
- b) 140-<200 mg/dL toleransi glukosa terganggu
- c) 200 mg/dL → kencing manis

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Nixson Manurung (2018) Gangguan metabolisme karbohidrat menyebabkan tubuh kekurangan energi, itu sebabnya penderita Diabetes Mellitus, umumnya terlihat lemah,lemas dan tidak bugar. Gejala umum yang di rasakan oleh penderita diabetes adalah :

- 1) Banyak kencing terutama pada malam hari (poliuri)
- 2) Gampang haus dan banyak minum (polidipsia)
- 3) Mudah lapar dan banyak makan (polypagia)
- 4) Mudah lelah dan sering mengantuk

- 5) Penglihatan kabur
- 6) Sering pusing dan mual
- 7) Berat badan terus menurun
- 8) Sering kesemutan dan gatal-gatal pada bagian kaki dan tangan

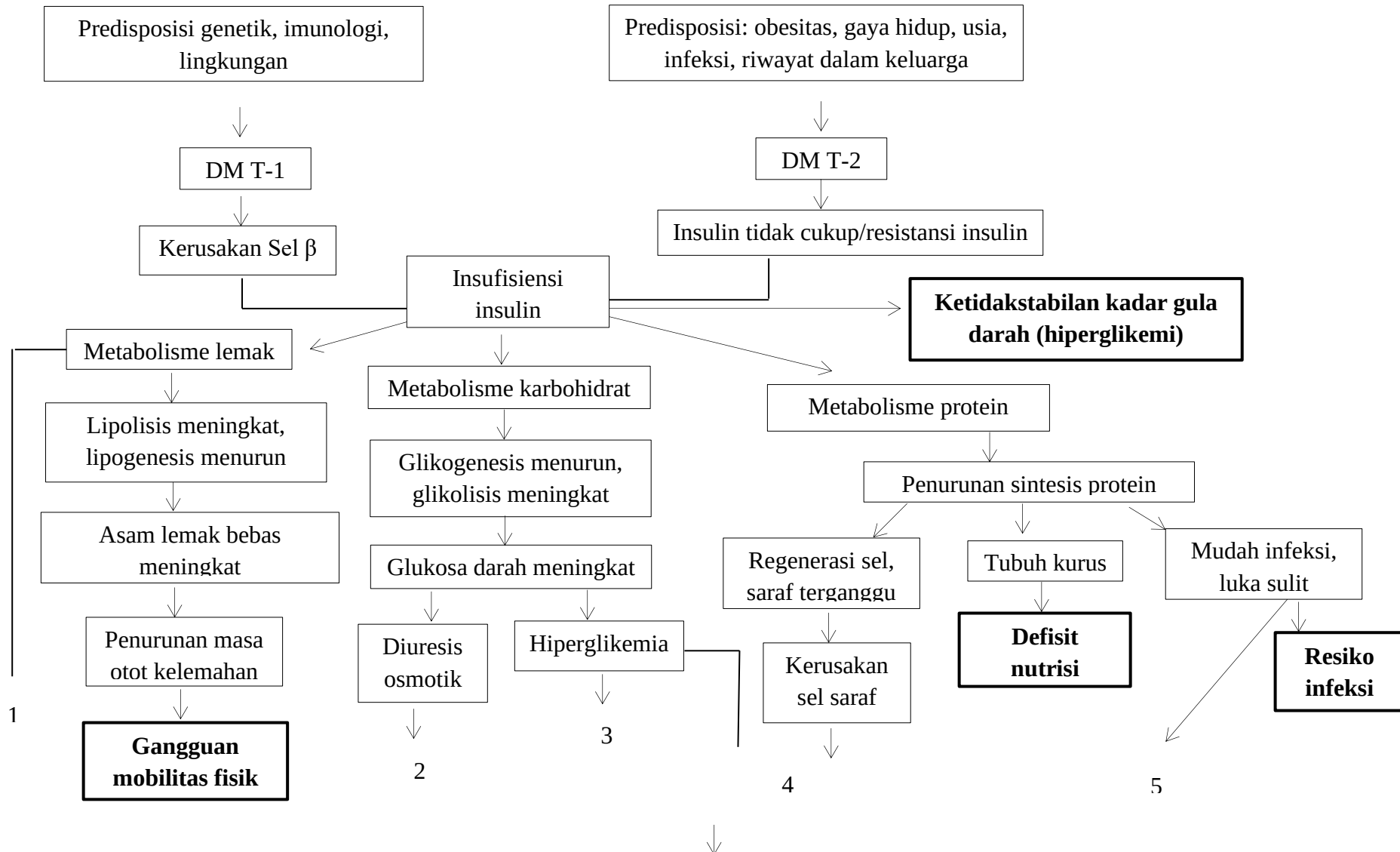
Semua gejala ini merupakan efek dari kadar gula darah yang tinggi akan mempengaruhi ginjal dan menghasilkan air kemih dalam jumlah banyak dan mengencerkan glukosa sehingga penderita sering buang air kecil dalam jumlah banyak atau (poliuri) dan akibat poliuri ini maka penderita merasakan haus yang berlebihan sehingga banyak minum (polidipsi). Sejumlah besar kalori hilang ke dalam air kemih, penderita mengalami penurunan berat badan.

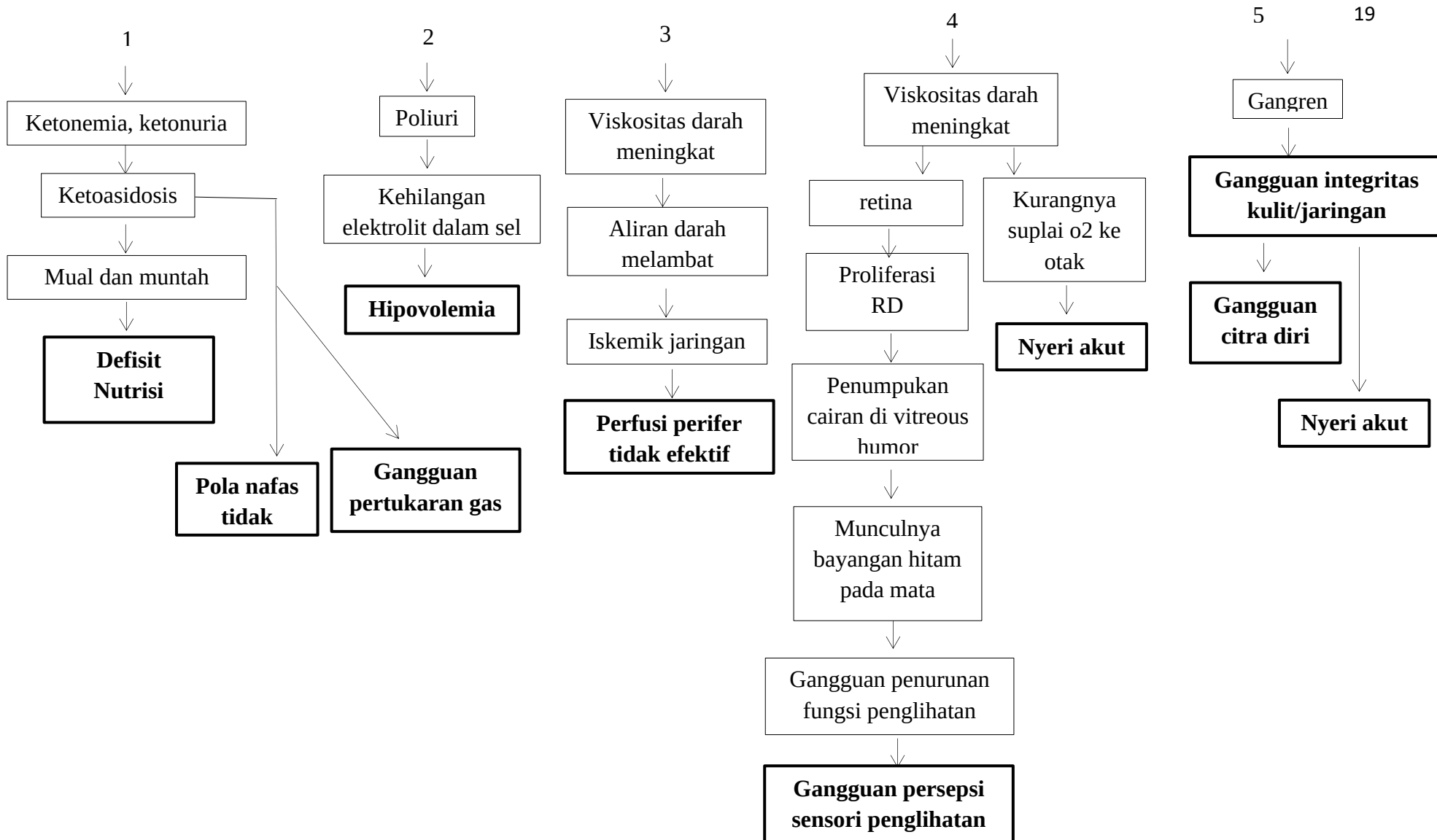
Tanda pada seorang penderita diabetes :

- a) Kadar gula dalam darah tinggi
- b) Rusaknya pankreas
- c) Urine di kerubuti semut
- d) Dan lain-lain (Manurung, 2018).

2.1.5 Patofisiologi

1) Bagan





2) Uraian

Diabetes Mellitus adalah suatu keadaan ketika tubuh tidak mampu menghasilkan insulin (Aini & Aridiana, 2016). Pada diabetes tipe-1 belum diketahui hal apa yang memicu terjadinya kerusakan sel pada pankreas, namun bukti-bukti yang ada menunjukkan bahwa faktor genetik dan faktor lingkungan seperti infeksi virus tertentu berperan dalam prosesnya. Pada kondisi ini terdapat autoimun yang dapat menyebabkan kerusakan sel β pankreas sehingga timbul defisiensi insulin absolut. Sedangkan pada diabetes tipe II, faktor penyebab yang banyak berperan adalah faktor predisposisi seperti usia, obesitas, gaya hidup dll (Aini & Aridiana, 2016). Diabetes tipe ini juga terjadi resistensi urin sehingga menyebabkan insufisiensi urin atau terganggunya kerja fungsi insulin. Insulin merupakan hormon yang membawa glukosa darah ke sel-sel dan menyimpannya sebagai glikogen (Aini & Aridiana, 2016). Berkurangnya fungsi kinerja insulin menyebabkan kadar gula darah menjadi tidak terkontrol. Kondisi ini juga mempengaruhi metabolisme protein, metabolisme karbohidrat, dan metabolisme lemak.

Pada metabolisme karbohidrat normalnya asupan glukosa atau produksi glukosa dalam tubuh akan difasilitasi (oleh insulin) untuk masuk ke dalam sel tubuh. Glukosa ini kemudian diolah untuk menjadi bahan energi, apabila bahan energi yang dibutuhkan masih ada sisa, maka akan disimpan sebagai glikogen

dalam sel hati dan sel otot (sebagai masa sel otot). Proses ini tidak dapat berlangsung dengan baik pada penderita diabetes, sehingga glukosa banyak yang menumpuk di darah (**hiperglikemia**) (Aini & Aridiana, 2016). Gangguan metabolisme karbohidrat terjadi peningkatan kadar glukosa darah yang melebihi ambang batas ginjal sehingga muncul diuresis osmotik menyebabkan poliuri dan terjadi dehidrasi yang memunculkan masalah keperawatan **hipovolemia**.

Kondisi defisit insulin diawali dengan berkurangnya transpor glukosa yang melintasi membran sel. Kondisi ini memicu terjadinya penurunan glikogenesis (pembentukan glikogen dari glukosa) namun tetap terdapat kelebihan glukosa dalam darah sehingga meningkatkan glikolisis (pemecahan glikogen). Cadangan glikogen menjadi berkurang dan glukosa yang tersimpan dalam hati dikeluarkan terus-menerus melebihi kebutuhan. Peningkatan glukoneogenesis (pembentukan glukosa dari unsur nonkarbohidrat seperti asam amino dan lemak) juga terjadi sehingga glukosa dalam hati semakin banyak yang dikeluarkan sehingga glukosa banyak yang menumpuk di darah (**hiperglikemia**). Hiperglikemia dapat mempengaruhi pembuluh darah kecil, arteri kecil sehingga suplai makanan dan oksigen ke perifer menjadi berkurang, yang memunculkan suatu masalah keperawatan yang baru yaitu **perfusi perifer tidak efektif**.

Kurangnya kinerja insulin sebagai pengontrol kadar gula

darah dalam tubuh juga berpengaruh terhadap metabolisme lemak. Metabolisme lemak merupakan proses tubuh untuk menghasilkan energi dari asupan lemak setelah masuk menjadi sari-sari makanan dalam tubuh. Dalam metabolisme lemak, insulin sangat berperan dalam proses lipolisis dan lipogenesis. Saat kinerja insulin berkurang menyebabkan proses lipolisis meningkat sehingga asam lemak bebas meningkat, asam lemak bebas yang meningkat menyebabkan proses lipogenesis terhambat dan akhirnya menurun. Peningkatan mobilisasi lemak dan daerah penyimpanan lemak sehingga menyebabkan kelainan metabolisme lemak maupun pengendapan lemak pada dinding vaskula yang nantinya menyebabkan massa otot menjadi menurun yang nantinya memunculkan sebuah masalah keperawatan baru yaitu **gangguan mobilitas fisik**.

Ketika insulin berkurang maka kadar glukosa dalam darah juga akan meningkat. Hormon insulin diperlukan pada proses penyerapan nutrisi agar gula dapat masuk ke dalam sel-sel tubuh untuk dijadikan sumber energi. Ketika kadar hormon insulin dalam darah rendah, maka gula tidak dapat masuk ke dalam sel untuk diproses menjadi sumber energi. Jika demikian, tubuh akan mengkompensasinya dengan cara menggunakan lemak sebagai sumber energi alternatif lainnya dan menghasilkan suatu zat yang disebut badan keton. Kemudian badan keton akan terakumulasi di dalam darah (ketonemia) yang nantinya akan dikeluarkan lewat

urin. Kandungan keton dalam urin inilah yang dinamakan dengan ketonuria. Kadar glukosa darah yang tinggi akan menyebabkan kadarnya juga meningkat dalam urin.

Meningkatkannya kadar glukosa dalam urine akan menyebabkan volume urin bertambah sehingga cairan tubuh akan berkurang. Ketika kondisi tubuh mengalami dehidrasi dan terbentuknya badan keton membuat darah menjadi lebih asam. Keadaan darah menjadi lebih asam disebut ketoasidosis. Ketoasidosis menyebabkan beberapa gejala, seperti mual dan muntah sehingga memunculkan suatu masalah keperawatan yang baru, yaitu **defisit nutrisi**. Ketoasidosis juga menyebabkan asidosis respiratik yang mengakibatkan kerja pertukaran gas dalam paru-paru yang nantinya memunculkan suatu masalah **gangguan pertukaran gas**. Hal ini juga menyebabkan perubahan fisiologis pada pernafasan yang menyebabkan terjadinya masalah **pola nafas tidak efektif**.

Starvasi selular merupakan kondisi kelaparan yang dialami oleh sel karena glukosa sulit masuk, padahal di seliling sel banyak sekali glukosa. Starvasi selular mengakibatkan peningkatan metabolisme protein dan asam amino yang digunakan sebagai substrat yang diperlukan untuk glukoneogenesis dalam hati. Perubahan ini berdampak pada penurunan sintesis protein. Penurunan sintesis protein nanti dapat menyebabkan regenerasi sel saraf terganggu, tubuh kurus, mudah terjadi infeksi, dan luka

sulit sembuh (Aini & Aridiana, 2016).

Protein merupakan zat pembangun dalam tubuh manusia., kurangnya protein akan menghambat pertumbuhan dan perkembangan sehingga bila itu terjadi secara terus menerus, maka akan terjadi berbagai komplikasi, salah satunya yaitu tubuh kurus yang nantinya memunculkan suatu permasalahan baru yaitu defisit nutrisi. Zat protein juga berperan untuk membantu sel antibodi dalam tubuh untuk mengidentifikasi dan mengelilingi antigen (virus atau bakteri) agar tetap terkurung sampai pada akhirnya dibasmi oleh sel darah putih (Rubiyat, 2017). Apabila jumlah protein kurang maka virus atau bakteri akan gampang menyerang apabila tubuh terkena luka sehingga akan memunculkan sebuah masalah keperawatan baru yaitu **Resiko Infeksi**. Ketika luka terinfeksi dan tidak mudah sembuh maka jaringan tersebut lama-kelamaan akan mati karena infeksi sehingga terjadi gangren dan ini juga memunculkan suatu masalah keperawatan baru yaitu gangguan integritas kulit/jaringan. Kerusakan jaringan juga dapat menimbulkan **Gangguan Citra Tubuh**. (kti luky , 2024)

2.1.6 Komplikasi

1) Komplikasi Akut

Menurut Damayanti (2015), komplikasi akut diabetes melitus sebagai berikut:

a) Hipoglikemia

Hipoglikemia merupakan komplikasi akut diabetes melitus yang dapat terjadi secara berulang-ulang dan dapat memperberat penyakit diabetes bahkan menyebabkan kematian. Resiko hipoglikemia terjadi akibat ketidaksempurnaan terapi saat ini, dimana pemberian insulin masih belum sepenuhnya dapat menirukan pola sekresi insulin yang fisiologis. Hipoglikemia dibagi menjadi 3 yaitu:

- (1) Hipoglikemia ringan: simptomatik, dapat diatasi sendiri, tidak ada gangguan aktifitas sehari-hari yang nyata.
- (2) Hipoglikemia sedang: simptomatik dapat diatasi sendiri, dan menimbulkan gangguan aktifitas sehari-hari yang nyata.
- (3) Hipoglikemia berat: sering tidak simptomatik, karena gangguan kognitif klien tidak mampu mengatasi sendiri.

b) Diabetik Ketoasidosis

Diabetik ketoasidosis (DKA) adalah salah satu komplikasi akut karena kondisi kehilangan air, kalium, amonium dan natrium menyebabkan hipovolemia, ketidakseimbangan elektrolit, kadar glukosa tinggi, dan pemecahan asam lemak bebas menyebabkan asidosis dan sering terjadi koma.

2) Komplikasi Kronik

a) Komplikasi Makrovaskuler

- (1) Penyakit Arteri Coroner

Penyakit arteri coroner menyebabkan penyakit jantung coroner adalah salah satu komplikasi makrovaskuler. Proses terjadinya penyakit jantung coroner pada penderita diabetes melitus disebabkan oleh control glukosa darah yang buruk dalam waktu yang lama disertai dengan hipertensi, resistensi insulin, hiperinsulinemia, hiperalinimea, dislipedemia, gangguan sistem koagulasi dan hiperhomosisteinemia.

(2) Penyakit Serebrovaskuler

Klien yang mengalami perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah serebral atau atau pembentukan emboli ditempat lain dalam sistem pembuluh darah sering terbawa aliran darah dan terkadang terjepit dalam pembuluh darah serebral. Keadaan diatas dapat mengakibatkan serangan iskemia sesaat (TIA: Transient Ischemic Attack). Gejala penyakit serebrovaskuler seperti pusing, fertigo, gangguan penglihatan, bicara pelo dan kelemahan.

(3) Penyakit Vaskuler Perifer

Klien diabetes melitus beresiko tinggi mengalami penyakit oklusif arteri perifer disbanding klien non-diabetes melitus. Hal ini disebabkan karena klien diabetes melitus cenderung mengalami perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah besar pada ekstermitas bawah.

b) Komplikasi Mikrovaskular

Perubahan mikrovaskuler melibatkan kelainan struktur dalam membran pembuluh darah kecil dan kapiler. Kelainan pembuluh darah ini menyebabkan dinding pembuluh darah menebal dan mengakibatkan penurunan perfusi jaringan. Komplikasi mikrovaskuler terjadi di retina yang menyebabkan retinopati diabetik dan ginjal menyebabkan nefropati diabetik.

c) Komplikasi Neuropati

Neuropati diabetik merupakan sindroma penyakit yang mempengaruhi semua jenis syaraf yaitu saraf perifer, otonom dan spinal. Komplikasi neuropati perifer dan otonom menimbulkan permasalahan dikaki yaitu gangren kaki diabetik.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Manurung (2018) adapun kriteria diagnosis *Diabetes Mellitus* yaitu :

- 1) Didapatkan gejala klasik Diabetes Mellitus (banyak kencing, banyak minum, banyak makan, berat badan menurun) dengan kadarglukosa darah sewaktu ≥ 200 mg/dL.
- 2) Ditemukan gejala klasik Diabetes Mellitus dengan kadar glukosa darah puasa > 126 mg/dl.
- 3) Ditemukan gejala klasik Diabetes Mellitus dengan kadar glukosa darah 2 jam setelah makan > 200 mg/dl.

Tabel 2.1 Kadar Glukosa Darah dalam mendiagnostik Diabetes Mellitus menurut Damayanti (2016)

Tes		Bukan DM	Belum DM	.Pasti DM
Kadar glukosa darah sewaktu (mg/dL)	Plasma vena dan darah kapiler	< 100 mg/dL	100-199 mg/dL	≥ 200 mg/dL
Kadar glukosa darah puasa (mg/dL)	Plasma vena dan darah kapiler	< 90 mg/dL	90-199 mg/dL	≥ 200 mg/dL

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015) pemeriksaan diagnostic yang dilakukan untuk menegakkan diagnosa terdiri dari :

1) Tes saring

Tes tes saring pada diabetes melitus adalah:

- a) DP dan GDS
- b) Tes glukosa urine
- c) Tes konvensional (metode reduksi/benedict)
- d) Tes carik celup (metode glucose oxidase/hexokinase)

2) Tes diagnostik

Tes diagnostic pada diabetes melitus adalah GDP, GDS, GD2PP.
glukosa jam ke-2 TTGO

3) Tes monitoring terapi

Tes tes monitoring terapi adalah:

- a) GDP: plasma vena darah kapiler
 - b) GD2PP: vena plasma
 - c) Alc; darah vena dan darah kapiler
- 4) Tes untuk mendeteksi komplikasi
- a) Mikroalbuminuria : urin
 - b) Ureum, kreatinin, asam urat
 - c) Kolesterol total: plasma vena (puasa)
 - d) Kolesterol LDL: plasma vena (puasa)
 - e) Kolesterol HDL: plasma vena (puasa)
 - f) Trigliserida: plasma vena (puasa)

(Nurarif & Kusuma, 2015)

2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut Smeltzer (2007), ada empat komponen dalam penatalaksanaan diabetes mellitus.

1) Diet dan pengendalian berat badan.

Merupakan dasar dari penatalaksanaan diabetes. Penatalaksanaan nutrisi pada penderita diabetes diarahkan untuk mencapai tujuan berikut:

- a) Memberikan semua unsure makanan esensial seperti vitamin, mineral
- b) Didirikan dan mempertahankan berat badan yang sesuai
- c) Memenuhi kebutuhan energy
- d) Mencegah fluktuasi kadar glukosa darah setiap harinya dengan mengupayakan kadar glukosa darah mendekati normal.

- e) Menurunkan kadar lemak darah jika kadar ini meningkat standar yang dianjurkan makanan dengan komposisi yang seimbang dalam hal karbohidrat, protein, lemak, sesuai dengan kecukupan gizi baik sebagai berikut:

Karbohidrat: 60-70%

Protein: 10-15%

lemak: 20-25%

2) Latihan

Latihan sangat penting dalam penatalaksanaan diabetes karena efeknya dapat menurunkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian insulin.

3) Penyuluhan Diet

Membahas pentingnya konsistensi atau kontinuitas pada kebiasaan makanan dan insulin, dan adanya rencana makan (meal plan) yang sesuai dengan kebutuhan masing-masing. Memfokuskan perhatian pada ketrampilan penatalaksanaan yang lebih mendalam seperti di restoran, membaca label makanan dan menyesuaikan rencana makan untuk keperluan latihan, dalam keadaan sakit serta berbagai kejadian khusus. Perawat memegang peranan yang penting dalam mengkomunikasikan informasi yang tepat kepada ahli diet dan menambah pemahaman klien.

4) Terapi Farmakologi

Obat-obatan yang dapat digunakan adalah golongan:

- a) Sulfonilurea

Cara kerja obat golongan ini:

Cara kerja utama adalah meningkatkan sekresi insulin oleh sel betapancreas, meningkatkan performance dan jumlah reseptor insulin. pada otot dan sel lemak, meningkatkan efisiensi sekresi insulin dan potensistimuli insulin transport karbohidrat ke sel otot dan jaringan lemak, penurunan produksi glukosa oleh hati.

b) Glinid

Glinid merupakan obat generasi baru yang cara kerjanya sama dengan sulfonilurea dengan meningkatkan sekresi insulin fase pertama.

c) Biguanid

Biguanid tidak merangsang sekresi insulin dan menurunkan kadar glukosa darah sampai normal (euglikemia) serta tidak pernah menyebabkan hipoglikemia.

d) Tiazolidindion/glitazon

Mempunyai efek menurunkan resistensi insulin dengan meningkatkan jumlah pen-transport glukosa, sehingga meningkatkan ambilan glukosa di perifer.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu metode ilmiah yang sistematis dan terorganisir dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien yang berfokus pada respon individu terhadap gangguan kesehatan yang dialami baik aktual maupun potensial (Nursalam, 2011). Proses keperawatan digunakan oleh

perawat sebagai konsep berfikir klien. Proses keperawatan ini dapat mengidentifikasi respon klien terhadap masalah kesehatan dan membantu klien dalam mencapai tingkat kesehatan yang sejahtera, dapat membantu klien dalam adaptasi terhadap gaya hidup yang sehat (Manurung, 2011).

2.2.1 Pengkajian

Pengumpulan data merupakan suatu proses pengkajian yang dimulai sejak klien masuk ke rumah sakit dan diteruskan sampai pulang (Manurung, 2011). Pengkajian merupakan data dasar untuk mengidentifikasi masalah dan komplikasi yang baru muncul dengan sumber informasi antara lain klien, keluarga, masyarakat, orang terdekat klien, catatan keperawatan, rekam medis, konsultasi secara verbal dan tulisan, pemeriksaan diagnostic, dan literature yang berkaitan. (Nursalam, 2011). Klasifikasi juga dapat dilakukan dengan bagaimana cara perawat mendapatkan data langsung (melalui wawancara dan pemeriksaan fisik) atau data tidak langsung dari pasangan perawat atau perawat lain (Suara, 2010). Pengumpulan data pada klien dengan gangguan sistem endokrin akibat Diabetes Mellitus meliputi:

1) Data Biografi

a) Identitas Klien

Meliputi nama, umur biasanya penderita Diabetes Mellitus Tipe 1 atau Tipe 2 berusia diatas 40 tahun, jenis kelamin, agama, pendidikan perlu dikaji untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien yang akan berpengaruh terhadap tingkat pemahaman klien akan suatu informasi, pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui

apakah pekerjaannya merupakan faktor predisposisi atau bahkan faktor presipitasi terjadinya penyakit Diabetes Mellitus, suku/bangsa, status marital, tanggal masuk Rumah Sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis dan alamat (NANDA, 2013)

b) Identitas Penanggung Jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, dan hubungan dengan klien (Nursalam, 2013)

2) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

(1) Keluhan utama masuk rumah sakit

Manurung (2011), mengatakan pada umumnya klien dengan Diabetes Mellitus akan mengeluh adanya gejala – gejala spesifik seperti poliuria, polidipsia dan polypagia, mengeluh kelemahan dan penurunan berat badan. Pada klien DM tipe 2 biasanya juga mengeluh pruritus vukvular, kelelahan, retinopati, fotofobia, dan kram otot yang menunjukkan gangguan elektrolit dan terjadinya komplikasi aterosklerosis. Dapat juga adanya keluhan luka yang tidak sembuh – sembuh atau bahkan membusuk menjadi latar belakang penderita datang ke rumah sakit.

(2) Keluhan utama saat pengkajian

Berisi tentang keluhan klien pada saat dilakukan pengkajian yang dikembangkan dengan metode P (provakatus-paliatif), Q (quality-quantity), R (regioradiasi), S (acala-serverity), T

(time). Pengisian metode PQRST harus disesuaikan dengan kondisi dan keluhan klien saat dilakukan pengkajian (Rohmah, 2009).

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan dahulu meliputi riwayat obesitas, hipertensi, riwayat penyakit pankreatitis kronis, dan riwayat glukosuria selama stress (kehamilan, pembedahan, trauma, infeksi, penyakit), atau terapi obat (glukokortikosteroid, diuretik tiazid, kontrasepsi oral). Perlu juga dikaji apakah klien pernah dirawat di rumah sakit karena keluhan yang sama (Smeltzer, 2011).

c) Riwayat Kesehatan Keluarga Nursalam (2011), mengemukakan riwayat kesehatan keluarga meliputi :

(1) Riwayat Penyakit Menular

Pada umumnya penderita Diabetes Mellitus mudah terkena penyakit inflamasi atau infeksi seperti TBC Paru, sehingga perlu dikaji apakah pada keluarga ada yang mempunyai penyakit menular seperti TBC Paru, Hepatitis, dan lain – lain.

(2) Riwayat Penyakit Keturunan

Tandra (2009), faktor yang membuat seseorang terkena Diabetes Mellitus adalah keturunan. Selain itu perlu ditanyakan dalam keluarga ada yang mempunyai penyakit hereditas seperti asma, hipertensi, atau penyakit endokrin lainnya.

3) Pola Aktivitas Sehari-hari

a) Pola Nutrisi dan Cairan

Pada klien Diabetes Mellitus kebutuhan nutrisi dan cairan meningkat, karena klien mengalami gejala sering lapar sehingga nafsu makan meningkat (polifagia). Pada kebutuhan cairan klien mengalami peningkatan volume berkencing (poliuria) sehingga klien sering merasa haus dan menjadi sering minum (polidipsia) (Tarwoto, 2012). Perlu dikaji pola makan klien apakah teratur atau tidak dan berapa banyak porsi dalam satu kali makan, apakah klien sering makan makanan yang manis, apakah ada keluhan sering merasa lapar walaupun sudah makan, apakah ada keluhan tidak nafsu makan (anoreksia) karena ada rasa mual atau muntah, apakah klien melanggar program diet yang ditetapkan dengan mengonsumsi makanan yang dilarang, apakah ada keluhan penurunan berat badan yang drastis dalam beberapa hari atau minggu, serta apakah ada keluhan banyak minum dan selalu merasa haus (Aini & Aridiana, 2016).

b) Pola Istirahat dan Tidur

Perlu dikaji pola istirahat dan tidur baik secara kualitas maupun kuantitas yang meliputi berapa jam klien tidur dalam satu hari, bagaimana perasaan klien setelah tidur. Pada klien Diabetes Mellitus akan ditemukan masalah seperti sering

terbangun pada malam hari karena sering berkemih (nokturia) (Purwanto, 2016).

c) Pola Eliminasi

Pada klien Diabetes Mellitus akan terjadi peningkatan frekuensi dalam berkemih (poliuria), adanya keluhan sering berkemih pada malam hari (nokturia) dan kesulitan dalam berkemih (anuria). Juga perlu dikaji tentang pola defekasi, pada klien Diabetes Mellitus akan terjadi masalah defekasi berupa diare, inkontinensia, dan konstipasi akibat dari komplikasi neuropati pada sistem gastrointestinal (Tarwoto, 2012).

d) Pola Aktivitas dan Personal Hygiene

Pada klien Diabetes Mellitus biasanya terdapat rasa lemah, letih dan penurunan kekuatan otot, sehingga klien sulit bergerak atau berkativitas. Kaji kemampuan klien dalam melakukan perawatan seperti mandi, berpakaian, toileting dan lainnya. Apakah klien dibantu atau dapat melakukan secara mandiri (Damayanti, 2016).

e) Pola Kognitif dan Sensori Persepsi

Pada klien Diabetes Mellitus akan terjadi disorientasi, klien sering mengantuk, kesadaran stupor/semi koma pada tahap lanjut, klien juga mengalami nyeri kepala, parasthesia, kesemutan pada ekstremitas, penglihatan kabur dan gangguan penglihatan (Tarwoto, 2012).

f) Pola Konsep diri dan Interaksi Sosial

Pada klien Diabetes Mellitus hubungan dengan lingkungan sosial tidak terganggu, biasanya klien tetap ikut serta dalam aktifitas sosial, tetapi jika klien sudah menderita komplikasi seperti seperti ulkus, ganggren, dan gangguan penglihatan biasanya klien akan menarik diri dari lingkungan sosial (Manurung, 2018).

g) Pola Persepsi Diri dan Toleransi terhadap Stres

Pada klien Diabetes Mellitus kemungkinan ditemukan kecemasan bahkan perasaan depresi pada penyakitnya yang disebabkan oleh proses terjadinya penyakit yang lama dan kurangnya pengetahuan terhadap prosedur tindakan yang akan dilakukan. Perlu dikaji ungkapan klien tentang adanya masalah pada penyakitnya, perasaan negative tentang tubuhnya, klien merasa kehilangan fungsi pada tubuhnya, klien merasa kehilangan kebebasan dan kesempatan untuk menjalani hidupnya (Manurung, 2018).

4) Pemeriksaan fisik

a) Aktivitas dan istirahat

Gejala : lemah, letih, sulit bergerak atau berjalan, kram otot, tonus otot menurun, gangguan istirahat dan tidur.

Tanda : takikardia dan takipnea pada keadaan istirahat atau dengan aktivitas, letargi, disorientasi, dalam komplikasi lebih

lanjut bisa penurunan kesadaran atau sampai koma (Mansjoer, 2010).

b) Sirkulasi

Gejala: adanya riwayat penyakit hipertensi, infark miokard akut, klaudikasi, kebas, kesemutan pada ekstremitas, ulkus pada kaki, penyembuhan yang lama.

Tanda : takikardia, perubahan tekanan darah postural, nadi menurun, disritmia, kulit panas, kering dan kemerahan, bola mata cekung (Doenges, 2009).

c) Integritas ego

Gejala : stress, tergantung pada orang lain, masalah finansial yang berhubungan dengan kondisi.

Tanda : ansietas, peka rangsang (Doenges, 2009).

d) Eliminasi

Gejala : perubahan pola berkemih (poliuria), nokturia, rasa nyeri terbakar, kesulitan berkemih (infeksi saluran kemih), rasa nyeri tekan.

Tanda : urine encer berwarna keruh, poliuri, bising usus lemah, (Mansjoer,2010).

e) Makanan/cairan

Gejala : anorexia, mual muntah, tidak mengikuti diet, peningkatan masukan glukosa atau karbohidrat, penurunan berat badan, haus, penggunaan diuretik.

Tanda : kulit kering bersisik, turgor jelek, kekakuan, distensi abdomen, muntah, pembesaran tiroid, napas bau aseton (Doenges, 2009).

f) Neurosensori

Gejala : pusing, kesemutan, kebas, kelemahan pada otot, parastesia, gangguan penglihatan.

Tanda : disorientasi, mengantuk, letargi, stupor/koma, gangguan memori, refleks tendon menurun, kejang (Doenges, 2009).

g) Nyeri/kenyamanan

Gejala : Abdomen tegang, nyeri sedang atau berat.

Tanda : Wajah meringis dengan palpasi (Doenges,2009).

h) Pernafasan

Gejala : merasa kekurangan oksigen, batuk dengan atau tanpa sputum.

Tanda : pernapasan cepat dan dalam, frekuensi meningkat.
(Doenges, 2009).

i) Integumen

Kulit panas, kering dan kemerahan, bola mata cekung, turgor jelek, pembesaran tiroid, demam, diaforesis (keringat banyak), kulit rusak, lesi / ulserasi / ulkus (Doenges, 2009).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang muncul pada klien Diabetes mellitus berikut menurut Aini dan Aridiana (2016) dan PPNI (2016):

1) Ketidakstabilan kadar gula darah D.0027

Definisi : 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

Penyebab 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 – Subjektif Hipoglikemia

- a) Mengantuk
- b) Pusing

Gejala dan tanda Mayor – Subjektif Hiperglikemia

- a) Palpitasi
- b) Mengeluh lapar

Gejala dan tanda Mayor – Objektif Hipoglikemia

- a) Gangguan koordinasi
- b) Kadar glukosa dalam darah/urin rendah

Gejala dan tanda Mayor – Objektif Hiperglikemia

- a) Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi

Gejala dan Tanda Minor – Subjektif Hipoglikemia

- a) Palpitasi
- b) Mengeuh lapar

Gejala dan Tanda Minor – Subjektif Hiperglikemia

- a) Mulut kering
- b) Haus meningkat

Gejala dan Tanda Minor – Objektif Hipoglikemia

- a) Gemetar
- b) Kesadaran menurun
- c) Perilaku aneh
- d) Sulir bicara
- e) Berkeringat

2) Gangguan mobilitas fisik D.0054

Definisi : keterbatasan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

Penyebab :

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik

- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan musculoskeletal
- l) Gangguan neuromuscular
- m) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r) Kecemasan
- s) Gangguan kognitif
- t) Keengganan melakukan pergerakan
- u) Gangguan persepsi sensori

Gejala dan Tanda Mayor – Subjektif:

- a) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Gejala dan Tanda Mayor – Objektif:

- a) Kekuatan otot menurun
- b) Rentang gerak (ROM) menurun

Gejala dan Tanda Minor – Subjektif:

- a) Nyeri saat bergerak
- b) Enggan melakukan pergerakan
- c) Merasa cemas saat bergerak

Gejala dan Tanda Minor – Objektif:

- a) Sendi kaku
- b) Gerakan tidak terkoordinasi

- c) Gerakan terbatas
- d) Fisik lemah

3) **Defisit nutrisi D.0019**

Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

Penyebab :

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e) Faktor ekonomi (mis : finansial tidak mencukupi)
- f) Faktor psikologis (mis : stress, keengganan untuk makan)

Gejala dan tanda Mayor – Subyektif: (Tidak tersedia)

Gejala dan tanda Mayor – Objektif :

- a) Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal

Gejala dan tanda Minor – Subyektif:

- a) Cepat kenyang setelah makan
- b) Kram/nyeri abdomen
- c) Nafsu makan menurun

Gejala dan tanda Minor – Objektif:

- a) Bising usus hiperaktif
- b) Otot pengunyah lemah
- c) Otot menelan lemah
- d) Membrane mukosa pucat
- e) Sariawan
- f) Serum albumin turun

- g) Rambut rontok berlebihan
- h) Diare

4) **Resiko infeksi D.0142**

Definisi: Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor Risiko:

- a) Penyakit kronis (mis. diabetes. melitus).
- b) Efek prosedur invasi.
- c) Malnutrisi.
- d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
- e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
- f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

5) **Gangguan integritas kulit/jaringan D.0129**

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

Penyebab:

- a) Perubahan sirkulasi
- b) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- c) Kelebihan/kekurangan volume cairan
- d) Penurunan mobilitas
- e) Bahan kimia iritatif
- f) Suhu lingkungan yang ekstrem
- g) Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan)
- h) Efek samping terapi radiasi
- i) Kelembaban

- j) Proses penuaan
- k) Neuropati perifer
- l) Perubahan pigmentasi
- m) Perubahan hormonal
- n) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan.

Gejala dan tanda Mayor - Subjektif : (tidak tersedia)

Gejala dan tanda Mayor - Objektif :

- a) Kerusakan jaringan dan / atau lapisan kulit.

Gejala dan tanda Minor - Subjektif : (tidak tersedia)

Gejala dan tanda Minor - Objektif :

- a) Nyeri
- b) Perdarahan
- c) Kemerahan
- d) Hermatoma

6) Nyeri akut D.0077

Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan.

Penyebab:

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Gejala dan Tanda Mayor – Subjektif: (tidak tersedia)

Gejala dan Tanda Mayor – Objektif:

- a) Tampak meringis
- b) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
- c) Gelisah
- d) Frekuensi nadi meningkat
- e) Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor – Subjektif: (tidak tersedia)

Gejala dan Tanda Minor – Objektif:

- a) Tekanan darah meningkat
- b) pola napas berubah
- c) nafsu makan berubah
- d) proses berpikir terganggu
- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaforesis

7) **Gangguan citra tubuh D.0083**

Definisi: perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu

Penyebab:

- a) Perubahan struktu/ bentuk tubuh (nis. Amputasi, trauma, luka bakar, obesitas, jerawat)
- b) Perubahan fungsi tubuh
- c) Kognitif
- d) Ketidaksesuaian budaya, keyakinan atau sistem nilai
- e) Transisi perkembangan
- f) Gangguan psikososial
- g) Efek tindakan/pengobatan (mis. Pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi)

Gejala dan Tanda Mayor – Subjektif:

- a) Mengungkapkan kekacauan/kehilangan bagian tubuh

Gejala dan Tanda Mayor – Objektif:

- a) Kehilangan bagian tubuh
- b) Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang

Gejala dan Tanda Minor – Subjektif:

- a) Tidak mau mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh
- b) Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh
- c) Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain
- d) Mengungkapkan perubahan gaya hidup

Gejala dan Tanda Minor – Subjektif:

- a) Menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan
- b) Menghindari melihat dan/atau menyentuh bagian tubuh
- c) Fokus berlebihan perubahan tubuh
- d) Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh
- e) Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu
- f) Hubungan sosial berubah

8) Gangguan persepsi sensori penglihatan D. 0085

Definisi: Perubahan persepsi stimulasi baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi

Penyebab:

- a) Gangguan penglihatan

- b) Gangguan pendengaran
- c) Gangguan penghiduan
- d) Gangguan perabaan
- e) Hipoksia serebral
- f) Penyalahgunaan zat
- g) Usia lanjut
- h) Pemajanan toksin lingkungan

Gejala dan Tanda Mayor – Subjektif:

- a) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan
- b) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan

Gejala dan Tanda Mayor – Objektif:

- a) Distorsi sensori
- b) Respons tidak sesuai
- c) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu

Gejala dan Tanda Minor – Subjektif:

- a) Menyatakan kesal

Gejala dan Tanda Minor – Objektif:

- a) Menyendiri
- b) Melamun
- c) Konsentrasi buruk
- d) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
- e) Curiga
- f) melihat ke satu arah
- g) Mondar-mandir
- h) Bicara sendir

9) **Perfusi perifer tidak efektif D.0009**

Definisi : Penurunan sirkulasi darah pada 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 arteria dan vena
- f) Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis : merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas)
- g) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis : diabetes mellitus)
- h) Kurang aktivitas fisik

Gejala dan Tanda Mayor – Subjektif: (tidak tersedia)

Gejala dan Tanda Mayor – Objektif:

- a) Pengisian kapiler >3 detik
- b) Nadi perifer menurun atau tidak teraba
- c) Akral teraba dingin
- d) Warna kulit pucat
- e) Turgor kulit menurun

Gejala dan Tanda Minor – Subjektif:

- a) Parastesia
- b) Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)

Gejala dan Tanda Minor – Objektif:

- a) Edema
- b) Penyembuhan luka lambat
- c) Indeks ankle-brachial <0,90
- d) Bruit femoral

10) Hipovolemia D.0023

Definisi : Penurunan volume cairan intravaskular, interstisial, dan / atau intraselular

Penyebab :

- a) Kehilangan cairan aktif
- b) Kegagalan mekanisme regulasi
- c) Peningkatan permeabilitas kapiler
- d) Kekurangan intake cairan
- e) Evaporasi

Gejala dan Tanda Mayor – Subyektif: (tidak tersedia)

Gejala dan Tanda Mayor – Objektif:

- a) Frekuensi nadi meningkat
- b) Nadi teraba lemah
- c) Tekanan darah menurun
- d) Tekanan nadi menyempit
- e) Turgor kulit menyempit
- f) Membran mukosa kering
- g) Volume urine menurun
- h) Hemtokrit meningkat

Gejala dan Tanda Minor – Subyektif:

- a) Merasa lemah
- b) Mengeluh haus

Gejala dan Tanda Minor – Objektif:

- a) Pengisian vena menurun
- b) Status mental berubah
- c) Suhu tubuh meningkat
- d) Konsentrasi urin meningkat
- e) Berat badan turun tiba – tiba

11) Gangguan pertukaran gas D.0003

Definisi : Kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler.

Penyebab :

- a) Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.
- b) Perubahan membran alveolus-kapiler.

Gejala dan Tanda Mayor – Subjektif :

- a) Dipsnea

Gejala dan Tanda Mayor – Objektif :

- a) PCO₂ meningkat / menurun.
- b) PO₂ menurun.
- c) Takikardia
- d) pH arteri meningkat/menurun.
- e) Bunyi napas tambahan.

Gejala dan Tanda Minor – Subjektif :

- a) Pusing.
- b) Penglihatan kabur.

Gejala dan Tanda Minor – Objektif :

- a) Sianosis.
- b) Diaforesis.
- c) Gelisah.
- d) Napas cuping hidung.
- e) Pola napas abnormal (cepat / lambat, regular/iregular, dalam/dangkal).
- f) Warna kulit abnormal (mis. pucat, kebiruan).
- g) Kesadaran menurun.

12) Pola nafas tidak efektif D.0005

Definisi: Inspirasi dan ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat

Penyebab:

- a) Depresi pusat pernapasan
- b) Hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)
- c) Deformitas dinding dada.
- d) Deformitas tulang dada.
- e) Gangguan neuromuskular.
- f) Gangguan neurologis (mis elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala gangguan kejang).
- g) Maturitas neurologis.
- h) Penurunan energi.
- i) Obesitas.
- j) Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru.
- k) Sindrom hipoventilasi.
- l) Kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf CS ke atas).
- m) Cedera pada medula spinalis.
- n) Efek agen farmakologis.
- o) Kecemasan.

Gejala dan Tanda Mayor – Subjektif:

- a) Dispnea

Gejala dan Tanda Mayor – Objektif:

- a) Penggunaan otot bantu pernapasan.
- b) Fase ekspirasi memanjang.
- c) Pola napas abnormal (mis. takipnea, bradipnea, hiperventilasi kussmaul cheyne-stokes).

Gejala dan Tanda Minor – Subjektif:

- a) Ortopnea

Gejala dan Tanda Minor – Objektif:

- a) Pernapasan pursed-lip.
- b) Pernapasan cuping hidung.
- c) Diameter thoraks anterior-posterior meningkat

- d) Ventilasi semenit menurun
- e) Kapasitas vital menurun
- f) Tekanan ekspirasi menurun
- g) Tekanan inspirasi menurun
- h) Ekskursi dada berubah

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan atau perencanaan adalah untuk mengarahkan asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien agar hasil yang diinginkan tercapai dan masalah yang tengah dihadapi klien dapat dihilangkan atau dikurangi (Nursalam, 2011).

No	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)	Rasional
1	Ketidakstabilan kadar gula darah D.0027	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kadar glukosa darah, berada pada rentang normal dengan Kriteria Hasil : (1) Kesadaran meningkat (2) Mengantuk menurun (3) Pusing menurun	Manajemen Hiperglikemia (1.03115) Observasi (1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia (2) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (3) Monitor kadar glukosa darah	Observasi (1) Mengetahui kemungkinan penyebab hiperglikemia (2) Mengetahui situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (3) Mengetahui kadar glukosa darah (4) Mengetahui tanda dan gejala hiperglikemia (5) Mengetahui intake dan output cairan (6) Mengetahui keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan

(4) Lelah/lesu menurun	(4) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia	frekuensi nadi
(5) Keluhan lapar menurun	(5) Monitor intake dan output cairan	Terapeutik
(6) Mulut kering menurun	(6) Monitor keton urin, kadar Analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi	(1) Membantu memberikan asupan cairan oral
(7) Rasa haus menurun		(2) Membantu medis jika klien mengalami tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk
(8) Kadar glukosa dalam darah membaik		(3) Membantu memberikan ambulasi jika ada hipotensi ortostatik
Terapeutik		
	(1) Berikan asupan cairan oral	Edukasi
	(2) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk	(1) Motivasi klien untuk menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL
	(3) Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik	(2) Motivasi klien untuk monitor kadar glukosa darah secara mandiri
Edukasi		
	(1) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL	(3) Motivasi klien untuk patuh terhadap diet dan olahraga
	(2) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	(4) Motivasi indikasi dan pentingnya pengujian keton urine
	(3) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga	(5) Motivasi klien pengelolaan diabetes
	(4) Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine	Kolaborasi
	(5) Ajarkan pengelolaan diabetes	(1) Merencanakan pemberian insulin, jika perlu
Kolaborasi		
	(1) Kolaborasi pemberian insulin	(2) Merencanakan pemberian cairan IV
		(3) Merencanakan pemberian kalium, jika perlu

			(2) Kolaborasi pemberian cairan IV (3) Kolaborasi pemberian kalium	
2	Gangguan mobilitas fisik D.0054	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kemampuan dalam gerakan fisik meningkat dengan Kriteria Hasil : (1) Pergerakan ekstremitas meningkat (2) Kekuatan otot meningkat (3) Rentang gerak (ROM) meningkat (4) Kelemahan fisik menurun (5) Gerakan terbatas menurun	Dukungan Mobilisasi (1.05173) Observasi (1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan (3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi (4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilitas Terapeutik (1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu (3) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi (1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini. Kolaborasi -	Observasi (1) Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik (2) Untuk mengetahui toleransi fisik dalam melakukan pergerakan (3) Untuk mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi Terapeutik (1) Untuk memfasilitasi kebutuhan alat yang diperlukan oleh klien (2) Untuk mengetahui fasilitas pergerakan klien (3) Agar keluarga berperan dalam membantu klien dalam proses penyembuhan Edukasi (1) Agar klien mengetahui tujuan dan prosedur mobilisasi (2) Agar klen mampu melakukan mobilisasi sederhana secara mandiri Kolaborasi -

3	Defisit Nutrisi D.0019	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keadekuatan asupan nutrisi membaik dengan	Manajemen nutrisi (I. 03119)	nutrisi
		Kriteria Hasil : (1) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat (2) Berat badan membaik (3) Frekuensi makan membaik (4) Nafsu makan membaik (5) Membran mukosa membaik	Observasi (1) Identifikasi status nutrisi (2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan (3) Identifikasi makanan yang disukai (4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient (5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik (6) Monitor asupan makanan (7) Monitor berat badan (8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium	Observasi (1) Mengetahui status nutrisi (2) Mengetahui alergi atau pantangan makanan (3) Mengetahui makanan yang disukai klien (4) Mengetahui (5) Mengetahui perlunya menggunakan NGT (6) Mengetahui asupan makanan (7) Mengetahui berat badan (8) Mengetahui hasil pemeriksaan lab.
			Terapeutik (1) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu (2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) (3) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai (4) Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi (5) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein (6) Berikan suplemen makanan, jika perlu (7) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika	Terapeutik (1) Menjaga kebersihan mulut (2) Mengetahui pedoman diet (3) Memberikan selera makan (4) Mencegah terjadinya konstipasi (5) Memberikan asupan tinggi protein dan kalori (6) Meningkatkan nafsu makan (7) Membiasakan diri untuk makan melalui oral
				Edukasi (1) Memberikan posisi duduk yang nyaman

			asupan oral dapat ditoleransi	(2) Mengajarkan diet sesuai program
			Edukasi	
			(1) Anjurkan posisi duduk, jika mampu	Kolaborasi
			(2) Ajarkan diet yang diprogramkan	(1) Merencanakan pemberian medikasi sebelum makan
			Kolaborasi	(2) Merencanakan dengan ahli gizi jumlah kalori dan jenis nutrisi yang diberikan
			(1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu	
			(2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu	
4	Resiko infeksi D.0142	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan derajat infeksi menurun dengan	Edukasi pencegahan Infeksi (1.12406)	
		Kriteria Hasil :	Observasi	Observasi
		(1) Kebersihan tangan meningkat	(1) Periksa kesiapan dan kemampuan menerima informasi	(1) Mengetahui kesiapan dan kemampuan dalam menerima informasi
		(2) Nafsu makan meningkat	Terapeutik	Terapeutik
		(3) Kadar sel darah putih membaik	(1) Siapkan materi, media tentang faktor-faktor penyebab, cara identifikasi dan pencegahan risiko infeksi di rumah sakit maupun di rumah	(1) Menyiapkan materi, media tentang faktor-faktor penyebab, cara identifikasi dan pencegahan risiko infeksi di rumah sakit maupun di rumah
			(2) Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan	(2) Menjadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan

-
- pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan klien dan keluarga
- (3) Memberikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya
- (3) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

Edukasi

- (1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
- (2) Informasikan hasil pemeriksaan laboratorium (mis. leukosit, WBC)
- (3) Anjurkan mengikuti tindakan pencegahan sesuai kondisi
- (4) Anjurkan membatasi pengunjung
- (5) Ajarkan cara merawat kulit pada area yang edema
- (6) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- (7) Anjurkan kecukupan nutrisi, cairan, dan istirahat
- (8) Anjurkan kecukupan mobilisasi dan olahraga sesuai kebutuhan
- (9) Anjurkan latihan napas dalam dan batuk sesuai kebutuhan
- (1) Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi
- (2) Untuk mengetahui hasil pemeriksaan laboratorium (mis. Leukosit, WBC)
- (3) Untuk mengetahui pencegahan sesuai kondisi
- (4) Agar klien dapat beristirahat dengan tenang
- (5) Agar tidak terjadi infeksi pada area yang edema
- (6) Agar tidak terjadi infeksi pada area luka atau luka operasi
- (7) Agar daya tahan tubuh meningkat terhadap infeksi

Kolaborasi

Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian antibiotik
-

5	Gangguan integritas kulit/jaringan D.0129	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keutuhan kulit atau jaringan meningkat dengan Kriteria Hasil : (1) Kerusakan jaringan menurun (2) Kerusakan lapisan kulit menurun (3) Nyeri menurun (4) Kemerahan menurun (5) Suhu kulit membaik	Perawatan integritas kulit (1.11353) Observasi (1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Kriteria Terapeutik (1) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring (2) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang (3) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare (4) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering (5) Gunakan produk berbahan ringan atau alami dan hipoalergik pada kulit sensitive (6) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi (1) Anjurkan menggunakan pelembab (2) Anjurkan minum air yang cukup (3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	Observasi (1) Mengetahui penyebab gangguan integritas kulit Terapeutik (1) Mencegah terjadinya luka dekubitus (2) Memberikan kenyamanan pada area penonjolan tulang (3) Menjaga agar area perineal tetap bersih (4) Menjaga agar kulit tidak kering dan tetap lembab (5) Mencegah terjadinya alergi penggunaan produk dengan bahan tertentu (6) Mencegah terjadinya iritasi pada kulit dan membuat kulit semakin kering Edukasi (1) Menjaga agar kulit tetap lembab (2) Menjaga agar kulit tetap tercukupi asupan cairan (3) Menjaga agar kulit tetap bervitamin (4) Menjaga agar kulit tetap aman dan menghindari iritasi
---	---	--	---	--

- | | |
|---|--|
| (4) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur | (5) Menjaga kulit agar tetap bersih dan nyaman |
| (5) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem | Kolaborasi |
| (6) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah | (1) Merencanakan pemberian antibiotik |
| (7) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya | |

Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian antibiotik

6	Nyeri akut D.0077	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan	Manajemen Nyeri (1.08238)	Observasi (1) Mengetahui penyebab nyeri, lokasi nyeri, dan waktu terjadinya nyeri (2) Mengetahui skala nyeri (3) Mengetahui mimik wajah yang diperlihatkan klien saat nyeri muncul (4) Mengetahui apa saja yang memperburuk dan memperingan keadaan nyerinya (5) Mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri (6) Mengetahui pengaruh budaya terhadap respon nyeri (7) Mengetahui apakah nyeri yang dirasakan mengganggu aktivitas
		Kriteria Hasil : (1) Keluhan nyeri menurun (2) Meringis menurun (3) Gelisah menurun (4) Kesulitan tidur menurun (5) Frekuensi nadi membaik (6) Pola napas membaik (7) Tekanan darah membaik	Observasi (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (2) Identifikasi skala nyeri (3) Identifikasi respon nyeri non verbal (4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	

(8) Pola tidur membaik	(6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri	klien
	(7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	(8) Mengetahui keberhasilan komplementer yang sudah diberikan
	(8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	(9) Mengetahui efek samping penggunaan analgetik
	(9) Monitor efek samping penggunaan analgetik	Terapeutik
	Terapeutik	(1) Memberikan terapi non farmakologi untuk mengurangi nyeri
	(1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)	(2) Memberikan kenyamanan lingkungan klien yang memperberat nyeri
	(2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	(3) Mengurangi rasa nyeri yang dirasakan
	(3) Fasilitasi istirahat dan tidur	(4) Menentukan terapi yang diberikan sesuai kualitas nyeri
	(4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	Edukasi
	Edukasi	(1) Memberikan penjelasan mengenai penyebab, periode, dan pemicu nyeri
	(1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	(2) Mengajarkan bagaimana strategi yang dapat dilakukan untuk meredakan nyeri
		(3) Ajarkan klien untuk memonitor nyeri secara mandiri
		(4) Motivasi klien untuk menggunakan analgetik dengan tepat
		(5) Mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien dengan cara mandiri
		Kolaborasi
		(1) Membantu proses penyembuhan klien atau mengurangi rasa nyeri

			(2)Jelaskan strategi meredakan nyeri (3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri (4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat (5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
			Kolaborasi (1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
7	Gangguan citra tubuh D.0083	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan persepsi tentang citra tubuh meningkat dengan Kriteria Hasil :	Promosi Citra Tubuh (1.09305) Observasi (1)Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan (2)Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh (3)Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial (4)Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri (5)Monitor apakah klien bisa melihat bagian tubuh yang berubah
			Observasi (1)Untuk mengetahui harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan (2)Untuk mengetahui budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh klien (3)Untuk mengetahui perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial (4)Untuk mengetahui apa yang menjadikan klien merasa kurang akan dirinya (5)Untuk mengetahui apakah klien bisa melihat bagian tubuh yang berubah
			Terapeutik Terapeutik

-
- | | |
|---|---|
| (1)Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya | (1)Klien mengerti perubahan tubuh dan fungsinya |
| (2)Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri | (2)Klien mengerti perubahan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri |
| (3)Diskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan dan penuaan | (3)Klien mengerti perubahan akibat pubertas, kehamilan dan penuaan |
| (4)Diskusikan kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh (mis. luka, penyakit, pembedahan) | (4)Klien mengerti kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh (mis. luka, penyakit, pembedahan) |
| (5)Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis | (5)Klien mengerti cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis |
| (6)Diskusikan persepsi klien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh | (6)Klien dan keluarga mengetahui tentang perubahan citra tubuh |

Edukasi

Edukasi

- | | |
|---|---|
| (1)Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh | (1)Keluarga mengetahui tentang perawatan perubahan citra tubuh |
| (2)Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh | (2)Klien mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh |
| (3)Anjurkan menggunakan alat bantu (mis. pakaian, wig, kosmetik) | (3)Klien mampu melatih fungsi tubuh yang dimiliki |
| (4)Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis. kelompok sebaya) | (4)Klien diharap mampu lebih percaya diri kepada orang lain atau kelompok |
| | (5)Klien diharap mampu bersosialisasi dengan orang sekitarnya |
-

-
- (5) Latih fungsi tubuh Kolaborasi yang dimiliki
- (6) Latih peningkatan -
penampilan diri (mis. berdandan)
- (7) Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok

Kolaborasi -

8	Gangguan persepsi sensori penglihatan D. 0085	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan persepsi realitas terhadap stimulus membaik dengan	Minimalisasi rangsangan 1.	
		Kriteria Hasil :	Observasi	Observasi
		(1) Verbalisasi melihat bayangan menurun	(1) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis. nyeri, kelelahan)	(1) Untuk mengetahui kondisi status mental sesori dan tingkat kenyamanan (mis. nyeri, kelelahan)
		(2) Distorsi sensori menurun		
		(3) Menarik diri menurun		
		(4) Responsi sesuai stimulus membaik		
		(5) Orientasi membaik		
			Terapeutik	Terapeutik
			(1) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis. bising, terlalu terang)	(1) Mendiskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis. bising, terlalu terang)
			(2) Batasi stimulus lingkungan (mis. cahaya, suara, aktivitas)	(2) Membatasi stimulus lingkungan (mis. cahaya, suara, aktivitas)
			(3) Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat	
			(4) Kombinasikan prosedur/tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan	
			Edukasi	Edukasi
				(1) Mengajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan)

			(1) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan)	Kolaborasi	(1) Merencanakan dalam meminimalkan prosedur/tindakan (2) Merencanakan pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus
			Kolaborasi		
			(1) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan (2) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus		
9	Perfusi perifer tidak efektif D.0009	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan keadekuatan aliran darah meningkat dengan Kriteria Hasil : (1) Denyut nadi perifer meningkat (2) Warna kulit pucat menurun (3) Akral membaik (4) Turgor kulit membaik (5) Tekanan darah sistolik membaik	Perawatan (1.02079) Observasi (1) Periksa sirkulasi perifer (2) Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (3) Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik (1) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi (2) Hindari pengukuran tekanan darah pada	Sirkulasi	Observasi (1) Untuk mengetahui kondisi perifer pada klien (2) Untuk mengetahui faktor resiko gangguan sirkulasi (3) Untuk mengetahui dan mengontrol panas, kemerahan dan bengkak pada ekstremitas Terapeutik (1) Mencegah terjadinya infilasi (2) Menghindari nyeri pada klien (3) Menghindari nyeri pada area cedera (4) Mencegah infeksi

		(6) Tekanan darah ekstremitas dengan diastolik membaik	ekstremitas dengan keterbatasan perfusi	(5) Untuk memperbaiki sirkulasi
			(3)Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera	(6) Mennginformasikan efek samping yan mungkin dialami
			(4)Lakukan pencegahan infeksi	Kolaborasi
			(5)Lakukan perawatan kaki dan kuku	(1)Merencanakan pemberian oksitosin setelah persalinan
			(6)Jelaskan sensasi yang mungkin dialami	(2)Merencanakan pemberian analgesic
			Kolaborasi	(3)Merencanakan pemberian antibiotic
			(1) Kolaborasi pemberian oksitosin setelah persalinan	
			(2) Kolaborasi pemberian analgesic	
			(3) Kolaborasi pemberian antibiotic	
10	Hipovolemia D.0023	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan kondisi volume cairan membaik dengan Kriteria Hasil :	Manajemen Hipovolemia (I.03116)	(Observasi
		(1) Kekuatan nadi meningkat	Observasi	(1)Mengetahui tanda dan gejala hipovolemia
		(2) Turgor kulit meningkat	(1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)	(2)Mengetahui intake dan output cairan
		(3) Ortopnea menurun		Terapeutik
		(4) Dispnea menurun		(1) Mengetahui kebutuhan cairan
		(5) Frekuensi nadi membaik		(2) Memberikan kenyamanan klien dengan posisi Trendelen burg
		(6) Tekanan darah membaik	(2) Monitor intake dan output cairan	(3) Membantu memberikan makan secara oral
				Edukasi

	(7) Tekanan nadi membaik				(1) Memotivasi klien untuk memperbanyak asupan cairan melalui oral
	(8) Membran mukosa membaik		Terapeutik	(1) Hitung kebutuhan cairan	
	(9) Kadar Hb membaik			(2) Berikan posisi modified Trendelenburg	(2) Memberitahu klien agar tidak merubah posisi secara mendadak
				(3) Berikan asupan cairan oral	Kolaborasi
			Edukasi		(1) Merencanakan pemberian IV isotonis
			(1) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral		(2) Merencanakan pemberian IV hipotonis
			(2) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak		(3) Merencanakan pemberian cairan koloid
					(4) Merencanakan pemberian produk darah
			Kolaborasi		
			(1) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL)		
			(2) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)		
			(3) Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate)		
			(4) Kolaborasi pemberian produk darah		
11	Gangguan pertukaran gas D.0003	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan oksigenasi dan/atau eliminasi	Pemantauan respirasi 1.01014		Observasi
			Observasi		(1) Untuk mengetahui frekuensi, irama,

karbondioksida dalam batas normal dengan	(1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas	kedalaman, dan upaya napas
Kriteria Hasil :	(2) Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, ataksik)	(2) Untuk mengetahui pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, ataksik)
(1) tingkat kesadaran meningkat	(3) Monitor kemampuan batuk efektif	(3) Untuk mengetahui kemampuan batuk efektif
(2) Dispnea menurun	(4) Monitor adanya produksi sputum	(4) Untuk mengetahui adanya produksi sputum
(3) Bunyi napas tambahan menurun	(5) Monitor adanya sumbatan jalan napas	(5) Untuk mengetahui sumbatan jalan napas
(4) Pusing menurun	(6) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru	(6) Untuk mengetahui adanya sumbatan jalan napas
(5) Penglihatan kabur menurun	(7) Auskultasi bunyi napas	(7) Untuk mengetahui kesimetrisan ekspansi paru
(6) Diaforesis menurun	(8) Monitor saturasi oksigen	(8) Untuk mengetahui saturasi oksigen
(7) Gelisah menurun	(9) Monitor nilai AGD	(9) Untuk mengetahui nilai AGD
(8) Napas cuping hidung menurun	(10) Monitor hasil x-ray toraks	(10) Untuk mengetahui hasil toraks x-ray
(9) PCO ₂ membaik	Terapeutik	Terapeutik
(10) PO ₂ membaik		
(11) Takikardia pH arteri membaik	(1) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi klien	(1) Agar interval waktu pemantauan respirasi sesuai dengan kondisi klien
(12) Sianosis membaik	(2) Dokumentasikan hasil pemantauan	(2) Untuk memantau hasil pemantauan
(13) Pola napas membaik	Edukasi	Edukasi
(14) Warna kulit membaik		
	(1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan	
	(2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu	
	Kolaborasi	(1) Membantu klien mengetahui tujuan

		-	prosedur dan pemantauan	
			(2) Agar klien mengetahui hasil pemantauan, jika perlu	
			Kolaborasi	
			-	
12	Pola nafas tidak efektif D.0005	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan pola nafas membaik dengan	Manajemen nafas 1.01011	jalan
		Kriteria Hasil :	Observasi	Observasi
		(1) Ventilasi semenit meningkat	(1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)	(1) Untuk mengetahui frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas
		(2) Kapasitas vital meningkat	(2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, wheezing, ronkhi kering)	(2) Untuk mengetahui bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)
		(3) Diameter thoraks anterior-posterior meningkat	(3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)	(3) Untuk mengetahui sputum (jumlah, warna, aroma)
		(4) Dispnea menurun	Terapeutik	Terapeutik
		(5) Penggunaan otot bantu napas menurun	(1) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)	(1) Untuk mempertahankan kepatenan jalan napas
		(6) Pemanjangan fase ekspirasi menurun	(2) Posisikan semi-Fowler atau Fowler	(2) Untuk membantu bernapas, ekspansi dada serta ventilasi lapang paru
		(7) Ortopnea menurun	(3) Berikan minum hangat	(3) Membantu mengeluarkan sekresi
		(8) Pernapasan pursed-lip membaik	(4) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu	(4) Membantu mempertahankan kepatenan jalan nafas

(9) Pemasangan cuping hidung membaik	(5) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik	(5) Membantu menurunkan distres pernafasan
(10) Frekuensi napas membaik	(6) Lakukan hiperoksigenasi	Edukasi
(11) Kedalaman napas membaik	sebelum penghisapan endotrakeal	
(12) Ekskresi dada membaik	(7) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill	
	(8) Berikan oksigen, jika perlu	
Edukasi		Kolaborasi
(1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi		(1) Merencanakan pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik
(2) Ajarkan teknik batuk efektif		
Kolaborasi		
(1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.		

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat di proses keperawatan yang terkait dengan pelaksanaan perencanaan yang telah dibuat. Perawat memacu pada rencana keperawatan dengan melibatkan klien dan keluarga serta anggota tim Keperawatan dan tim Kesehatan lain (Rohmah, 2009).

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang mengacu pada penilaian, tahapan dan penerapan (Hidayat, 2009). Pada tahap ini. Perawat menemukan penyebab mengapa suatu proses keperawatan dapat berhasil atau gagal, selain itu perawat dapat menemukan reaksi klien terhadap intervensi keperawatan yang telah diberikan (Rohmah, 2009).

Rohmah (2009), menyebutkan komponen suatu evaluasi keperawatan adalah:

S = Respon subyektif klien terhadap tindakan yang telah dilakukan

O = Respon obyektif klien terhadap tindakan yang telah dilakukan

A= Analisa ulang atas data subyektif dan obyektif untuk menyimpulkan masalah

P = Perencanaan atau tindakan selanjutnya

I = Implementasi atau tindakanselanjutnya

E = Evaluasi

R = Reassessment

BAB 3

METODE PENELITIAN

Menurut Sugiyono (2013) bahwa metode penelitian pada dasarnya merupakan cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu. Berdasarkan hal tersebut terdapat empat kata kunci yang perlu diperhatikan yaitu cara ilmiah, data, tujuan dan kegunaan. Bab ini akan menguraikan metode penelitian yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian berdasarkan masalah yang ditetapkan antara lain rancangan penelitian, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu, prosedur pengumpulan data, uji keabsahan data, analisa data.

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian dalam studi kasus ini menggunakan pendekatan penelitian secara deskriptif kualitatif merupakan semua proses yang diperlukan dalam perencanaan dan pelaksanaan (Suryono, 2013). Penelitian studi kasus merupakan penelitian yang mencakup satu unit penelitian misal satu klien (Nursalam, 2011). Studi kasus ini merupakan studi untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Diabetes Mellitus Di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.2 Batasan Istilah

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian, peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian tersebut. Asuhan Keperawatan merupakan suatu tindakan yang dilakukan perawat dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia secara langsung

yang berpegang pada standar keperawatan meliputi tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal. Diabetes Mellitus adalah penyakit kronis yang tidak dapat disembuhkan dengan ditandai tingginya kadar glukosa darah yang disebabkan gagalnya organ pankreas memproduksi jumlah insulin. Penyakit penyerta yang diamati dalam penelitian ini meliputi hipertensi yaitu kondisi tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan diastolic ≥ 90 mmHg, dyslipidemia atau kondisi kadar kolesterol LDL ≥ 100 mg/dL atau kolesterol HDL < 40 mg/dL atau trigliserida ≥ 150 mg/dL, nefropati diabetik, retinopati diabetik, dan neuropati diabetik. Pada Diabetes Mellitus dilakukan pemeriksaan gula darah yaitu pemeriksaan gula darah sewaktu atau acak (GDS) dan gula darah puasa (GDP). Dalam hal ini peneliti akan melakukan penelitian pada klien Diabetes Mellitus dengan penyakit penyerta.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan sasaran atau subyek yang digunakan dalam penelitian. Partisipan dalam penelitian ini Ny.S klien yang mengalami *Diabetes Mellitus*, dengan kriteria:

- 1) Klien Diabetes Mellitus dengan kriteria terdapat penyakit penyerta.
- 2) Klien dengan kesadaran composmentis dan kooperatif
- 3) Klien yang diperkirakan mendapat perawatan minimal 3 hari di RS

3.4 Lokasi dan Waktu

1) Lokasi Penelitian

Lokasi pengambilan studi kasus asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus dilaksanakan di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

2) Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan pada tanggal 18 Februari 2025 s/d 20 Maret 2025.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Instrumen

Bahan atau instrument pengumpulan data adalah alat yang digunakan untuk mengukur dan mengidentifikasi data yang akan dikumpulkan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Jenis instrument yaitu dokumen wawancara terstruktur (format pengkajian Asuhan Keperawatan Medikal Bedah) atau check list, pedoman observasi, pengukuran dengan alat (nursing kit), alat pemeriksaan laboratorium atau yang relevan (Khomsiyah, 2020). Dalam proses pengumpulan data ini ada beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mendapatkan data yang akurat diantaranya adalah dalam bentuk wawancara, observasi, dan kuesioner. Metode pengumpulan data yang akan digunakan pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1) Wawancara

Wawancara merupakan metode dalam pengumpulan data dengan mewawancarai secara langsung dari informan yang diteliti

(Sugiyono, 2011). Dalam penelitian ini wawancara dilakukan pada klien. Bentuk pertanyaan yang diajukan selama proses wawancara adalah semi terstruktur, dalam hal ini mula-mula interviewer memberikan beberapa pertanyaan yang sudah terstruktur, kemudian satu persatu diperdalam dalam menggali keterangan lebih lanjut.

2) Observasi dan pemeriksaan fisik

Mengobservasi perubahan keadaan fisik (TTV: tensi, nadi, suhu, dan respirasi), perilaku dan keadaan yang dialami klien dengan Diabetes Mellitus serta observasi keberhasilan standard asuhan keperawatan yang diberikan. Pemeriksaan fisik yang dilakukan meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Pemeriksaan fisik pada klien dalam penelitian ini dilakukan secara head to toe.

3) Dokumentasi catatan status klien dari tenaga medis, dan pemeriksaan laboratorium dari rumah sakit

4) Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan (terlampir) dan pengukuran alat/nursing kit. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan metode pengumpulan data berupa:

- a) Pengkajian: Proses pengumpulan data mulai dari wawancara, pemeriksaan fisik dan data-data penunjang lainnya.
- b) Diagnosa keperawatan: Pernyataan yang jelas tentang masalah klien serta penyebabnya yang dapat diubah dan dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan.

- c) Membuat intervensi: Tindakan yang direncanakan oleh perawat untuk melakukan suatu proses dalam pencapaian suatu tujuan.
- d) Implementasi: Melaksanakan suatu perencanaan keperawatan yang telah dituliskan pada rencana keperawatan.
- e) Evaluasi: Proses akhir dari suatu tindakan keperawatan yang mana perawat akan mengevaluasi respon klien terhadap apa yang telah perawat lakukan serta memastikan hasil yang telah dicapai.

3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data

Pada prosedur pengumpulan data meliputi empat tahap yaitu tahap persiapan, tahap kontrak, tahap pelaksanaan, dan tahap penutup.

1) Tahap Persiapan

Tahap persiapan merupakan tahap peneliti meminta surat pengantar izin penelitian dari Polkesma Kampus V Trenggalek dengan nomor surat (Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/44/2025), kemudian peneliti mendapat surat pengantar izin penelitian (Nomor: 000.9/68/406.010.001/18.00/2025) yang ditujukan pada Direktur Rumah Sakit dr. Soedomo Trenggalek. Peneliti mendapat surat tebusan yang menyatakan tidak keberatan perihal izin melaksanakan penelitian yang ditujukan kepada Kepala Ruangan Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang menyatakan bersedia dalam membantu peneliti dalam melakukan penelitian. Peneliti melakukan koordinasi dengan pembimbing lahan untuk mendampingi peneliti dalam menentukan partisipan. Peneliti melakukan pendekatan dengan

partisipan dengan menjelaskan tujuan penelitian, proses penelitian, hak-hak partisipan, dan persetujuan untuk dijadikan partisipan. Apabila partisipan bersedia menjadi partisipan dalam penelitian maka peneliti mempersilahkan partisipan membaca terlebih dahulu isi lembar inform consent, apabila partisipan bersedia maka peneliti meminta tanda tangan partisipan.

2) Tahap Kontrak

Pada tahap kontrak, peneliti membuat kontrak waktu, tempat untuk pengambilan data pada partisipan. Pada waktu pelaksanaan wawancara peneliti menyesuaikan dengan jam istirahat partisipan, sedangkan tempat pelaksanaan mempertimbangkan lokasi yang nyaman dan mempermudah partisipan yaitu di bed partisipan. Dalam tahap kontrak partisipan didampingi oleh kepala ruangan atau pembimbing lahan.

3) Tahap Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan peneliti melakukan pengambilan data dengan menggunakan anamnesa atau wawancara terstruktur yaitu format pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah dan pengkajian per sistem. Persiapan pengkajian peneliti menyiapkan bolpoint, buku catatan, dan nursing kit. Pada saat proses pengambilan data peneliti mengajukan pertanyaan terbuka dengan tujuan peneliti dan partisipan tidak dalam keadaan yang tegang saat pengambilan data klien, setelah peneliti mengambil data dari partisipan dilanjutkan dengan melakukan pemeriksaan fisik per

sistem menggunakan nursing kit. Pada waktu pengambilan data peneliti membutuhkan waktu kurang lebih 45 menit pada setiap partisipan.

4) Tahap Penutup

Pada tahap penutup peneliti mengakhiri penelitian dengan memvalidasi hasil yang telah ditemukan saat anamnesa atau wawancara. Peneliti mengatakan pada partisipan bahwa penelitian yang dilakukan peneliti sudah berakhir, dan peneliti mengucapkan berterima kasih pada partisipan. Peneliti menghadap ke bagian Administrasi RSUD dr. Soedomo Trenggalek untuk menyelesaikan pembayaran biaya penelitian sesuai dengan peraturan daerah yang berlaku.

3.6 Keabsahan Data

Uji keabsahan data adalah tingkat kepercayaan yang berkaitan dengan seberapa jauh kebenaran hasil penelitian, mengungkapkan dan memperjelas data dengan fakta – fakta actual di lapangan. Uji keabsahan data dalam penelitian ada 4 cara untuk mencapai keabsahan data, yaitu:

- 1) Kepercayaan (credibility) dalam melakukan penelitian, peneliti sebelum melakukan tindakan kepada keluarga yang mengalami Diabetes Mellitus didampingi oleh pembimbing lahan. Karena pembimbing lahan tidak dapat mendampingi peneliti secara terus menerus, peneliti dapat menjalankan penelitian sesuai prosedur puskesmas/rumah sakit.
- 2) Keteralihan (transferbility) penerapan tindakan yang dilaksanakan peneliti kepada klien disesuaikan dengan keadaan klien Diabetes Mellitus,

berdasarkan prosedur yang berlaku. Yang harus dilakukan peneliti kepada keluarga yang mengalami Diabetes Mellitus antara lain adalah melakukan BHSP, mengkaji keluhan klien, mengobservasi tanda – tanda vital, memberikan penyuluhan.

- 3) Kebergantungan (dependability) merupakan kesesuaian metode yang digunakan untuk menjawab permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan. Dalam melakukan penelitian, peneliti menggunakan metode studi kasus yaitu peneliti harus terjun langsung ke lapangan untuk menerapkan Asuhan Keperawatan pada Klien yang menderita Diabetes Mellitus. Sebelum melakukan penelitian, peneliti sudah harus mendapatkan ijin dari berbagai pihak sampai dengan ke respondennya sendiri.
- 4) Kepastian (confirmability) mengandung makna bahwa sesuatu itu merupakan objektif. Jika mendapatkan persetujuan dari pihak lain terhadap pandangan, pendapat dan penemuan dari seseorang. Kondisi ini dapat didapatkan melalui proses bimbingan yang telah mencapai kesepakatan antara pembimbing I, II, dan mahasiswa. Ujian karya tulis ilmiah untuk mendapatkan kritikan dan masukan. Prinsip ini diperoleh melalui upaya validasi data klien saat melakukan asuhan keperawatan.

3.7 Analisis Data

Analisa data dilakukan sejak penliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa 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 yang diperoleh dari

hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah:

1) Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan data tergantung dari desain dan teknik instrumen yang digunakan (Nursalam, 2011). Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, Observasi, Dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

2) Mereduksi data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3) Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

4) Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku

kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, evaluasi.

3.8 Etika Penelitian

Etika penyusunan karya tulis ilmiah harus memperhatikan hal – hal sebagai berikut:

1) Informed Consent (lembar persetujuan menjadi responden)

Informed consent merupakan pernyataan tertulis kesediaan informan sebagai subjek dalam penyusunan karya tulis ilmiah. Peneliti menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang maksud dan tujuan yang akan dilakukan dan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi informan jika klien dan keluarga menjadi klien kelolaan.

2) Anonymity (tanpa nama)

Nama dari informan tidak dicantumkan pada lembar pengumpulan data, peneliti cukup dengan menuliskan nama inisial. Peneliti tidak menuliskan alamat partisipan secara jelas.

3) Confidentiality (kerahasiaan)

Confidentiality artinya informasi yang telah dikumpulkan dari informan dijamin kerahasiaannya. Informasi hanya diketahui oleh peneliti dengan tujuan agar informasi individual tertentu tidak langsung dikaitkan dengan partisipan. Data-data disajikan atau dilaporkan dijaga kerahasiaannya dari pihak-pihak yang tidak berkepentingan dalam proses penelitian. Peneliti menyusun laporan penelitian tanpa mengungkapkan identitas dari partisipan.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan menguraikan hasil pelaksanaan penelitian karya tulis ilmiah ini dimulai dan gambaran pengambilan data, pengkajian terhadap klien, merumuskan diagnosa keperawatan, menentukan intervensi keperawatan melakukan tindakan keperawatan dan mengevaluasi keperawatan.

4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek merupakan salah satu Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Trenggalek dengan tipe Rumah Sakit Umum, dan tergolong kedalam Rumah Sakit tipe C. Rumah Sakit Umum ini bertempat di Jln. dr. Soetomo No.2 Kelurahan Tamanan Kecamatan Trenggalek Kabupaten Trenggalek dengan luas tanah 37.420 dengan luas bangunan 14.553,97 meter persegi. Ruang Raflesia memiliki 22 kamar meliputi 3 HCU, 2 tetanus dan kamar 2 A sampai 2 I perawatan kelas III, kamar 1E sampai 1L perawatan kelas III. Penyakit dalam pada Ruang Raflesia terdiri dari penyakit tidak menular dan menular. Penyakit tidak menular yang ada seperti Diabetes Mellitus, Gagal Ginjal, Anemia. Sedangkan penyakit yang menular seperti Hepatitis B. Di Ruang Raflesia terdapat 14 tenaga medis, 1 Administrasi dan 2 Cleaning Service. 14 Tenaga Medis itu sendiri diantaranya 1 Kepala Ruang, 2 Ketua Tim, 4 Ketua Shift dan 7 Perawat Pelaksana. Ruang Raflesia memiliki beberapa ruangan

lain yaitu 1 kamar mandi khusus pegawai, 1 ruang perawat, 1 ruang buat menaruh loker, 1 ruang tindakan, 1 ruang peralatan dan perlengkapan dan 6 kamar mandi untuk Klien.

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Umum

Tabel 4.1 Identitas Umum

1) Pengkajian	
Nama	: Ny S
Jenis Kelamin	: Perempuan
Umur	: 46 Tahun
Suku/Bangsa	: Jawa
Agama	: Islam
Pendidikan terakhir	: Sma
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Kerjo, Karang
Status Perkawinan	: Kawin
Tgl Masuk/Jam Masuk MRS	: 18 Maret 2025 pukul 03.49 WIB
Ruang/Kelas	: Rafflesia/ III
Tgl Pengkajian/Jam Pengkajian	: 18 Maret 2025 pukul 11.00 WIB

2) Diagnosa Medis : DM T-2 Hiperglikemi + HT

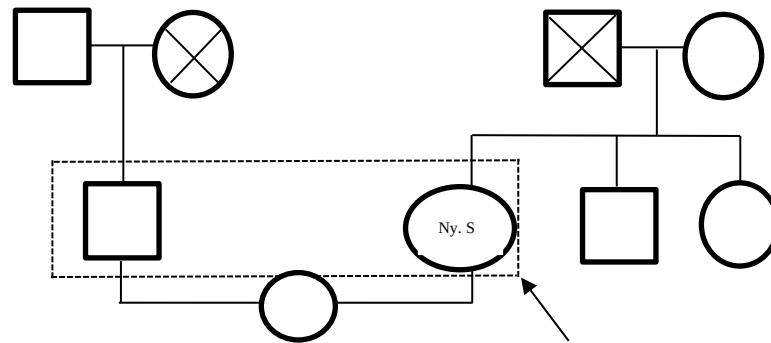
3) Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat penyakit

Keluhan Utama	Saat MRS : klien mengatakan badan terasa lemas, nyeri kepala, dan mual muntah, demam naik turun selama 1 minggu Saat pengkajian : klien mengatakan badan terasa lemas, mual muntah dan nyeri kepala P : Klien mengatakan nyeri kepala Q : Klien mengatakan nyerinya terasa dicengkeram R : Klien mengatakan nyerinya berpusat di kepala S : Klien mengatakan nyerinya terasa kuat skala 6 T : Klien mengatakan nyerinya terus menerus dan sering
Riwayat Penyakit Sekarang	Keluarga klien mengatakan klien sudah 1 minggu mengalami demam naik turun. Pada tanggal 17 Maret 2025 pukul 22.00 Klien mengeluh nyeri kepala dan badan terasa lemas. Keluarga mengatakan kadar gula darah klien tinggi. Karena keluhan tak kunjung mereda akhirnya klien pada 18 Maret 2025 pukul 03.49 dibawa ke IGD RSUD dr. Soedomo untuk mendapatkan perawatan intensif. (GDA saat mrs : 689).
Riwayat Penyakit Dahulu	Klien mengatakan awal terdiagnosa penyakit DM sejak tahun 2013 saat Ny. S kontrol kadar kolesterol dan asam urat pada dokter. Namun Ny. S tidak patuh meminum obat penurun kadar gula dan tidak menjaga pola makannya. Klien mengatakan dari 2013 opname di RS sudah 2 kali, yang terakhir pada 10 April 2024 klien rawat inap di RSUD Dr Soedomo dengan penyakit DM yang dideritanya dan juga terdapat luka di jari jari kakinya. Klien juga mengatakan memiliki riwayat Hipertensi dari tahun 2010.

Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan tidak ada riwayat keluarga yang menderita penyakit seperti yang diderita Ny.S saat ini.

Genogram :

Keterangan :

- : Laki – laki
- : Perempuan
- ↗ : Klien
- ┌──┐ : Garis Pernikahan
- └──┘ : Garis Keturunan
- : Tinggal satu rumah
- ✕ : Meninggal

4) Pola Aktivitas Sehari – hari

Tabel 4.3 Pola aktivitas sehari – hari

NO.	AKTIVITAS	DI RUMAH	DI RS
a.	Makan dan minum	Makan : Klien mengatakan dirumah makan 2-3 kali dalam sehari dengan jenis makanan nasi putih, sayur (jenis sayur bening / sop), lauk (tempe, tahu) dengan porsi sedang dan 1 porsi habis = 100 cc. Keluarga Klien mengatakan bahwa Klien tidak mematuhi program diet telah ditetapkan untuk Klien <i>diabetes mellitus</i>. Minum : Klien mengatakan minum air putih sebanyak 7-8 gelas / hari = 2.000 cc, Klien mengatakan tidak pernah minum teh / kopi semenjak mengetahui bahwa dirinya mempunyai riwayat diabetes mellitus.	Makan : Keluarga Klien mengatakan Klien makan sesuai dengan jadwal di RS dengan jenis makanan nasi lembek, sayur (sayur sop), dan lauk (tahu direbus). Keluarga klien mengatakan makan pagi ini hanya habis 1-2 sendok saja = 50 cc. Jenis diet DM 1.900 kalori Rendah Purin. Keluarga klien mengatakan nafsu makan Klien berkurang karena Klien mengeluh mual. Minum : Keluarga Klien mengatakan Klien minum air putih sebanyak 5-6 gelas = 1.500 cc ditambah dengan minum susu = 100 cc yang sudah disediakan dari RS. Keluarga klien mengatakan klien mengalami penurunan berat badan, semula 72 kg sekarang 63 kg sejak 1 tahun yang lalu.
b.	Pola istirahat /tidur	Saat di rumah keluarga mengatakan klien beraktivitas seperti biasa, keluarga klien mengatakan tidak ada gangguan pada istirahat klien. Klien tidur malam pukul 21.00 WIB dan bangun pukul 05.00 WIB.	Saat di RS keluarga mengatakan klien tidur dari pagi sekitar jam 06.00 (kurang lebih 4 jam) dan bangun saat kepala klien terasa nyeri dan ada yang menjenguk atau saat waktu makan. Klien mengatakan tidak ada

		gangguan sering kencing saat tidur.
c. Pola eliminasi	Saat di rumah keluarga mengatakan klien BAK 5-6 kali sehari, urine berwarna kuning, BAB 1 hari sekali dengan konsistensi feses lunak berwarna kuning	Saat di RS keluarga klien mengatakan BAK 3 kali dari pagi, urine berwarna kuning, keluarga klien mengatakan selama di RS belum BAB.
d. Kebersihan diri /Personal Hygiene	Saat di rumah keluarga mengatakan klien mandi dua kali sehari, klien keramas 2-3 hari sekali tanpa bantuan keluarga.	Selama di RS keluarga klien mengatakan klien belum disibin dan belum keramas.

5) Riwayat Psikososial

a. Konsep Diri

Tabel 4.4 Konsep diri

Gambaran diri atau citra diri	Klien mengatakan bahwa semakin tua semakin rentan terhadap penyakit
Ideal Diri	Klien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakitnya yang saat ini
Harga Diri	Klien mengatakan tidak merasa malu dengan keadaan yang dialaminya sekarang ini
Peran	Klien mengatakan perannya sebagai istri dan sebagai ibu
Identitas diri	Klien mengatakan bernama Ny.S dan berusia 46 tahun



b. Pola Kognitif Dan Persepsi Sensori

Tabel 4.5 Pola Kognitif Dan Persepsi Sensori

Status mental	Tidak ada gangguan klien kooperatif tenang dan stabil
Pola Komunikasi	Klien menjawab pertanyaan dengan lemah mampu diajak komunikasi yang ringan-ringan
Orientasi	Klien merespon saat dipanggil, diberikan sentuhan dan saat diberi rangsang nyeri. Klien mengatakan nyeri kepala seperti dicengkeram secara terus menerus.

c. Pola Peran Hubungan dengan orang lain :

Keluarga klien mengatakan hubungan dengan keluarga maupun dengan orang lain baik, klien mampu menjawab beberapa pertanyaan dari orang lain dan keluarga

d. Pola persepsi diri dan toleransi terhadap stress :

Tabel 4.6 Pola persepsi diri dan toleransi terhadap stress

Masalah utama selama MRS	Keluarga Klien mengatakan klien saat di RS lemas
Perubahan yang terjadi sebelumnya	Klien sejak sakit jarang bertemu dengan tetangga sekitarnya
Cara menangani stress	Klien selalu bercerita kepada keluarga tentang masalahnya
Pandangan terhadap masa depan	Klien selalu berharap ingin sembuh
Pandangan terhadap diri sendiri	Klien tidak malu dengan kondisinya saat ini
Status emosi	Apatis
Tingkat ansietas/takut	Ringan

e. Pola seksualitas dan reproduksi :

Keluarga klien mengatakan klien sudah lama menopause

6) Data Spiritual

Tentang nilai dan kepercayaan tidak ada yang bertentangan dengan tindakan medis yang sedang dijalani klien, keluarga klien mengatakan klien beragama Islam dan selalu berdoa agar diberikan kesembuhan.

7) Pemeriksaan fisik

Tabel 4.7 Pemeriksaan fisik

Keadaan umum	Keadaan umum lemah, tingkat kesadaran composmentis GCS E4V5M6, klien terpasang infus PZ 20 tpm, klien tampak meringis memegangi kepala, klien tampak terbaring lemas terlentang di tempat tidur.
Tanda tanda vital	TD : 177/99 mmHg Nadi : 82 x/menit Suhu : 36,3°C RR : 20 x/menit SpO2 : 98%
Pemeriksaan sistem pernafasan	Inspeksi : Tidak batuk, bentuk hidung simetris, lubang hidun bersih, tidak menggunakan oksigen, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, bentuk dada noemal chest, ictus cordis tidak terlihat, frekuensi nafas: 20x/menit, rama reguller (teratur), pergerakan nafas simetris kanan dan kiri, tidak ada retraksi intercosta Palpasi :

	Vokal fremitus getarannya sama dilapang paru kanan dan kiri Perkusi : Pada paru terdengar suara sonor Auskultasi : Tidak terdapat nafas tambahan seperti ronchi, wheezing
Pemeriksaan sistem kardiovaskuler	Inspeksi : Tidak terdapat pulsasi Palpasi : Tekanan darah 177/99 mmHg, Nadi 82 x/menit, irama reguller, ictus cordis teraba di ICS V midclavicula kiri tidak terdapat jejas Perkusi : Terdengar bunyi pekak Auskultasi : Bunyi Jantung lup dup
Pemeriksaan sistem neurologis	
Kepala	
Rambut	Bentuk kepala oval simetris kanan dan kiri, tidak ada benjolan, tidak terdapat lesi, tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala ditandai klien dapat menoleh kekiri, kanan, atas, bawah. Penyebaran rambut merata, rambut bersih, warna rambut hitam beruban
Mata	Tidak terjadi penurunan pengelihatn (kabur) pada kedua mata, miosis bila terkena cahaya, pupil isokor kanan dan kiri, Simetris kanan kiri, konjungtiva tidak

Hidung	anemis, sclera putih, tidak ada kelainan pada mata
Telinga	Normal, tidak terdapat polip dan epistaksis.
Mulut	Simetris kanan kiri, Pendengaran kanan dan kiri masih normal tidak ada penurunan pendengaran, tidak ada serumen.
Pembesaran kelenjar tiroid	Mukosa bibir kering, pucat, tidak ada cyanosis, keadaan mulut dan lidah kotor
Kesadaran	Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid
Kejang	Composmentis, klien sadar sepenuhnya. GCS: (E4 V5 M 6)
Reflek	Klien tidak mengalami kejang Reflek Trisep (+) Reflek Bisep (+)
Pemeriksaan sistem pencernaan	
Mulut	Bersih. Mukosa bibir kering, pucat, tidak ada cyanosis, keadaan mulut dan lidah bersih.
Gigi	Gigi lengkap, tidak terdapat karies

Abdomen	Inspeksi : Bentuk abdomen datar, tidak ada bayangan pembuluh darah. Auskultasi : Bising usus terdengar dengan frekuensi 17 x per menit Palpasi : Tidak teraba massa /benjolan, tidak ada pembesaran pada hepar, tidak ada nyeri tekan pada perut. Perkusi : Suara perkusi tympani				
Pemeriksaan sistem muskuloskeletal					
Ekstremitas	Ekstremitas atas dan bawah lengkap, terpasang infus PZ 20 tpm pada tangan kanan. Terdapat bekas luka di jari-jari kaki.				
Rentang gerak	Terdapat bekas luka di jari jari kedua kaki, tidak terdapat odem, tidak terdapat nyeri tekan, klien mampu mengangkat ekstremitas atas dan bawah. Terpasang infus pada tangan sebelah kanan.				
Massa/tonus otot	<table> <tr> <td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>5</td><td>5</td></tr> </table>	5	5	5	5
5	5				
5	5				
Pemeriksaan sistem integumen					
Suhu tubuh	Suhu : 36,3°C				
Kulit	Lemak subcutan tipis Warna : kuning langsung Kesemutan : klien tidak merasa kesemutan				

	Keringat berlebih : tidak terdapat keringat berlebih Akral teraba dingin Kelembaban : kulit tampak kering, CRT <2 detik Turgor kulit <2 detik Edema : tidak terdapat edema Varises : tidak terdapat varises Gatal : tidak gatal Memar : tidak memar Lesi : Terdapat bekas luka di jari-jari kaki
Pemeriksaan sistem endokrin	Keluarga klien mengatakan dirumah klien BAK 5-6x sehari, klien merasa cepat haus Klien mengalami poliuri dan polidipsi, keluarga klien mengatakan minum obat DM sejak tahun 2013, sebelumnya tidak pernah menggunakan insulin. Palpasi: tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid
Pemeriksaan sistem genitorinaria	Klien mengatakan sering haus dan BAK dari pagi sudah 3 kali ke kamar mandi. Inspeksi : Bersih, penyebaran rambut pubis merata, tidak terdapat luka, tidak terdapat keluhan pada daerah genetalia Palpasi : Tidak terdapat distensi pada kandung kemih, tidak terdapat nyeri tekan pada kandung kemih, tidak terdapat keluhan nyeri saat BAK

8) Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan Darah lengkap

Tabel 4.8 Pemeriksaan darah lengkap

PEMERIKSAAN		HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
18 Maret 2025				
HEMATOLOGI				
Darah Lengkap				
Hemoglobin		13.5	g/dL	12.5 - 16.0
Hematokrit		38.7	%	37.0 - 47.0
Lekosit	H	12.4	$10^3/\mu\text{L}$	4.0 - 10.5
Trombosit		183	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
Eritrosit	H	5.14	juta/ μL	3.50 - 4.76
MCV	L	75.2	fL	78.0 - 100.0
MCH	L	26.3	pg	31.0 - 37.0
MCHC	L	34.9	g/dL	37.0 - 54.0
RDW-SD	L	36.6	fL	37.0 – 54.0
RDW-CV		13.5	%	11.0 - 16.0
PDW	H	17.2	fL	9.0 - 17.0
MPV		10.5	fL	8.0 - 11.0
Hitung (DIFF)	Jenis			
Basofil#		0.0	$10^3/\mu\text{L}$	< 0.1
Eosinofil#		0.1	$10^3/\mu\text{L}$	< 0.7
Neutrofil#	H	10.8	$10^3/\mu\text{L}$	1.5 - 6.6

Lymfosit#	L	0.8	$10^3/\mu\text{L}$	1.5 - 3.5
Monosit#		0.6	$10^3/\mu\text{L}$	< 1.0
GULA DARAH				
Glukosa Darah	**	671	mg/dL	< 180.0
FAAL GINJAL				
Ureum	H	56.8	mg/dL	15.0 - 45.0
Creatinin	H	1.5	mg/dL	0.6 - 1.1
FAAL HATI				
SGOT	H	51.4	U/L	9.0 - 25.0
SGPT	H	36.5	U/L	7.0 – 30.0

c. Pemeriksaan X-Ray

Tabel 4.9 Pemeriksaan x-ray

Pemeriksaan Radiologi Thorax AP didapatkan hasil:

- Cor : ukuran kesan membesar
- Pulmo : tampak fibro infiltrate di paracardial kanan
- Trachea di tengah
- Hemidiafragma kanan kiri tampak baik
- Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam
- Tulang- tulang tampak baik
- Soft tissue tampak baik

Kesimpulan :

Asimetris, sangat kurang inspirasi

Keradangan paru kanan suspek mengarah pada proses spesifik

Cor prominent

9) Peatalaksanaan terapi/pengobatan

Tabel 4.10 Penatalaksanaan terapi

Penatalaksanaan	Obat – obatan	Rute
18 Maret 2025	RL Loading 500 cc	Intravena
	PZ 20 tpm	Intravena
	Ranitidin 2 x 1 amp	Intravena
	Santagesik 3 x 1 amp	Intravena
	Metoclopramid 3 x 1 amp	Intravena
	Sliding Scale Novorapid 2iu/jam	Intravena
19 Maret 2025	PZ 20 tpm	Intravena
	Ranitidin 2 x 1 amp	Intravena
	Santagesik 2 x 1 amp	Intravena
	Metoclopramid 3 x 1 amp	Intravena
	Ambacim 2 x 1 gram	Intravena
	Novorapid 6-6-6	Subcutan
	Sansulin 16-0-0	Subcutan
20 Maret 2025	PZ 20 tpm	Intravena
	Ranitidin 2 x 1 amp	Intravena
	Santagesik 2 x 1 amp	Intravena
	Metoclopramid 3 x 1 amp	Intravena
	Novorapid 6-6-6	Subcutan
	Sansulin 16-0-0	Subcutan
Diet :	DM B1 1.900 Kal, Rendah Purin	Oral

ANALISA DATA

Tabel 4.11 Analisa Data

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	Data Subyektif - Klien mengatakan nyeri kepala - Klien mengatakan nyerinya terasa dicengkeram - Klien mengatakan nyerinya berpusat di kepala - Klien mengatakan nyerinya terus menerus dan sering Data Obyektif - Klien tampak meringis sambil memegang kepala - Klien tampak terbaring terlentang di atas tempat tidur - Skala nyeri 6 - TD : 177/99 mmHg - N : 82 x/menit - Suhu : 36,3°C - RR : 20 x/menit - SpO2 : 98%	Nyeri akut	DM T-2 ↓ Resistensi insulin ↓ Insufisiensi insulin ↓ Metabolisme protein ↓ Penurunan sintesis protein ↓ Viskositas darah ↓ Kurangnya suplai o2 ke otak ↓ Nyeri Akut

2	Data Subyektif	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Predisposisi : gaya hidup, infeksi
	- Keluarga klien mengatakan kadar gula tinggi - Klien mengatakan mulut terasa kering - Keluarga klien mengatakan klien sering mengeluh haus		↓ Sel beta pankreas terganggu
	Data Obyektif		DM T-2
	- K/U lemah - GDA 671 mg/dl - TTV - TD : 177/99 mmHg - N : 82 x/menit - Suhu : 36,3°C - RR : 20 x/menit - SpO2 : 98% - Konsumsi obat oral penurun gula dari tahun 2013 tetapi tidak rutin - Diberikan insulin : Sliding Scale Novorapid 2 cc/ jam		Resistensi insulin
			↓ Ketidakstabilan kadar glukosa darah
3	Data Subyektif	Hipovolemia	Glukosa Darah Meningkat
	1) Klien mengatakan badan terasa lemas 2) Klien mengatakan mual dan muntah 3) Keluarga klien mengatakan klien sering mengeluh haus. 3) Keluarga Klien mengatakan nafsu makan Klien berkurang semenjak Klien mengeluh mual 4) Keluarga Klien mengatakan makan hanya habis 1-2 sendok saja		↓ Diuresis osmotik
	Data Obyektif		Poliuri
	1) Klien tampak lemas berbaring diatas tempat tidur 2) Klien tampak pucat 3) Mukosa bibir kering 4) Terjadi penurunan berat badan		↓ Kehilangan cairan aktif (Mual, Muntah)

	yang semula 72 kg menjadi 63 kg sejak 1 tahun yang lalu		↓
5)	TTV TD: 177/99 mmHg N: 82 x/mnt RR: 20x/mnt S : 36,3 C SPO2: 98%		Hipovolemia
6)	Intake : - Air dari makanan : 50 cc - Air mineral dan susu : 1.600 cc - Inf. Rl : 500 cc - Inf.Pz : 500 cc - Inj. Ranitidine : 2 cc - Inj. Santagesik : 3 cc - Inj. Metocloprimed : 3 cc - Inj. Sliding Scale : 50 cc Jumlah = 2.708 cc Output : - BAB : 200 cc - BAK : 500 cc - Muntah : 350 cc - IWL : 39 cc Jumlah =1.089 cc Balance Cairan = Intake – Output = 2.708 cc – 1.089 cc = 1.619 cc		
7)	Jenis diet DM 1.900 kalori , rendah purin		
8)	Pemeriksaan Darah Lengkap - Hemoglobin : 13.5 g/dL - Hematokrit : 38.7% - Lekosit : 12.4 10^3/uL - Trombosit : 183 10^3/uL - Eritrosit : 5.14 juta/uL		
4	Data Subyektif - Klien mengatakan lemas Data Obyektif - Tekanan darah 177/99 mmHg - Nadi perifer 82 x / mnt - Suhu : 36,3°C - RR : 20 x/menit - Klien tampak lemas - Wajah tampak pucat - Bibir kering	Perfusi Perifer Tidak Efektif	DM T-2 ↓ Resistensi insulin ↓ Glukosa darah meningkat ↓ Hiperglikemia



Viskositas darah
meningkat



Aliran darah melambat



Peningkatan Tekanan
Darah



Perfusi perifer tidak
efektif

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel 4.12 Diagnosa Keperawatan

NO	TANGGAL	DIAGNOSA	TANGGAL	TANDA
	MUNCUL	KEPERAWATAN	TERATASI	TANGAN
1	18 Maret 2025	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan : Data Subyektif - Klien mengatakan nyeri kepala - Klien mengatakan nyerinya terasa dicengkeram - Klien mengatakan nyerinya berpusat di kepala - Klien mengatakan nyerinya terus menerus dan sering Data Obyektif - Klien tampak meringis sambil memegang kepala - Klien tampak terbaring terlentang di atas tempat tidur - Skala nyeri 6 - TD : 177/99 mmHg - N : 82 x/menit - Suhu : 36,3°C - RR : 20 x/menit - SpO2 : 98%	20 Maret 2025	 Putri
2	18 Maret 2025	Ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin yang ditandai dengan : Data Subyektif - Keluarga klien mengatakan kadar gula tinggi - Klien mengatakan mulut terasa kering - Keluarga klien mengatakan klien sering mengeluh haus	20 Maret 2025	 Putri

Data Obyektif

- K/U lemah
- GDA 671 mg/dl
- TTV
 - TD : 177/99 mmHg
 - N : 82 x/menit
 - Suhu : 36,3°C
 - RR : 20 x/menit
 - SpO2 : 98%
- Konsumsi obat oral penurun gula dari 2013 tetapi tidak rutin
- Diberikan insulin :
Sliding Scale Novorapid 2 cc/
jam

3	18 Maret 2025	Hipovolemia berhubungan dengan Kehilangan cairan aktif ditandai dengan :	20 Maret 2025
---	------------------	---	------------------

DS :

- 1) Klien mengatakan badan terasa lemas
- 2) Klien mengatakan mual muntah
- 3) Keluarga klien mengatakan klien sering mengeluh haus.
- 5) Keluarga Klien mengatakan nafsu makan Klien berkurang semenjak Klien mengeluh mual
- 6) Keluarga Klien mengatakan makan hanya habis 1-2 sendok saja

DO :

- 9) Klien tampak lemas berbaring diatas tempat tidur
- 10) Klien tampak pucat
- 11) Mukosa bibir kering
- 12) Terjadi penurunan berat badan yang semula 72 kg menjadi 63 kg sejak 1 tahun yang lalu
- 13) Intake :
 - Air dari makanan : 50 cc
 - Air mineral dan susu : 1.600 cc
 - Inf. Rl : 500 cc
 - Inf. Pz : 500 cc
 - Inj. Ranitidine : 2 cc
 - Inj. Santagesik : 3 cc
 - Inj. Metocloprimed : 3 cc
 - Inj. Sliding Scale : 50 cc

Jumlah = 2.708 cc

Output :



Putri

-
- BAB : 200 cc
 - BAK : 500 cc
 - Muntah : 350 cc
 - IWL : 39 cc
 - Jumlah = 1.089 cc
 - Balance Cairan
 - = Intake – Output
 - = 2.708 cc – 1.089 cc
 - = 1.619 cc

14) Jenis diet DM 1.900 kalori , rendah purin

15) Pemeriksaan Darah Lengkap

- Hemoglobin : 13.5 g/dL
 - Hematokrit : 38.7%
 - Lekosit : $12.4 \times 10^3/\mu\text{L}$
 - Trombosit : $183 \times 10^3/\mu\text{L}$
 - Eritrosit : 5.14 juta/ μL
-

4	18 Maret 2025	Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Peningkatan tekanan darah ditandai dengan :	20 Maret 2025
---	------------------	--	------------------

Data Subyektif

- Klien mengatakan lemas

Data Obyektif

- Tekanan darah 177/99 mmHg
 - Nadi perifer 82 x / mnt
 - Suhu : 36,3°C
 - RR : 20 x/menit
 - Klien tampak lemas
 - Wajah tampak pucat
 - Bibir kering
-



Putri

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Tabel 4.13 Rencana Tindakan Keperawatan

NO	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC	Rasionalisasi	Tanda Tangan
1	18 Maret 2025	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria Hasil : (1) Keluhan nyeri menurun (2) Meringis menurun (3) Gelisah menurun (4) Kesulitan tidur menurun (5) Frekuensi nadi membaik (6) Pola napas membaik (7) Tekanan darah membaik (8) Pola tidur membaik	Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (2) Identifikasi skala nyeri (3) Identifikasi respon nyeri non verbal (4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik (5) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (6) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) (7) Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi (8) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	Observasi (1) Mengetahui penyebab nyeri kualitas nyeri, lokasi nyeri, dan waktu terjadinya nyeri (2) Mengetahui skala nyeri (3) Mengetahui mimik wajah yang diperlihatkan klien saat nyeri muncul (4) Mengetahui apa aja yang memperburuk dan memperingan keadaan nyerinya Terapeutik (5) Memberikan terapi non farmakologi untuk mengurangi nyeri (6) Memberikan kenyamanan lingkungan klien yang memperberat nyeri (7) Mengurangi rasa nyeri yang dirasakan Edukasi (8) Memberikan penjelasan mengenai penyebab, periode, dan pemicu nyeri (9) Mengurangi rasa nyeri yang	 Putri

				(9) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	dirasakan klien dengan cara mandiri
				Kolaborasi	Kolaborasi
				(10) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	(10) Membantu proses penyembuhan klien atau mengurangi rasa nyeri
2	18 Maret 2025	Ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kadar glukosa darah, berada pada rentang normal dengan	Manajemen Hiperglikemia (1.03115)	Observasi
				Observasi	(1) Mengetahui kemungkinan penyebab hiperglikemia
				(1) Monitor kadar glukosa darah	(2) Mengetahui kadarglukosa darah
				(2) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia	(3) Mengetahui tanda dan gejala hiperglikemia
				(3) Monitor intake dan output cairan	(4) Mengetahui intake dan output cairan
				(4) Monitor keton urin, kadar Analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi	(5) Mengetahui keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi
			Kriteria Hasil :	Terapeutik	Terapeutik
			(1) Kesadaran meningkat	(7) Berikan asupan cairan oral	(6) Membantu memberikan asupan cairan oral
			(2) Mengantuk menurun	Edukasi	Edukasi
			(3) Pusing menurun	(8) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL	(7) Motivasi klien untuk menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL
			(4) Lelah/lesu menurun	(9) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	(8) Motivasi klien untuk monitor kadar glukosa darah secara
			(5) Keluhan lapar menurun		
			(6) Mulut kering menurun		
			(7) Rasa haus menurun		


Putri

			(8) Kadar glukosa dalam darah membaik	(10) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga (11) Ajarkan pengelolaan diabetes	mandiri (9) Motivasi klien untuk patuh terhadap diet dan olahraga (10) Motivasi klien pengelolaan diabetes Kolaborasi (11) Merencanakan pemberian insulin, (12) Merencanakan pemberian cairan IV
				Kolaborasi (12) Kolaborasi pemberian insulin (13) Kolaborasi pemberian cairan IV	
3	18 Maret 2025	Hipovolemia berhubungan dengan Kehilangan cairan aktif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kondisi volume cairan membaik dengan Kriteria Hasil : 1) Kekuatan nadi meningkat 2) Turgor kulit meningkat 3) Frekuensi nadi membaik 4) Tekanan darah membaik 5) Tekanan nadi membaik 6) Membran mukosa membaik	Manajemen Hipovolemia (I.03116) Observasi (1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) (2) Monitor intake dan output cairan Terapeutik (3) Hitung kebutuhan cairan (4) Berikan posisi modified Trendelenburg (5) Berikan asupan cairan oral Edukasi	Observasi (1) Mengetahui tanda dan gejala hipovolemia (2) Mengetahui intake dan output cairan Terapeutik (3) Mengetahui kebutuhan cairan (4) Memberikan kenyamanan klien dengan posisi Trendelenburg (5) Membantu memberikan makan secara oral Edukasi (6) Memotivasi klien untuk memperbanyak asupan cairan melalui oral



Putri

				(6) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral (7) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi (8) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL) (9) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) (10) Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate) (11) Kolaborasi pemberian produk darah	(7) Memberitahu klien agar tidak merubah posisi secara mendadak Kolaborasi (8) Merencanakan pemberian IV isotonis (9) Merencanakan pemberian IV hipotonis (10) Merencanakan pemberian cairan koloid (11) Merencanakan pemberian produk darah
4	18 Maret 2025	Perfusi perifer tidak efektif berhungan dengan Peningkatan Tekanan Darah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keadekuatan aliran darah meningkat dengan Kriteria Hasil : (1) Denyut nadi perifer meningkat (2) Warna kulit pucat menurun (3) Akral membaik (4) Tekanan darah sistolik membaik	Perawatan Sirkulasi (1.02079) Observasi (1) Periksa sirkulasi perifer (2) Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (3) Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik (4) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi	Observasi (1) Untuk mengetahui kondisi perifer pada klien (2) Untuk mengetahui faktor resiko gangguan sirkulasi (3) Untuk mengetahui dan mengontrol panas, kemerahan dan bengkak pada ekstremitas Terapeutik (4) Mencegah terjadinya infiltrasi (5) Menghindari nyeri pada klien (6) Menghindari nyeri pada area cedera

(5) Tekanan darah diastolik membaik	(5) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi (6) Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera (7) Lakukan pencegahan infeksi (8) Lakukan perawatan kaki dan kuku Kolaborasi (9) Kolaborasi pemberian analgesic Kolaborasi pemberian antibiotic	(7) Mencegah infeksi (8) Untuk memperbaiki sirkulasi Kolaborasi (9) Merencanakan pemberian analgesic Merencanakan pemberian antibiotic
-------------------------------------	---	---

IMPLEMETASI

Tabel 4.14 Implementasi

NO	Diagnosa Keperawatan	Implementasi		TandaTangan
		Jam	18 Maret 2025	
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	12.00	1) Mengidentifikasi lokasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri Hasil : klien mengatakan nyeri pada kepala, nyeri terasa dicengkeram	 Putri
		12.05	2) Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : skala nyeri 6	
		12.10	3) Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal Hasil : klien menyeringai menahan nyeri	
		12.15	4) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil : nyeri terasa terus menerus dan nyeri mereda ketika klien posisi tidur	
		12.20	10) Melakukan kompres hangat pada area sekitar nyeri Hasil : keluarga klien melakukan kompres	
		12.25	11) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan meningkatkan suhu ruangan	
		12.30	12) Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan mengatur posisi klien semi fowler untuk memberikan kenyamanan Hasil : klien terasa nyaman dengan posisinya	
		12.35	13) Mengajarkan strategi yang dapat dilakukan untuk meredakan nyeri Hasil : klien melakukan tarik nafas dalam	
		12.40	18) Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil : klien melakukan tarik nafas dalam	
		12.45	19) Memberikan obat sesuai hasil kolaborasi, yaitu : a) Ranitidin 2 x 1 amp, IV b) Santagesik 3 x 1 amp, IV	

			c) Metoclopramid 3 x 1 amp, IV d) Sliding Scale Novorapid 2iu/jam, IV	
2	Ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin	13.05	1) Mengidentifikasi penyebab hiperglikemia Ditanyakan kepada klien bagaimana pola makan, dan pola olahraga akhir akhir ini setelah didiagnosis DM. Hasil : klien mengatakan selama dirumah sering mengemil biskuit secara berlebihan dan tidak pernah melakukan olahraga.	 Putri
		13.10	3) Memonitor kadar glukosa darah Hasil : 671 mg/dL	
		13.15	4) Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia	
		13.20	5) Memonitor intake dan output cairan Hasil : balance Cairan = 1.619 cc	
		13.25	6) Memonitor tanda-tanda vital : Hasil : 177/99 mmHg, 82x/menit, 36,3°C, 20x/menit, 98%	
		13.30	7) Membantu memberikan asupan cairan oral	
		13.35	9) Membantu klien ambulasi	
		13.40	10) Memotivasi klien untuk tidak melakukan olahraga saat kadar glukosa darah terasa tinggi	
		13.45	11) Memotivasi klien untuk melakukan monitor kadar glukosa darah secara mandiri Hasil : keluarga klien mengatakan saat dirumah dapat memonitor glukosa secara mandiri	
		13.50	12) Memotivasi klien untuk patuh terhadap diet yang telah ditetapkan oleh dokter (diet 1.900 kalori, Rendah Purin)	
		13.55	13) Mengajarkan pengelolaan diabetes yaitu penggunaan insulin, dan obat oral	
		14.00	15) Memberikan hasil kolaborasi dengan dokter untuk memberikan terapi insulin Hasil : Sliding Scale IV novorapid	
		14.05	16) Memberikan cairan hasil kolaborasi : infus pz 20 tpm	
			17)	
3	Hipovolemia berhubungan dengan	14.10	1) Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia Hasil : klien tampak lemas, mukosa bibir kering	

	Kehilangan cairan aktif	14.15	2) Memonitor intake dan output cairan Hasil : Balance Cairan = Intake – Output = 2.708 cc – 1.089 cc = 1.619 cc	 Putri
		14.20	3) Memonitor kebutuhan cairan Hasil : 10kg x 100 ml = 1000 ml 10kg x 50 ml = 500 ml 43 kg x 20 ml = 860 ml Total = 2360 ml/ 24 jam = 98 ml/jam	
		14.25	4) Memposisikan klien modified trendelenburg atau terlentang dan kaki sedikit diangkat	
		14.30	5) Menyediakan makanan untuk meningkatkan asupan cairan Hasil : klien makan hanya 1-2 sendok saja	
		14.35	6) Mengedukasi keluarga untuk memperbanyak asupan makan dan minum sesuai diit 1900 kalori , rendah purin Hasil : Keluarga mengikuti sara yang diberikan	
		14.40	7) Menganjurkan klien untuk tidak merubah posisi secara mendadak Hasil : klien berubah posisi dengan perlahan	
		14.45	8) Memberikan hasil kolaborasi cairan IV isotonis Hasil : diberikan cairan infus PZ	
4	Perfusi perifer tidak efektif berhungan dengan Peningkatan Tekanan Darah	15.00	1) Melakukan Pemeriksaan sirkulasi perifer: Hasil : Nadi perifier : 82 x/menit, CRT : < 2 detik , Suhu : 36.3°C Tekanan Darah 177/99 mmHg	
		15.10	3) Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas Hasil : tidak terdapat nyeri atau bengkak pada ekstremitas	
		15.20	4) Menghindari pemasangan infus/tranfusi pada area keterbaatasan perfusi	

15.25	Hasil : dilakukan pemasangan infus/tranfusi di area tangan yang tidak terdapat keterbatasan 5) Menghindari pengukuran tekanan darah pada area keterbatasan perfusi Hasil : dilakukan pengukuran tekanan darah di area tangan yang tidak terdapat keterbatasan
15.30	6) Menghindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area keterbatasan perfusi Hasil : dilakukan pemasangan tourniquet di area tangan yang tidak terdapat keterbatasan
15.35	7) Melakukan pencegahan infeksi Hasil : melakukan cuci tangan 5 momen

EVALUASI

Tabel 4.15 Evaluasi

NO	Diagnosa Keperawatan		Evaluasi	TTD
		Jam	18 Maret 2025	
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	20.00	S : Klien mengatakan kepalanya masih terasa sangat nyeri. P : Klien mengatakan nyeri Q : Klien mengatakan nyeri seperti dicengkeram R : Klien mengatakan nyeri terasa di kepala T : Klien mengatakan nyeri terasa terus menerus O : 1) k/u lemah 2) Skala nyeri 6 3) Klien masih tampak menyeringai menahan nyeri 4) Dalam 24 jam klien tidur $\pm$ 9 jam 5) TTV : TD : 146/87 mmHg N : 80x/menit Suhu : 36°C RR : 20x/menit SpO2 : 98%	 Putri

			A : Masalah belum teratasi	
			P : Intervensi dilanjutkan (2,3,4,10,12,13,18,19)	
2	Ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin	20.10	S : 1) Klien mengatakan masih lemas dan mual 2) Keluarga klien mengatakan nafsu makan klien berkurang O : 1) k/u klien lemah dan lemas 2) Kesadaran composmentis E4V5M6 3) CRT <2 detik 4) GDA : 284 mg/dL A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan (3,4,6,7,9,11,12,13,15,16)	 Putri
3	Hipovolemia berhubungan dengan Kehilangan cairan aktif	20.20	S : 1) Klien mengatakan badan masih terasa lemas 2) Klien mengatakan masih mual jika makan 3) Klien mengatakan masih muntah 2x dari jam 4 sore 4) Keluarga klien mengatakan siang ini klien makan hanya habis 2 sendok O : 1) Klien tampak lemas berbaring di tempat tidur 2) Wajah pucat 3) Mukosa bibir kering 4) BB klien menurun, sebelum sakit 72 kg semenjak sakit menurun menjadi 63 kg A : Masalah belum teratasi	 Putri

P : Intervensi dilanjut (1,2,3,5,6,7,8)			
4	Perfusi perifer tidak efektif berhungan dengan Peningkatan Tekanan Darah	20.30	S : 1) Klien mengatakan badannya masih lemas O : 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran composmentis 3) Mukosa bibir kering, kulit tampak pucat 4) CRT <2 detik 5) Turgor <2 detik 6) TTV 7) TD : 146/87 mmHg, N : 80 x/menit, S : 36°C, RR : 20x/menit, SpO2 : 98% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi no (1,3,4,5,6,7)



Putri

CATATAN PERKEMBANGAN

Tabel 4.16 Catatan Perkembangan

NO	Tgl	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Awal Dinas 07.00	Jam	Implementasi	Evaluasi Akhir Dinas 14.00	TTD
1	19 Maret 2025	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	S : - Klien mengatakan kepala terasa nyeri seperti dicengkeram - Klien mengatakan nyeri kepala - Klien mengatakan nyeri serasa dicengkeram - Klien mengatakan nyeri pada kepala - Klien mengatakan nyeri hilang timbul O : 1) k/u lemah 2) Skala nyeri 5 3) Kesadaran composmentis 4) Klien masih tampak menyeringai menahan nyeri 5) Dalam 24 jam klien tidur	07.30 07.35 07.40 07.45 07.50 07.55	2) Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : skala nyeri 4 3) Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal Hasil : klien masih tampak menyeringai menahan nyeri 4) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil : nyeri terasa terus menerus dan nyeri mereda ketika klien posisi tidur 10) Melakukan kompres hangat pada area sekitar nyeri 12) Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan mengatur posisi klien semi fowler untuk memberikan kenyamanan 13) Mengajarkan strategi yang dapat dilakukan untuk meredakan nyeri Hasil : klien melakukan tarik nafas dalam	S : - Klien mengatakan kepala terasa nyeri seperti dicengkeram - Klien mengatakan nyeri kepala - Klien mengatakan nyeri serasa dicengkeram - Klien mengatakan nyeri pada kepala - Klien mengatakan nyeri hilang timbul O : 1) k/u lemah 2) Skala nyeri 4 3) Kesadaran composmentis 4) Klien masih tampak menyeringai menahan nyeri 5) Klien melakukan tarik	 Putri

			± 9 jam 6) Klien melakukan tarik nafas dalam 7) TTV : TD : 152/90 mmHg N : 84x/menit Suhu : 36,3°C RR : 20x/menit SpO2 : 98% A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan (2,3,4,10,11,12,18,19)	08.00 08.05	18) Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil : klien melakukan tarik nafas dalam 19) Memberikan obat hasil kolaborasi, yaitu : a) Ranitidine 1 amp per IV b) Santagesik 1 amp per IV c) Ambacim 1 gr per IV d) Metoclopramide 1 amp per IV e) Novorapid 6 iu per SC f) Sansulin 16 iu per SC	nafas dalam 6) TTV : TD : 159/95 mmHg N : 81x/menit Suhu : 36°C RR : 20x/menit SpO2 : 97% A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan (2,3,10,18,19)	
2	19 Maret 2025	Ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin	S : 1) Klien mengatakan masih lemas tetapi sudah tidak mual 2) Keluarga klien mengatakan sampai saat ini nafsu makan klien masih berkurang O : 1) k/u klien lemah dan lemas 2) Kesadaran composmentis E4V5M6 3) CRT <2 detik 4) GDA : 270 mg/dL 5) TTV :	08.20 08.25 08.30 08.35 08.40 08.45	3) Memonitor kadar glukosa darah Hasil : 270 mg/dL 4) Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 6) Memonitor tanda-tanda vital : TD : 159/95 mmHg N : 100x/menit Suhu : 36°C RR : 20x/menit SpO2 : 97% 7) Membantu memberikan asupan cairan oral 9) Membantu klien ambulasi 11) Memotivasi klien untuk melakukan monitor kadar	S : 1) Klien mengatakan masih lemas tetapi sudah tidak mual 2) Keluarga klien mengatakan sampai saat ini nafsu makan klien masih berkurang O : 1) k/u klien lemah dan lemas 2) Kesadaran composmentis E4V5M6 3) CRT <2 detik 4) GDA : 243 mg/dL 5) TTV : TD : 159/95 mmHg	 Putri

			TD : 152/90 mmHg N : 84x/menit Suhu : 36,3°C RR : 20x/menit SpO2 : 98% A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan (3,4,6,7,9,11,12,13,15,16)	08.50 08.55 09.00 09.05	glukosa darah secara mandiri Hasil : keluarga klien mengatakan saat dirumah dapat memonitor glukosa secara mandiri 12) Memotivasi klien untuk patuh terhadap diet yang telah ditetapkan oleh dokter (diet 1.900 kalori, rendah purin) 13) Mengajarkan pengelolaan diabetes yaitu penggunaan insulin, dan obat oral 15) Berkolaborasi dengan dokter untuk memberikan terapi insulin Hasil : injeksi SC novorapid 6 IU dan Sansulin 16 IU 16) Berkolaborasi pemberian cairan IV Hasil : infus pz 20 tpm	N : 81x/menit Suhu : 36°C RR : 20x/menit SpO2 : 97% A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan (3,6,7,9,11,12,15,16)	
3	19 Maret 2025	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	S : 1) Klien mengatakan badan masih terasa lemas 2) Klien mengatakan masih mual saat makan 3) Keluarga klien mengatakan nafsu makan klien sudah meningkat 4) Keluarga klien mengatakan pagi tadi klien makan habis ½ porsi	09.15 09.20 09.25	1) Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia Hasil : klien tampak lemas, mukosa bibir lembab 2) Memonitor intake dan output cairan Hasil : Balance Cairan = Intake – Output = 2.808 cc – 639 cc = 2.189 cc 3) Memonitor kebutuhan cairan	S : 5) Klien mengatakan badan masih terasa lemas 6) Klien mengatakan sudah tidak mual saat makan 7) Keluarga klien mengatakan nafsu makan klien sudah meningkat 8) Keluarga klien mengatakan pagi tadi klien makan habis ½ porsi	 Putri

			O : 1) Nafsu makan klien mulai meningkat 2) Klien tampak lemas berbaring diatas tempat tidur 3) Wajah klien masih tampak pucat 4) Mukosa bibir lembab 5) BB klien menurun, sebelum sakit 72 kg semenjak sakit menurun menjadi 63 kg 6) Klien mematuhi diit yang sudah ditetapkan yaitu diit DM 1900 kalori rendah purin A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjut (1,2,3,5,6,7,8)	09.30 09.35 09.40 09.45	Hasil : $10\text{kg} \times 100\text{ ml} = 1000\text{ ml}$ $10\text{kg} \times 50\text{ ml} = 500\text{ ml}$ $43\text{ kg} \times 20\text{ ml} = 860\text{ ml}$ Total = 2360 ml/ 24 jam = 98 ml/jam 5) Menyediakan makanan untuk meningkatkan asupan cairan Hasil : klien makan habis $\frac{1}{2}$ porsi 6) Mengedukasi keluarga untuk memperbanyak asupan makan dan minum sesuai diit 1900 kalori , rendah purin Hasil : Keluarga mengikuti sara yang diberikan 7) Menganjurkan klien untuk tidak merubah posisi secara mendadak Hasil : klien berubah posisi dengan perlahan 8) Memberikan hasil kolaborasi cairan IV isotonis Hasil : diberikan cairan infus PZ 20 tpm	O : 7) Nafsu makan klien mulai meningkat 8) Klien tampak lemas berbaring diatas tempat tidur 9) Wajah klien masih tampak pucat 10) Mukosa bibir lembab 11) BB klien menurun, sebelum sakit 72 kg semenjak sakit menurun menjadi 63 kg 12) Klien mematuhi diit yang sudah ditetapkan yaitu diit DM 1900 kalori rendah purin A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjut (1,2,3,5,6,7,8)	
4	19 maret 2025	Perfusi perifer tidak efektif berhungan dengan Peningkatan	S :Klien mengatakan badan masih terasa lemas O : 1) k/u lemah	09.55 10.00	1) Melakukan Pemeriksaan sirkulasi perifer: Hasil : Nadi perifier : 84 x/menit, CRT : <2 detik, suhu : 36,3°C, TD : 152/90 mmHg	S :Klien mengatakan badan masih terasa lemas O : 1) k/u lemah	 Putri

		Tekanan Darah	2) Kesadaran composmentis 3) GCS (E4V5M6) 4) TTV TD : 152/90 mmHg N : 84x/menit Suhu : 36,3°C RR : 20x/menit SpO2 : 98% 5) Mukosa bibir lembab, kulit tampak pucat A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi no (1,3,4,5,6,7)	10.05 10.10 10.15 10.20	3) Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas Hasil : tidak terdapat nyeri 4) Menghindari pemasangan infus/tranfusi pada area keterbatasan perfusi Hasil : dilakukan pemasangan infus/tranfusi di area tangan yang tidak terdapat keterbatasan 5) Menghindari pengukuran tekanan darah pada area keterbatasan perfusi Hasil : dilakukan pengukuran tekanan darah di area tangan yang tidak terdapat keterbatasan 6) Menghindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area keterbatasan perfusi Hasil : dilakukan pemasangan tourniquet di area tangan yang tidak terdapat keterbatasan 7) Melakukan pencegahan infeksi Hasil : rajin mencuci tangan	2) Kesadaran composmentis 3) GCS (E4V5M6) 4) TTV 5) TD : 159/95 mmHg 6) N : 81 x/menit 7) S : 36 °C 8) RR : 20x/menit 9) SpO2 : 97% 10) Mukosa bibir lembab, kulit tampak pucat A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi no (1,3,4,5,6,7)	
1	20 Maret 2025	Nyeri akut berhubungan dengan agen	S : - Klien mengatakan kepalanya sudah tidak sakit lagi.	07.30 07.35	2) Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : skala nyeri 2 3) Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal	S : - Klien mengatakan kepalanya sudah tidak sakit lagi.	

		pencedera fisiologis	- Klien mengatakan nyeri - Klien mengatakan nyeri seperti dicengkeram - Klien mengatakan nyeri pada kepala - Klien mengatakan nyeri hilang timbul O : 1) k/u cukup 2) Skala nyeri 2 3) Klien sudah tidak terlihat menyeringai menahan nyeri seperti kemarin 4) Dalam 24 jam klien tidur ± 9 jam 5) TTV : TD : 150/88 mmHg N : 90 x/menit S : 36,5°C RR : 20x/menit SpO2 : 98% A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan no (2,3,10,18,19)	07.40 07.45 07.50	Hasil : klien sudah tidak terlihat menyeringai menahan nyeri 10) Melakukan kompres hangat pada area sekitar nyeri Hasil : keluarga klien melakukan kompres 18) Mengajarkan teknik untuk nonfarmakologis mengurangi rasa nyeri Hasil : klien melakukan tarik nafas dalam 19) Memberikan obat hasil kolaborasi, yaitu : a) Ranitidine 1 amp per IV b) Santagesik 1 amp per IV c) Metoclopramide 1 amp per IV d) Novorapid 6 iu per SC e) Sansulin 16 iu per SC	- Klien mengatakan nyeri - Klien mengatakan nyeri seperti dicengkeram - Klien mengatakan nyeri pada kepala - Klien mengatakan nyeri hilang timbul O : 1) k/u cukup 2) Skala nyeri 2 3) Klien sudah tidak terlihat menyeringai menahan nyeri seperti kemarin 4) Dalam 24 jam klien tidur ± 9 jam 5) TTV : TD : 156/92 mmHg N : 96 x/menit S : 36,7°C RR : 20x/menit SpO2 : 97% A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan klien KRS	 Putri
--	--	----------------------	--	--	--	---	--

2	20 Maret 2025	Ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin	S : 1) Klien mengatakan sudah lebih baik tidak terasa lemas seperti kemarin dan sudah tidak mual 2) Keluarga klien mengatakan nafsu makan klien sudah sedikit bertambah O : 1) k/u cukup 2) Kesadaran composmentis E4V5M6 3) CRT <2 detik 4) GDA : 210 mg/Dl A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan no (3,6,7,8,11,12,15,16)	08.00 08.05 08.10 08.15 08.20 08.25 08.30 08.35	3) Memonitor kadar glukosa darah Hasil : 210 mg/dL 6) Memonitor tanda-tanda vital : TD : 150/88 mmHg, N : 90x/menit, S : 36,5°C, RR : 20x/menit, SpO2 : 98% 7) Membantu memberikan asupan cairan oral 8) Membantu klien ambulasi 11) Memotivasi klien untuk melakukan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 12) Memotivasi klien untuk patuh terhadap diit yang telah ditetapkan oleh dokter (diit DM 1900 Kalori, rendah purin) 15) Memberikan obat hasil kolaborasi dengan dokter untuk memberikan terapi insulin Hasil : injeksi SC novorapid 6 IU dan Sansulin 16 IU 16) Memberikan cairan hasil kolaborasi Hasil : infus pz 20 tpm	S : 1) Klien mengatakan sudah lebih baik tidak terasa lemas seperti kemarin dan sudah tidak mual 2) Keluarga klien mengatakan nafsu makan klien sudah sedikit bertambah O : 1) k/u cukup 2) Kesadaran composmentis E4V5M6 3) CRT <2 detik 4) GDA : 180 mg/dL A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan klien KRS	 Putri
3	20 Maret 2025	Hipovolemia berhubungan dengan Kehilangan Cairan aktif	S : 1) Klien mengatakan badan sudah lebih baik tidak terasa lemas seperti kemarin 2) Klien mengatakan sudah	08.40 08.45	1) Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia Hasil : klien tampak lebih segar, mukosa bibir lembab 2) Memonitor intake dan output cairan	S : 1) Klien mengatakan badan sudah lebih baik tidak terasa lemas seperti kemarin 2) Klien mengatakan sudah	

			tidak mual saat makan 3) Keluarga klien mengatakan nafsu makan klien sudah sedikit bertambah 4) Keluarga klien mengatakan pagi tadi klien makan habis setengah porsi O : 1) Klien tampak duduk diatas tempat tidur 2) Wajah tampak segar tidak pucat 3) Mukosa bibir lembab 4) BB klien menurun, sebelum sakit 72 kg semenjak sakit menurun menjadi 63 kg A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan no (1,2,3,5,6,7)	08.50 08.55 09.00 09.05	Hasil : Balance Cairan = Intake – Output = 2.908 cc – 539 cc = 2.279 cc 3) Memonitor kebutuhan cairan Hasil : 10kg x 100 ml = 1000 ml 10kg x 50 ml = 500 ml 43 kg x 20 ml = 860 ml Total = 2360 ml/ 24 jam = 98 ml/jam 5) Menyediakan makanan untuk meningkatkan asupan cairan Hasil : klien makan habis ½ porsi 6) Mengedukasi keluarga untuk memperbanyak asupan makan dan minum sesuai diit 1900 kalori , rendah purin Hasil : Keluarga mengikuti sara yang diberikan 7) Memberikan cairan hasil kolaborasi, yaitu : Hasil : diberikan cairan infus PZ 20 tpm	tidak mual saat makan 3) Keluarga klien mengatakan nafsu makan klien sudah sedikit bertambah 4) Keluarga klien mengatakan pagi tadi klien makan habis setengah porsi O : 1) Klien tampak duduk diatas tempat tidur 2) Wajah tampak segar tidak pucat 3) Mukosa bibir lembab 4) BB klien menurun, sebelum sakit 72 kg semenjak sakit menurun menjadi 63 kg A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentika klien KRS	 Putri
4	20 Maret 2025	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan	S : klien mengatakan badan sudah tidak lemas O :	09.10	1) Melakukan Pemeriksaan sirkulasi perifer: Hasil : Nadi perifier : 90x/menit, CRT : <2 detik,	S : klien mengatakan badan sudah tidak lemas O :	

		Peningkatan Tekanan Darah	- Keadaan umum cukup - Kesadaran composmentis - GCS E4VM6 - TTV	09.15	suhu : 36,5°C, TD : 150/88 mmHg 3) Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas Hasil : tidak terdapat nyeri	- Keadaan umum cukup - Kesadaran composmentis - GCS E4VM6 - TTV	 Putri
			TD : 150/88 mmHg N : 90 x/menit S : 36,5°C RR : 20x/menit SpO2 : 98%	09.20	8) Menghindari pemasangan infus/tranfusi pada area keterbatasan perfusi Hasil : dilakukan pemasangan infus/tranfusi di area tangan yang tidak terdapat keterbatasan	TD : 156/92 mmHg N : 96 x/menit S : 36,7° RR : 20x/menit SpO2 : 97%	
			- Akral teraba hangat - CRT < 2 detik, Turgor <2 detik - Konjungtiva merah muda	09.30	9) Menghindari pengukuran tekanan darah pada area keterbatasan perfusi Hasil : dilakukan pengukuran tekanan darah di area tangan yang tidak terdapat keterbatasan	- Akral teraba hangat - CRT < 2 detik, Turgor <2 detik - Konjungtiva merah muda	
		A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan no (1,3,8,9,10)		09.35	10) Menghindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area keterbatasan perfusi Hasil : dilakukan pemasangan tourniquet di area tangan yang tidak terdapat keterbatasan	A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi Dihentikan px KRS	
				09.40	11) Melakukan pencegahan infeksi Hasil : rajin mencuci tangan		

4.1.3 Hasil Analisis Asuhan Keperawatan

Tabel 4.17 Hasil Analisis Asuhan Keperawatan

NO	Teori	Fakta	Kesenjangan
1.	Identitas Klien Meliputi nama, umur penderita, jenis kelamin, agama, pendidikan perlu dikaji untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien yang akan berpengaruh terhadap tingkat pemahaman klien akan suatu informasi, pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui apakah pekerjaannya merupakan faktor predisposisi atau bahkan faktor presipitasi terjadinya penyakit Diabetes Mellitus, suku/bangsa, status marital, tanggal masuk Rumah Sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis dan alamat (NANDA, 2013)	Berdasarkan hasil penelitian klien Diabetes mellitus pada Ny. S dengan usia 46 tahun, berasal dari suku Jawa, beragama Islam, pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai ibu rumah tangga, bertempat tinggal di Karangan, tanggal masuk ke Rumah sakit 18 Maret 2025, tanggal pengkajian 18 Maret 2025, dan dengan diagnosa medis DM Hiperglikemi + HT	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
2.	Keluhan utama Berisi tentang keluhan klien pada saat dilakukan pengkajian yang dikembangkan dengan metode P (provokatus-paliatif), Q (quality-quantity), R (regioradiasi), S (scala-	Saat MRS : klien mengatakan badan terasa lemas, nyeri kepala, dan mual muntah Saat pengkajian : klien mengatakan klien badan terasa lemas dan mual P : Klien mengatakan nyeri kepala	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta

serverity), T (time). Pengisian metode PQRST harus disesuaikan dengan kondisi dan keluhan klien saat dilakukan pengkajian. Pada klien dengan Diabetes Mellitus akan mengeluh adanya gejala – gejala spesifik seperti poliuria, polidipsi dan poliphagia, mengeluh kelemahan dan penurunan berat badan.

- Q : Klien mengatakan nyerinya terasa dicengkeram
 R : Klien mengatakan nyerinya berpusat di kepala
 S : Klien mengatakan nyerinya terasa kuat skala 6
 T : Klien mengatakan nyerinya terus menerus dan sering

3. Riwayat kesehatan sekarang

Manurung (2018), mengatakan pada umumnya klien dengan Diabetes Mellitus akan mengeluh adanya gejala – gejala spesifik seperti poliuria, polidipsi dan poliphagia, mengeluh kelemahan dan penurunan berat badan. Pada klien DM mengeluh pruritus vukvular, kelelahan, retinopati, fotofobia, dan kram otot yang menunjukkan gangguan elektrolit dan terjadinya komplikasi aterosklerosis. Dapat juga adanya keluhan lemas karena kekurangan cairan atau kehilangan cairan secara terus menerus.

Keluarga klien mengatakan klien sudah 1 minggu mengalami demam naik turun. Pada tanggal 17 Maret 2025 pukul 22.00 Klien mengeluh nyeri kepala dan badan terasa lemas. Keluarga mengatakan kadar gula darah klien tinggi. Karena keluhan tak kunjung mereda akhirnya klien pada 18 Maret 2025 pukul 03.49 dibawa ke IGD RSUD dr.Soedomo untuk mendapatkan perawatan intensif. (GDA saat mrs : 689).

Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta

4. Riwayat kesehatan dahulu Riwayat kesehatan dahulu meliputi riwayat obesitas, hipertensi, riwayat penyakit pankreatitis kronis, dan riwayat glukosuria selama stress (kehamilan, pembedahan, trauma, infeksi, penyakit), atau terapi obat (glukokortikosteroid, diuretik tiazid, kontrasepsi oral). Perlu juga dikaji apakah klien pernah dirawat di rumah sakit karena keluhan yang sama (Smeltzer, 2011)	Klien mengatakan awal terdiagnosa penyakit DM sejak tahun 2013 saat Ny. S kontrol kadar kolesterol dan asam urat pada dokter. Namun Ny. S tidak patuh meminum obat penurun kadar gula dan tidak menjaga pola makannya. Klien mengatakan dari 2013 opname di RS sudah 2 kali, yang terakhir pada 10 April 2024 klien rawat inap di RSUD Dr Soedomo dengan penyakit DM yang dideritanya dan juga terdapat luka di jari jari kakinya. Klien juga mengatakan memiliki riwayat Hipertensi dari tahun 2010.	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
5. Riwayat kesehatan keluarga Nursalam (2011), mengemukakan riwayat kesehatan keluarga meliputi : (1) Riwayat Penyakit Menular Pada umumnya penderita Diabetes Mellitus mudah terkena penyakit inflamasi atau infeksi seperti TBC Paru, sehingga perlu dikaji apakah pada keluarga ada yang mempunyai penyakit menular seperti TBC Paru, Hepatitis, dan lain – lain.	Klien mengatakan tidak ada riwayat keluarga yang menderita penyakit seperti yang diderita Ny.S saat ini.	Ditemukan kesenjangan antara teori dengan fakta

(2) Riwayat Penyakit Keturunan

Faktor yang membuat seseorang terkena Diabetes Mellitus adalah keturunan. Selain itu perlu ditanyakan dalam keluarga ada yang mempunyai penyakit hereditas seperti asma, hipertensi, atau penyakit endokrin lainnya.

6. Pola nutrisi dan cairan

Perlu dikaji pola makan klien apakah teratur atau tidak dan berapa banyak porsi dalam satu kali makan, apakah klien sering makan makanan yang manis, apakah ada keluhan sering merasa lapar walaupun sudah makan, apakah ada keluhan tidak nafsu makan (anoreksia) karena ada rasa mual atau muntah, apakah klien melanggar program diet yang ditetapkan dengan mengonsumsi makanan yang dilarang, apakah ada keluhan penurunan berat badan yang drastis dalam beberapa hari atau minggu, serta apakah ada keluhan banyak minum

Saat di rumah keluarga mengatakan klien makan 2-3 kali dalam sehari dengan jenis makanan nasi putih, sayur (jenis sayur bening / sop), lauk (tempe, tahu) dengan porsi sedang dan 1 porsi habis = 100 cc. Keluarga Klien mengatakan bahwa Klien mematuhi program diet yang telah ditetapkan untuk Klien *diabetes mellitus*. Klien mengatakan minum air putih sebanyak 7-8 gelas / hari = 2.000 cc, Klien mengatakan tidak pernah minum teh / kopi semenjak mengetahui bahwa dirinya mempunyai riwayat diabetes mellitus.

Saat di RS keluarga mengatakan Klien makan sesuai dengan jadwal di RS dengan jenis makanan nasi lembek, sayur (sayur sop), dan lauk (tahu direbus). Keluarga klien mengatakan makan pagi ini hanya habis 1-2 sendok saja = 50 cc. Jenis diet DM 1.900 kalori Rendah Purin. Keluarga Klien mengatakan nafsu makan Klien berkurang karena Klien mengeluh mual. Klien minum air putih sebanyak 5-6 gelas = 1.500 cc ditambah dengan minum susu = 100 cc yang sudah disediakan

Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta

	dan selalu merasa haus (Aini & Aridiana, 2016).	dari RS. Keluarga klien mengatakan klien mengalami penurunan berat badan, semula 72 kg sekarang 63 kg sejak 1 tahun yang lalu.	
7.	Pola istirahat tidur Perlu dikaji pola istirahat dan tidur baik secara kualitas maupun kuantitas yang meliputi berapa jam klien tidur dalam satu hari, bagaimana perasaan klien setelah tidur. Pada klien Diabetes Mellitus akan ditemukan masalah seperti sering terbangun pada malam hari karena sering berkemih (nokturia) (Purwanto, 2016).	Saat di rumah keluarga mengatakan klien lebih banyak beristirahat apalagi sejak bed rest lebih 1 bulan, keluarga klien mengatakan tidak ada gangguan pada istirahat klien. Saat di RS keluarga mengatakan klien tidur dari pagi sekitar jam 06.00 dan bangun saat kepala klien terasa nyeri dan ada yang menjenguk atau saat waktu makan. Klien mengatakan tidak ada gangguan sering kencing saat tidur.	Ditemukan kesenjangan antara teori dengan fakta
8.	Pola eliminasi Pada klien Diabetes Mellitus akan terjadi peningkatan frekuensi dalam berkemih (poliuria), adanya keluhan sering berkemih pada malam hari (nokturia) dan kesulitan dalam berkemih (anuria). Juga perlu dikaji tentang pola defekasi, pada klien Diabetes Mellitus akan terjadi masalah defekasi berupa diare,	Saat di rumah keluarga mengatakan klien BAK 5-6 kali sehari, urine berwarna kuning, BAB 1 hari sekali dengan konsistensi feses lunak berwarna kuning Saat di RS keluarga klien mengatakan BAK 3 kali dari pagi, urine berwarna kuning, keluarga klien mengatakan selama di RS belum BAB.	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta

inkontinensia, dan konstipasi akibat dari komplikasi neuropati pada sistem gastrointestinal (Tarwoto, 2012).		
9. Pola aktivitas dan personal hygiene Pada klien Diabetes Mellitus terdapat rasa lemah, letih dan penurunan kekuatan otot, sehingga klien sulit bergerak atau berkativitas. Kaji kemampuan klien dalam melakukan perawatan seperti mandi, berpakaian, toileting dan lainnya. Apakah klien dibantu atau dapat melakukan secara mandiri (Damayanti, 2016).	Saat di rumah keluarga mengatakan klien mandi dua kali sehari, klien keramas 2-3 hari sekali tanpa bantuan keluarga. Selama di RS keluarga klien mengatakan klien belum disibin dan belum keramas.	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
10. Pola konsep diri Pada klien Diabetes Mellitus hubungan dengan lingkungan sosial tidak terganggu, klien tetap ikut serta dalam aktifitas sosial, tetapi jika klien sudah menderita komplikasi seperti seperti ulkus, ganggren, dan gangguan penglihatan klien akan menarik diri dari lingkungan sosial (Manurung, 2018).	Gambaran diri atau citra diri : Klien mengatakan bahwa semakin tua semakin rentan terhadap penyakit Ideal Diri : Klien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakitnya yang saat ini Harga Diri : Klien mengatakan tidak merasa malu dengan keadaan yang dialaminya sekarang ini Peran : Klien mengatakan perannya sebagai istri dan sebagai ibu	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta

Identitas diri : Klien mengatakan bernama Ny.S dan berusia 46 tahun		
11. Pola kognitif dan persepsi sensori	Status mental : Tidak ada gangguan klien kooperatif tenang dan stabil Pola Komunikasi : Klien menjawab pertanyaan dengan lemah mampu diajak komunikasi yang ringan-ringan Orientasi : Klien merespon saat dipanggil, diberikan sentuhan dan saat diberi rangsang nyeri. Klien mengatakan nyeri berputar dan berkunang-kunang pada kepala secara terus menerus.	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
Perlu dikaji apakah klien mengalami gangguan orientasi pada waktu, tempat, orang. Umumnya klien terjadi disorientasi, klien mengantuk, letargi, kesadaran stupor atau semi koma (pada tahap lanjut). Klien juga mengalami pusing atau vertigo, sakit kepala, kesemutan, kelemahan pada otot, parastesia dan gangguan penglihatan (Tarwoto, 2012)		
12. Pola peran hubungan dengan orang lain	Keluarga klien mengatakan hubungan dengan keluarga maupun dengan orang lain baik, klien mampu menjawab beberapa pertanyaan dari orang lain dan keluarga	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
Pola peran dan hubungan tentang persepsi klien terhadap dirinya sehubungan dengan kondisi sekitarnya, hubungan klien dengan perawat, dokter, tim kesehatan lain serta klien lain dan bagaimana penerimaan orang-orang sekitar klien terutama keluarga akan kondisinya saat ini serta dukungan yang		

diberikan orang-orang terdekat klien baik dari segi moril ataupun materil. Hubungan klien dengan lingkungan sosial tidak terganggu, klien tetap ikut serta dalam aktifitas sosial atau menarik diri dari interaksi sosial terutama jika sudah terjadi komplikasi fisik seperti ulkus, gangren, dan gangguan penglihatan (Nursalam, 2011).

- | | | |
|---|---|--|
| <p>13. Pola persepsi diri dan toleransi terhadap stress</p> | <p>Masalah utama selama MRS : Keluarga Klien mengatakan klien saat di RS lemas</p> | <p>Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta</p> |
| <p>Pada klien Diabetes Mellitus kemungkinan ditemukan kecemasan bahkan perasaan depresi pada penyakitnya yang disebabkan oleh proses terjadinya penyakit yang lama dan kurangnya pengetahuan terhadap prosedur tindakan yang akan dilakukan. Perlu dikaji meliputi konsep diri (ungkapan klien tentang adanya masalah pada penyakitnya, perasaan negative tentang tubuhnya, klien merasa kehilangan fungsi pada tubuhnya, klien merasa kehilangan kebebasan dan kesempatan untuk menjalani hidupnya),</p> | <p>Perubahan yang terjadi sebelumnya :Klien sejak sakit jarang bertemu dengan tetangga sekitarnya</p> <p>Cara menangani stress : Klien selalu bercerita kepada keluarga tentang masalahnya</p> <p>Pandangan terhadap masa depan : Klien selalu berharap ingin sembuh</p> <p>Pandangan terhadap diri sendiri : Klien tidak malu dengan kondisinya saat ini</p> <p>Status emosi : Apatis</p> <p>Tingkat ansietas/takut : Ringan</p> | |

status emosi, pola koping dan gaya komunikasi, (Manurung, 2018).			
14.	Pola seksualitas dan reproduksi Di kaji tentang penggunaan kontrasepsi pada wanita yang dapat mempengaruhi kesehatannya serta masalah seksualitas yang meliputi impotensi pada laki-laki dan kesulitan orgasme serta riwayat menstruasi pada wanita. (Manurung, 2018)	Keluarga klien mengatakan klien sudah lama menopause	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
15.	Pola keyakinan Meliputi keyakinan dan persepsi klien terhadap penyakit dan kesembuhannya yang dihubungkan dengan agama yang dianut klien. Dilihat dari bagaimana aktifitas ibadah klien. (Manurung, 2018)	Tentang nilai dan kepercayaan tidak ada yang bertentangan dengan tindakan medis yang sedang dijalani klien, keluarga klien mengatakan klien beragama Islam dan selalu berdoa agar diberikan kesembuhan.	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
16.	Pemeriksaan fisik Keadaan Umum Meliputi keadaan klien, tingkat kesadaran klien yang meliputi	Keadaan umum lemah, tingkat kesadaran composmentis GCS E4V5M6, klien terpasang infus PZ 20 tpm	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta

composmetis (sadar penuh), apatis (kurang merespon terhadap keadaan sekeliling yang ditandai dengan tidak adanya kontak mata atau mata tidak fokus), somnolen (keadaan dimana klien mudah mengantuk, namun masih bisa dibangunkan), sopor (kondisi tidak sadar tetapi masih memberikan reaksi terhadap rangsangan), koma (kondisi tidak sadar dan tidak bereaksi terhadap rangsangan). delirium (penurunan kesadaran disertai kekacauan motorik klien tampak gelisah), semi koma (penurunan kesadaran yang tidak memberikan rangsangan verbal namun pupil dan kornea masih baik), lesu, tampak lelah, dan berisi tentang tinggi badan klien, berat badan klien

17.	Tanda Tanda Vital	TD : 177/99 mmHg	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
	Tanda-tanda vital yang meliputi tekanan darah, nadi, respirasi, suhu	Nadi : 82 x/menit	
		Suhu : 36,3°C	
		RR : 20 x/menit	
		SpO2 : 98%	

18. Pemeriksaan Sistem Pernapasan Frekuensi pernafasan normal bila tidak terdapat komplikasi, sedikit meningkat pada penderita Diabetes Mellitus yang berusia lanjut karena otot-otot pernafasan menurun sehingga kemampuan paru untuk mengalami pengembangan juga akan menurun. Akan didapatkan pernafasan kusmaul jika penderita mengalami ketoasidosis dan didapat pula nafas yang berbau aseton, dan bau halitosis atau bau manis. Bisa juga didapatkan keluhan batuk dengan atau tanpa sputum purulen (tergantung adanya infeksi atau tidak), dapat pula terjadi paraesthesia atau paralysis pada otot-otot pernafasan (jika kadar kalium menurun cukup tajam).	Inspeksi : Tidak batuk, bentuk hidung simetris, lubang hidun bersih, tidak menggunakan oksigen, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, bentuk dada noemal chest, ictus cordis tidak terlihat, frekuensi nafas: 20x/menit, rama reguller (teratur), pergerakan nafas simetris kanan dan kiri, tidak ada retraksi intercosta Palpasi : Vokal fremitus getarannya sama dilapang paru kanan dan kiri Perkusi : Pada paru terdengar suara sonor Auskultasi : Tidak terdapat nafas tambahan seperi ronchi, wheezing	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
19. Pemeriksaan Sistem Kardiovaskuler Kaji adanya hipotensi ortostatik, akral dingin, nadi perifer melemah terutama pada tibia posterior, dan dorsalis pedis, terjadinya arterosklerosis yang dapat terbentuk baik pada pembuluh darah besar (makrovaskuler), atau pada	Inspeksi : Tidak terdapat pulsasi Palpasi : Tekanan darah 177/99 mmHg, Nadi 82 x/menit, irama reguller, ictus cordis teraba di ICS V midclavícula kiri tidak terdapat jejas	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta

pembuluh darah kecil (mikrovaskuler). Kaji pula adanya hiupertensi, edema jaringan umum, disretmia jantung, nadi lemah halus, pucat, dan takikardia serta palpitasi menunjukkan terjadinya hipoglikemik. Kaji adanya perdarahan, penyakit jantung yang lain, anemia menunjukkan terjadinya gangguan nutrisi. Apabila telah terjadi neuropati pada kelainan jantung maka akan diperoleh kelainan gambaran EKG lambat

Perkusi :
Terdengar bunyi pekak
Auskultasi :
Bunyi Jantung lup dup

20. Pemeriksaan Sistem Neurologis

Didapatkan data penurunan sensasi sensori, rasa pusing atau vertigo, sakit kepala, kesemutan, kelemahan pada otot, bahkan sampai paraesthesia, gangguan penglihatan (retinopati, katarak glukoma), didapat juga gangguan orientasi dengan data klien tampak mengantuk, gelisah, letargi, stupor, bahkan sampai koma bila klien telah mengalami komplikasi ketoasidosis, hipoglikemia dan adanya aktivitas kejang.

Kepala

Rambut : Bentuk kepala oval simetris kanan dan kiri, tidak ada benjolan, tidak terdapat lesi tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala ditandai klien dapat menoleh kekiri, kanan, atas, bawah. Penyebaran rambut merata, rambut bersih, warna rambut putih beruban

Mata: Tidak terjadi penurunan pengelihatan (kabur) pada kedua mata, miosis bila terkena cahaya, pupil isokor kanan dan kiri, Simetris kanan kiri, konjungtiva anemis, sclera putih, tidak ada kelainan pada mata

Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta

Hidung : Normal, tidak terdapat polip dan epistaksis.

Telinga : Simetris kanan kiri, Pendengaran kanan dan kiri masih normal tidak ada penurunan pendengaran, tidak ada serumen.

Mulut : Mukosa bibir kering, pucat, tidak ada cyanosis, keadaan mulut dan lidah kotor

Pembesaran kelenjar tiroid :Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid

Kesadaran : Composmentis, klien sadar sepenuhnya.

GCS: (E4 V5 M 6)

Kejang : Klien tidak mengalami kejang

Reflek :

	Reflek Trisep (+)	
	Reflek Bisep (+)	
21. Pemeriksaan Sistem Pencernaan	Mulut : Bersih. Mukosa bibir kering, pucat, tidak ada cyanosis, keadaan mulut dan lidah kotor	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
Adanya mual, muntah, konstipasi, diare, perasaan penuh pada perut, obesitas ataupun penurunan berat badan yang berlebihan pada periode beberapa hari atau minggu sehingga menyebabkan terjadinya penurunan dalam pengukuran antropometri dan adanya distensi abdomen.	Gigi : Gigi lengkap, tidak terdapat karies	
	Abdomen	
	Inspeksi :	
	Bentuk abdomen datar, tidak ada bayangan pembuluh darah.	
	Auskultasi :	
	Bising usus terdengar dengan frekuensi 17 x per menit	
	Palpasi :	
	Tidak teraba massa /benjolan, tidak ada pembesaran pada hepar, tidak ada nyeri tekan pada perut.	

	Perkusi :	
	Suara perkusi tympani	
22. Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal	Ekstremitas:	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
Umumnya terjadi penurunan kekuatan otot, dan juga adanya keluhan kram otot	Ekstremitas atas dan bawah lengkap, terpasang infus PZ 20 tpm pada tangan kanan. Terdapat bekas luka di jari-jari kaki.	
	Rentang Gerak :	
	Terdapat bekas luka di jari jari kedua kaki, tidak terdapat odem, tidak terdapat nyeri tekan, klien mampu mengangkat ekstremitas atas dan bawah. Terpasang infus pada tangan sebelah kanan.	
	Massa/tonus otot :	
	$\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$	
23. Pemeriksaan Sistem Integumen	Suhu : 36,3°C	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta yaitu
Umumnya ditemukan turgor kulit menurun, apabila terdapat luka klien sering mengeluh luka sulit sembuh dan	Lemak subcutan tipis Warna : kuning langsung	

malah membusuk. Akral teraba dingin, dan integritas kulit menurun (rusak). Kulit bisa kering, gatal, adanya radang (dermatitis) bahkan terjadi ulkus. Demam dan diaporesisi dapat terjadi jika klien mengalami infeksi

Kesemutan : klien tidak merasa kesemutan

Keringat berlebih : tidak terdapat keringat berlebih

Akral teraba dingin

Kelembaban : kulit tampak kering, CRT <2 detik Turgor kulit <2 detik

Edema : tidak terdapat edema

Varises : tidak terdapat varises

Gatal : tidak gatal

Memar : tidak memar

Lesi : Terdapat bekas luka di jari jari kaki

24. **Pemeriksaan Sistem Endokrin**

Pada klien Diabetes Mellitus ditemukan gejala trias P yaitu, poliuria (sering kencing), polidipsia (sering haus), polifagia (terasa lapar). Kondisi klien akan lebih berat jika penderita mempunyai penyakit penyerta lain terutama gangguan pada hormon lain. Oleh karena itu perlu dikaji penyakit

Keluarga klien mengatakan dirumah klien BAK 5-6x sehari, klien merasa cepat haus

Klien mengalami poliuri dan polidipsi, keluarga klien mengatakan minum obat DM sejak tahun 2013, sebelumnya tidak pernah menggunakan insulin.

Palpasi: tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid

Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta

yang dapat ditimbulkan oleh kerja hormon- hormon tersebut seperti adanya pembesaran kelenjar tiroid, paratiroid, moonface, adanya tremor. Jika tidak ada gangguan pada hormon lain maka pengkajian difokuskan pada hal-hal yang berhubungan dengan Diabetes Mellitus seperti trias P, penggunaan insulin, dan faktor hipoglikemik.

25. Pemeriksaan Sistem Genitourinaria Pola dan frekuensi berkemih (poliuria) terkadang nokturia, rasa nyeri dan terbakar saat berkemih, kesulitan berkemih karena infeksi, bahkan bisa terjadi infeksi saluran kemih. Urine akan tampak lebih encer, pucat, kuning, dan poliuria dapat menjadi oliguria atau anuria jika terjadi hipovolemia berat. Urine bisa tercium bau busuk jika infeksi. Klien sering merasa haus sehingga intake cairan bertambah. Perlu dikaji juga adanya masalah impotensi pada laki-laki, infeksi pada vagina, dan pruritus vulva pada vagina.	Klien mengatakan sering haus dan BAK sehari sampai 5-6 kali ke kamar mandi. Inspeksi : Bersih, penyebaran rambut pubis merata, tidak terdapat luka, tidak terdapat keluhan pada daerah genetalia Palpasi : Tidak terdapat distensi pada kandung kemih, tidak terdapat nyeri tekan pada kandung kemih, tidak terdapat keluhan nyeri saat BAK	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
--	--	--

26. Pemeriksaan penunjang	Pemeriksa Darah Lengkap	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
a. Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) memanjang antara 100-125 mg/dl (5,6 – 6,9 mmol/L)	Hemoglobin : 13.5 g/dL	
b. Gula darah sewaktu/acak > 200 mg/dl (11,1 mmol/L)	Hematokrit : 38.7 % Lekosit : $12.4 \times 10^3/\mu\text{L}$	
c. Gula darah puasa normal (70 – 115 mg/dl) atau diatas normal (≥ 120 mg/dl)	Trombosit : $183 \times 10^3/\mu\text{L}$	
d. Gula darah dua jam post prandial (PP) lebih dari 140 mg/dl	Eritrosit : 5.14 juta/ μL MCV : 75.2 fl	
e. Essei hemoglobin glikolisat diatas rentang normal (normal : 5-6%)	MCH : 26.3 pg MCHC : 34.9 g/dL	
f. Urinalisis positif terhadap glukosa dan keton, berat jenis dan osmolalitas urine mungkin meningkat	RDW : 13.5 % PDW : 17.2 fL	
g. Kolestrol dan trigliserida serum dapat meningkat	MPV : 10.5 fL	
h. Elektrolit :		
1. Natrium : mungkin normal, meningkat atau menurun	GDA 18 Maret 2025 : 11.00 WIB : 671 mg/dL	

2. Kalium : mungkin normal atau terjadi peningkatan semu akibat perpindahan seluler, selanjutnya akan menurun	13.50 WIB : 204 mg/dL GDA 19 Maret 2025 :
3. Fosfor : lebih sering menurun	08.25 WIB : 243 mg/dL
i. Gas darah arteri: menunjukkan pH rendah dan penurunan pada HCO ₃ (asidosis metabolik) dengan kompensasi alkalosis respiratorik.	14.00 WIB : 186 mg/dL GDA 20 Maret 2025 : 272 mg/dL
j. Trombosit darah : Ht mungkin meningkat (dehidrasi), leukositosis : hemokonsentrasi merupakan respon terhadap stress atau infeksi.	
k. Ureum atau kreatinin: mungkin meningkat atau normal (dehidrasi atau penurunan fungsi ginjal).	
l. Amilase darah: mungkin meningkat yang mengindikasikan adanya pankreatitis akut sebagai penyebab dari DKA.	
m. Insulin darah: mungkin menurun atau bahkan sampai tidak ada (pada tipe 1) atau normal sampai tinggi (pada tipe 2)	

yang mengindikasikan insufisiensi insulin atau gangguan dalam penggunaannya (endogen/eksogen). Resistensi insulin dapat berkembang sekunder terhadap pembentukan antibody.

n. Pemeriksaan fungsi tiroid: peningkatan aktivitas hormon tiroid dapat meningkatkan glukosa darah dan kebutuhan akan insulin.

o. Urine : gula dan aseton positif: berat jenis dan osmolalitas mungkin meningkat.

p. Kultur dan sensitivitas: kemungkinan adanya infeksi pada saluran kemih, infeksi pernafasan dan infeksi pada luka.
Sumber : (Tjandra, 2009)

27. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan yang muncul pada klien Diabetes mellitus berikut (Aini & Aridiana, 2016) dan (PPNI, 2016):

- (1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- (2) Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan resistensi insulin
- (3) Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi

Terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta.

1 Ketidakstabilan kadar gula darah D.0027 2 Gangguan mobilitas fisik D.0054 3 Defisit Nutrisi D. 0019 4 Resiko infeksi D.0142 5 Gangguan integritas kulit/jaringan D.0129 6 Nyeri akut D.0077 7 Gangguan citra tubuh D.0083 8 Gangguan persepsi sensori penglihatan D. 0085 9 Perfusi perifer tidak efektif D.0009 10 Hipovolemia D.0023 11 Gangguan pertukaran gas D.0003 12 Pola nafas tidak efektif D.0005		(4) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah
28. Intervensi	Nyeri akut (D.0077) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria Hasil : (9) Keluhan nyeri menurun (10) Meringis menurun (11) Gelisah menurun (12) Kesulitan tidur menurun (13) Frekuensi nadi membaik (14) Pola napas membaik	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta, perencanaan disusun berdasarkan beberapa diagnosa yang muncul sesuai teori yang telah ada.

(yang dilakukan bersama dengan pemberi perawatan lainnya) (Mahyar, 2011). (15) Tekanan darah membaik
(16) Pola tidur membaik

Rencana tindakan

Manajemen Nyeri (1.08238)

Observasi

- (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- (2) Identifikasi skala nyeri
- (3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- (4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Terapeutik

- (5) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- (6) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- (7) Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi

- (8) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- (9) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Ketidakstabilan kadar gula darah D.0027

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kadar glukosa darah, berada pada rentang normal dengan

Kriteria Hasil :

- (1) Kesadaran meningkat
- (2) Mengantuk menurun
- (3) Pusing menurun
- (4) Lelah/lesu menurun
- (5) Keluhan lapar menurun
- (6) Mulut kering menurun
- (7) Rasa haus menurun
- (8) Kadar glukosa dalam darah membaik

Rencana tindakan

Manajemen Hiperglikemia (1.03115)

Observasi

- (1) Monitor kadar glukosa darah
- (2) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia
- (3) Monitor intake dan output cairan
- (4) Monitor keton urin, kadar Analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi

Terapeutik

- (1) Berikan asupan cairan oral

(2) Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik

Edukasi

- (1) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL
- (2) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
- (3) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
- (4) Ajarkan pengelolaan diabetes

Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian insulin
- (2) Kolaborasi pemberian cairan IV

Hipovolemia D.0023

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan kondisi volume cairan membaik dengan **Kriteria Hasil** :

- (10) Kekuatan nadi meningkat
- (11) Turgor kulit meningkat
- (12) Ortopnea menurun
- (13) Dispnea menurun
- (14) Frekuensi nadi membaik
- (15) Tekanan darah membaik
- (16) Tekanan nadi membaik
- (17) Membran mukosa membaik

(18) Kadar Hb membaik

Rencana tindakan

Manajemen Hipovolemia (I.03116)

Observasi

- (1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)
- (2) Monitor intake dan output cairan

Terapeutik

- (3) Hitung kebutuhan cairan
- (4) Berikan posisi modified Trendelenburg
- (5) Berikan asupan cairan oral

Edukasi

- (6) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- (7) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

Kolaborasi

- (8) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCl, RL)
- (9) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
- (10) Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate)
- (11) Kolaborasi pemberian produk darah

Perfusi perifer tidak efektif D.0009

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keadekuatan aliran darah meningkat dengan Kriteria Hasil :

- (1) Denyut nadi perifer meningkat
- (2) Warna kulit pucat menurun
- (3) Akral membaik
- (4) Turgor kulit membaik
- (5) Tekanan darah sistolik membaik
- (6) Tekanan darah diastolik membaik**

Rencana tindakan

Perawatan Sirkulasi (1.02079)

Observasi

- (1) Periksa sirkulasi perifer
- (2) Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi
- (3) Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas

Terapeutik

- (4) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
- (5) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi
- (6) Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera
- (7) Lakukan pencegahan infeksi
- (8) Lakukan perawatan kaki dan kuku

Kolaborasi

(9) Kolaborasi pemberian analgesic

10) Kolaborasi pemberian antibiotic

29. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti and Mulyanti, 2017).

Tindakan atau implementasi dilakukan pada saat penelitian pada klien dan mengacu pada intervensi yang telah dibuat sesuai dengan teori yang ada namun tidak semua intervensi dapat dilakukan karena disesuaikan dengan kondisi Klien dan kelengkapan peralatan di Rumah sakit.

Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta. Dalam melakukan tindakan keperawatan, peneliti melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun. Tetapi, tidak semua perencanaan yang telah disusun dapat dilakukan. Hal ini disesuaikan dengan kondisi klien.

30. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan

Didalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP. Peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan selama tiga hari sesuai kriteria.

Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta, sebelum maupun sesudah melakukan tindakan peneliti harus

keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Dinarti and Mulyanti, 2017). Evaluasi ditulis setiap kali semua tindakan dilakukan terhadap klien. Pada tahap evaluasi dibagi menjadi 4 tahap, yaitu SOAP:

- a) S (Subyektif) yaitu keluhan klien (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien maupun orang terdekat klien).
- b) O (Obyektif) yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicitum, diraba, dan diukur oleh perawat.
- c) A (Assessment) yaitu suatu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.
- d) P (Planning) yaitu rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien selanjutnya (Budiono, 2016)

mengevaluasi respon klien untuk mengetahui adanya perkembangan dari klien

4.2 Pembahasan

Berdasarkan dari hasil penelitian yang dilaksanakan pada tanggal tanggal 18 Maret 2025 sampai tanggal 20 Maret 2025 dengan klien Ny.S di Ruang Raflesia RSUD dr.Soedomo Trenggalek didapatkan berbagai kesenjangan sebagai berikut :

4.2.1 Pengkajian

Dari pengkajian tersebut ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta pada beberapa bagian yang meliputi :

1) Riwayat penyakit keluarga

Berdasarkan hasil penelitian pada Ny. S dapat diketahui bahwa tidak ada anggota keluarga klien yang menderita penyakit keturunan yang sama dengan klien yaitu Diabetes Mellitus dan penyakit menular lainnya.

Menurut Teori Nursalam (2011), mengemukakan riwayat kesehatan keluarga meliputi : Riwayat Penyakit Menular dan Riwayat Penyakit Keturunan. Pada umumnya penderita Diabetes Mellitus mudah terkena penyakit inflamasi atau infeksi seperti TBC Paru, sehingga perlu dikaji apakah pada keluarga ada yang mempunyai penyakit menular seperti TBC Paru, Hepatitis, dan lain-lain. Adapun faktor yang membuat seseorang terkena Diabetes Mellitus adalah keturunan. Selain itu perlu ditanyakan dalam keluarga ada yang mempunyai penyakit hereditas seperti asma, hipertensi, atau penyakit endokrin lainnya.

Peneliti berasumsi bahwa Diabetes Mellitus tidak harus disebabkan oleh keturunan. Tetapi bisa disebabkan oleh gaya hidup penderita yang kurang sehat dan pola makan yang salah seperti kebiasaan mengonsumsi makanan tinggi gula, jumlah asupan energi yang berlebih, kebiasaan mengemil, jadwal makanan yang tidak teratur.

2) Pola Istirahat tidur

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan saat di RS untuk pola istirahat tidur klien tidak ada gangguan sering kencing saat tidur dan terbangunnya hanya pada bangun saat kepala klien terasa nyeri dan ada yang menjenguk atau saat waktu makan saja. Klien tidur dari pagi pukul 06.00. Total istirahat tidur klien dari pagi kurang lebih 4 jam, sehingga dapat disimpulkan istirahat tidur klien terpenuhi.

Menurut Teori Purwanto (2016), pada klien Diabetes Mellitus akan ditemukan masalah seperti sering terbangun pada malam hari karena sering berkemih (nokturia). Hal ini disebabkan karena kadar glukosa darah $> 200 \text{ mg/dL}$ (hiperglikemia) yang menyebabkan pasien Diabetes Mellitus sering kencing.

Peneliti berasumsi bahwa faktor penyebab perubahan pola istirahat tidur tidak hanya dipengaruhi karena seringnya berkemih, tetapi juga klien sering terbangun karena keluhan yang diderita maupun adanya gangguan lingkungan sekitar. Gangguan lingkungan sekitar seperti adanya keluarga yang menjenguk,

lingkungan yang ramai pengunjung, dan waktu makan yang membuat klien sering terbangun.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa tidak semua tanda dan gejala yang ada diteori muncul pada klien Diabetes Mellitus, akan tetapi peneliti dapat merumuskan beberapa diagnosa yang sesuai dengan keluhan yang dialami oleh klien yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient, dan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah.

Menurut SDKI (2017), diagnosa keperawatan yang muncul pada klien adalah Ketidakstabilan kadar gula darah, Gangguan mobilitas fisik, Defisit Nutrisi, Resiko infeksi, Gangguan integritas kulit/jaringan, Nyeri akut, Gangguan citra tubuh, Gangguan persepsi sensori penglihatan, Perfusi perifer tidak efektif, Hipovolemia, Gangguan pertukaran gas dan Pola nafas tidak efektif.

Diagnosa yang muncul pada klien hanya 4 diagnosa sedangkan secara teori klien dengan Diabetes Mellitus diagnosa yang muncul ada 12. Penulis berasumsi bahwa diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan pada tanda dan gejala yang muncul pada data aktual klien itu sendiri sehingga diagnosa yang muncul hanya 4 diagnosa yang dapat dirumuskan.

4.2.3 Intervensi

Intervensi keperawatan pada klien Diabetes Mellitus disusun berdasarkan teori yang telah ada, yaitu diambil dari SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2018) dan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018) dan disesuaikan dengan SOP (Standar Operasional Prosedur) yang ada di lokasi pengambilan data.

Rencana keperawatan merupakan suatu proses menyusun berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah - masalah klien. Tahap perencanaan ini dapat dilaksanakan dengan berbagai kegiatan atau tahap diantaranya penentuan prioritas diagnosis, penentuan tujuan, hasil yang diharapkan dan penentuan rencana tindakan (Lafina Widiastuti, 2022).

Peneliti berasumsi bahwa tidak ada kesenjangan teori dan fakta pada intervensi. Intervensi sudah disusun berdasarkan teori yang ada di buku SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) tahun 2018.

4.2.4 Implementasi

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan menggunakan intervensi yang sudah disusun. Implementasi dilakukan selama 3 hari mulai tanggal 18 Maret 2025 sampai 20 Maret 2025. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang di hadapi ke status kesehatan yang lebih baik dan menggambarkan kriteria hasil yang di harapkan.

Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan kepada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang di harapkan (Rofifah, 2019).

Peneliti berasumsi bahwa pada tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan peneliti berdasarkan intervensi yang disusun sesuai teori, akan tetapi tidak semua intervensi diimplementasikan hanya dilakukan sesuai dengan kondisi klien.

4.2.5 Evaluasi

Pada waktu dilakukan evaluasi selama 3 hari klien belum maksimal menunjukkan tanda - tanda perbaikan secara optimal. Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP dan peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan selama 3 hari. Evaluasi keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Rofifah, 2019).

Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap - tahapan proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP.

Penulis berasumsi bahwa tidak ada kesenjangan teori dan fakta pada evaluasi. Peneliti sebelumnya melakukan evaluasi selama 3 hari dengan SOAP hasil catatan perkembangan masalah teratasi

sebagian dikarenakan klien membutuhkan perawatan secara optimal dan pengobatan yang teratur, untuk menjaga kestabilan gula darah menjadi normal.

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil analisa asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek selama empat hari yang telah dilakukan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang dilakukan penulis, terdapat beberapa kesenjangan antara teori dan fakta yang ditemui penulis dilapangan. Kesenjangan antara teori dan fakta yang didapat penulis yaitu pada riwayat penyakit keluarga, pola istirahat dan tidur. Hal ini menunjukkan bahwa tidak semua manifestasi dapat ditemukan pada saat pengkajian dan juga disebabkan oleh beberapa faktor lain dan pemberian terapi yang tepat yang melatarbelakangi tidak terjadinya komplikasi.

5.1.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada penelitian ini adalah klien dengan Nyeri Akut, Ketidakstabilan kadar gula darah, Defisit Nutrisi, dan Perfusi perifer tidak efektif. Pada konsep teori Diabetes Mellitus terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang muncul, akan tetapi pada saat melakukan penelitian, tidak semua diagnosa ditemukan .

5.1.3 Intervensi

Pada tahap intervensi keperawatan, intervensi disusun berdasarkan teori-teori dari kepustakaan yang ada dan mengacu pada standar

operasional prosedur yang ada di rumah sakit serta berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu klien dengan Nyeri Akut, Ketidakstabilan kadar gula darah, Defisit Nutrisi, dan Perfusi perifer tidak efektif.

5.1.4 Implementasi

Pada tahap implementasi keperawatan, implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun. Akan tetapi tidak semua intervensi dapat dilakukan, sesuai dengan kebutuhan dan kondisi klien.

5.1.5 Evaluasi

Pada tahap evaluasi secara umum sudah terdapat tanda tanda perbaikan kondisi klien yaitu penurunan rasa lemas, penurunan rasa nyeri, gula darah yang mulai turun mendekati nilai normal. Pelaksanaan evaluasi pada klien dilakukan selama tiga hari dan perkembangan klien cukup meskipun belum mencapai hasil maksimal karena keterbatasan waktu pelaksanaan implementasi.

5.1.6 Analisis Data

Dari data pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Melitus yang telah dilakukan, peneliti menganalisa klien tersebut dengan hasil terdapat kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian pengkajian dan diagnosa keperawatan. Pada pengkajian didapatkan kesenjangan pada riwayat penyakit keluarga, pola istirahat dan tidur. Sedangkan pada diagnosa keperawatan

didapatkan kesenjangan bahwa tidak semua diagnosa yang ada di teori muncul pada klien.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Pelayanan Rumah Sakit RSUD dr.Soedomo Trenggalek

Bagi institusi pelayanan kesehatan khususnya Ruang Raflesia RSUD dr.Soedomo Trenggalek diharapkan dapat melaksanakan tindakan mandiri perawat secara optimal jangan hanya tindakan medis, dan memperhatikan dalam dokumentasi keperawatan, dengan maksud pendokumentasian buka bersifat rutinitas karena tindakan mandiri dan dokumentasi yang jelas dan akurat dari perawat juga dapat memberikan perubahan yang baik terutama klien Diabetes Mellitus, sehingga kebutuhannya dapat terpenuhi.

5.2.2 Bagi Pendidikan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi pengetahuan khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan medikal bedah dengan Klien Diabetes Mellitus.

5.2.3 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pembendaharaan kepustakaan dan pengetahuan bagi pendidikan keperawatan dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Mellitus.

5.2.4 Bagi Klien

Diharapkan klien memahami pentingnya proses pemulihan dimana memerlukan waktu secara bertahap, maka klien harus mengikuti anjuran dan mengubah pola hidup yang sehat sesuai anjuran dalam asuhan keperawatan dan sering kontrol ke pelayanan kesehatan terdekat.

5.2.5 Bagi Peneliti Selanjutnya

Dari hasil penelitian ini dapat dijadikan panduan dalam melakukan penelitian selanjutnya, diharapkan pula penelitian dilakukan lebih maksimal lagi supaya hasilnya pun juga maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, N., & Aridiana, L. M. (2016). *Asuhan Keperawatan pada Sistem Endokrin dengan Pendekatan NANDA NIC NOC*. Jakarta: Salemba Medika.
- data, s. (2024). *Jumlah kasus tidak menular menurut kecamatan*. Retrieved Januari 9, 2025, from [satudata.trenggalekkab.go.id: https://satudata.trenggalekkab.go.id/dataset/593/2024/jumlah-kasus-penyakit-tidak-menular-menurut-kecamatan-tahun-kasus](https://satudata.trenggalekkab.go.id/dataset/593/2024/jumlah-kasus-penyakit-tidak-menular-menurut-kecamatan-tahun-kasus)
- Dinkes Jatim. (2022). *Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2021*. Retrieved from Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- IDF. (2021). *IDF Diabetes Atlas Report*. Retrieved Februari 18, 2024, from International Diabetes Federation: https://diabetesatlas-org.translate.google/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc
- IDF. (2021). *In Diabetes Reserch and Clinical Practice*. Retrieved Februari 18, 2024, from International Diabetes Federation: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2013.10.013>
- IDF. (2022). *Indonesia Punya Penderita Diabetes Tipe 1 Terbanyak di ASEAN*. Retrieved Februari 18, 2024, from [databoks.katadata.co.id: https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2023/02/10/indonesia-punya-penderita-diabetes-tipe-1-terbanyak-di-asean](https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2023/02/10/indonesia-punya-penderita-diabetes-tipe-1-terbanyak-di-asean)
- Ilhami, R. (2021). *Studi Kasus Penerapan Asuhan Keperawatan Keluarga pada Penderita Diabetes Melitus*. Retrieved Februari 18, 2024, from Kerta Cendekia: <http://eprints.kertacendekia.ac.id/764/1/KTI%20RIZKYA%20ILHAMI.pdf>
- Kemenkes. (2018). *Diabetes: Penderita di Indonesia Bisa Mencapai 30 Juta Orang pada Tahun 2030*. Retrieved Februari 18, 2024, from [p2ptm.kemkes.go.id: https://p2ptm.kemkes.go.id/tag/diabetes-penderita-di-indonesia-bisa-mencapai-30-juta-orang-pada-tahun-2030](https://p2ptm.kemkes.go.id/tag/diabetes-penderita-di-indonesia-bisa-mencapai-30-juta-orang-pada-tahun-2030)
- Kemenkes. (2022). *Diabetes melitus Adalah Masalah Kita*. Retrieved Februari 18, 2024, from [yankes.kemkes.go.id: https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1131/diabetes-melitus-adalah-masalah-kita](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1131/diabetes-melitus-adalah-masalah-kita)

- Kemenkes RI. (2019). *Tanda dan Gejala Diabetes*. Retrieved Februari 18, 2024, from p2ptm.kemkes.go.id: <https://p2ptm.kemkes.go.id/tag/tanda-dan-gejala-diabetes>
- Kemenkes RI. (2022). Profil Kesehatan Indonesia tahun 2021. *p2ptm Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Kusuma. (2017). *Gejala Diabetes dan Bagaimana Penanganannya*. Retrieved Februari 18, 2024, from <https://www.suara.com/health/2017/11/08/232154/gejala-diabetes-melitus?page=all>.
- Lestari, Zulkarnain, & Sijid, S. A. (2021). Diabetes Mellitus : Review Etiologi, Patofisiologi, Gejala, Penyebab, Cara Pemeriksaan, Cara Pengobatan dan Cara Pencegahan. <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/psb>.
- Riskesdas. (2018). *Riset Kesehatan Dasar*. Retrieved Februari 18, 2024, from <http://www.kemkes.go.id/>
- Sendika Widi Saputri, A. N. (2016). Studi pengobatan Diabetes Melitus tipe 2 dengan Komplikasi Hipertensi di Instalasi Rawat Jalan RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso Periode Tahun 2014. *Jurnal Pustaka Kesehatan*, 479-480.
- Sihotang, H. T. (2017). Perancangan Aplikasi Sistem Pakar Diagnosa Diabetes dengan Metode Bayes. *Jurnal Mantik Penusa*, 36-41.
- Maria, I. (2021). *Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus Dan Asuhan Keperawatan Stroke*. Deepublish.
- Damayanti, S. (2016). *Diabetes Mellitus dan Penatalaksanaan Keperawatan*, Yogyakarta : Nuha Medika.
- Aini, N&Andiana, L. m. (2016). *Asuhan Keperawatan pada sistem endokrin dengan Pendekatan NANDA NIC NOC*. Jakarta. Selemba Medika.
- American Diabetes Association, (2018). Standards of Medical Care in Diabetes-2018 M. Matthew C. Riddle, ed., Available at: <https://diabetesed.net/wp-content/uploads/2017/12/2018-ADA-Standards-of-Care.pdf>
- ADA (American Diabetes Association), (2014). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care* Vol.37:S41-S80.

- Nurarif & Hardhi, 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda Nic-Noe Panduan penyusunan Asuhan Keperawatan Profesional*. Yogyakarta: Mediaction Jogja.
- Manurung. Nixson.(2018). Keperawatan Medikal Bedah konsep, Mind Mapping dan Nanda NIC NOC Jilid 3. Jakarta: Trans Info Media
- Smeltzer. (2007). [http:// ulphiog.blogspot.com/2014/04/laporan-pendahuluan-Diabetes-Mellitus.html](http://ulphiog.blogspot.com/2014/04/laporan-pendahuluan-Diabetes-Mellitus.html). diakses pada tanggal 9 maret 2024.
- Damayanti, S. (2015). *Diabetes Mellitus & Penatalaksanaan Keperawatan*. Nuha Medika.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA*. Mediaction Publishing.
- Nursalam, (2011). *Manjemen Keperawatan Profesional* Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis Edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika
- Tandra (2009), *Kiss Diabetes goodbye*. Surabaya: Jaringan Pena.
- NANDA. (2013). *Aplikasi NANDA NIC NOC*. Yogyakarta: Media: Action Publishing.
- Rohmah, nikhmatur. (2009). *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Jogjakarata : Ar-Ruzz Media
- Tarwoto. (2012) *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin* Jakarta: TIM
- Doengoes, Marilyn, E. (2009). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Alih Bahasa: I Made Kariasi, S.Kp. Ni Made Sumawarti, S.Kp. Jakarta: EGC.
- Mahyar Suara.dkk (2010), *Konsep dasar keperawatan, TIM*, Jakarta
- Arief Mansjoer (2010), *Kapita Selekta Kedokteran*, edisi 4, Jakarta : Media Aesculapius.

Lampiran 1 Formulir Pengajuan Judul Karya Tulis Ilmiah



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

📍 Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
☎ (0341) 566075
🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

FORMULIR PENGAJUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Putri Sarifatul Khasanah

NIM : P17240221008

Judul tugas akhir yang diusulkan berdasarkan prioritas :

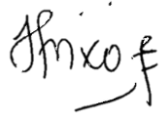
No	Bidang/Departemen	Judul
1.	Keperawatan Medikal Bedah	Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan diabetes Mellitus Di Ruang Raflesia RSUD dr.Soedomo Trenggalek.
2		
3		

Hari/Tanggal Pengumpulan : Senin, 21 Januari 2025

Pukul : 11.00 WIB

Mengetahui

Koordinator MK Karya Tulis Ilmiah



(Ns.Ixora,S.Kep.,M.Kep)
NIP: 919830626201901201

Trenggalek, 21 Januari 2025

Mahasiswa,



(Putri Sarifatul Khasanah)
NIM.P17240221008

Lampiran 2 Lembar Konsultasi



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

📍 Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
☎ (0341) 566075
🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : PUTRI SARIFATUL KHASANAH
Nim : P17240221008
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien Diabetes Mellitus di Ruang
Raflesia Rsud Dr. Soedomo Trenggalek
Pembimbing :Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	21 Januari 2025	- Pemilihan Departemen Keperawatan (Departemen Medikal Bedah) - Pengajuan Judul (Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus di ruang Raflesia RSUD dr.Soedomo Trenggalek)	
2.	22 Januari 2025	Revisi BAB 1 - Latar Belakang - Introduksi - Justifikasi - Kronologis - Konsep solusi - Daftar Pustaka Revisi BAB 2	

3.	23 Januari 2025	• Patofisiologi • Uraian di sesuaikan Revisi BAB 3 • Waktu Penelitian disesuaikan	Jhs
4.	24 Januari 2025	Revisi BAB 1 • Latar Belakang tambahkan data terbaru • Pastikan kasus ada di Ruang	Jhs
5.	27 Januari 2025	Revisi BAB 1 • Justifikasi Tambahkan angka pravelensi Diabetes mellitus tahun 2023/2024	Jhs
6	30 Januari 2025	Revisi BAB 1 • Batasan masalah diperbaiki Revisi • Lengkapi daftar istilah, daftar singkatan, daftar table, daftar gambar dan daftar pustaka	Jhs
7	31 Januari 2025	ACC, siapkan seminar proposal	Jhs
8.	10 Februari 2025	ACC penelitian	Jhs
9.	16 April 2025	Revisi BAB 3 : Waktu Penelitian Revisi BAB 4 : Pembahasan analisa data	Jhs

10	21 April 2025	Revisi BAB 3: waktu penelitian Revisi BAB 4 : Gambaran lokasi penelitian dan pembahasan	Jhs
11.	22 April 2025	Revisi : Keluhan utama dan riwayat penyakit ACC, lanjut Seminar Hasil	Jhs
12..	15 mei 2025	ACC KTI final	Jhs

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : PUTRI SARIFATUL KHASANAH
 Nim : P17240221008
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien Diabetes Mellitus di Ruang
 Raflesia RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
 Penguji : Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep., M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	03 Februari 2025	Revisi Seminar proposal • Batasan masalah • Batasan istilah • Kutipas penelitian • Penomoran • Kutipan penelitian	
2.	10 Februari 2025	ACC revisi, lanjut penelitian	
3.	8 Mei 2025	Revisi Seminar Hasil • Asuhan keperawatan (pengkajian, analisa data, Implementasi, Evaluasi, • Pembahasan dan Kesimpulan	

4.	15 Mei 2025	Revisi BAB 4 • Catatan perkembangan ditambahkan evaluasi awal jaga dan akhir jaga.	
----	-------------	--	---

Lampiran 3 Lembar Persetujuan Penelitian Akademik



Kemenkes
Poltekkes Malang

Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
Politeknik Kesehatan Malang
Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
(0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

Trenggalek, 18 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/44/2025
 Lamp. : 1 (satu) bendel
 Perihal : Surat Mencari Data dan Ijin Melaksanakan Penelitian (Studi Kasus)

K e p a d a :
 Yth.Sdr. Direktur RSUD Dr Soedomo
 Kabupaten Trenggalek
 di –

TRENGGALEK

Sehubungan dengan tugas akhir bagi mahasiswa tingkat III Poltekkes Kemenkes Malang Prodi D3 – Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek diwajibkan untuk membuat Studi Kasus, maka mohon diperkenankan mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : PUTRI SARIFATUL KHASANAH
 NIM : P17240221008
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien dengan *Diabetes Mellitus* di Ruang Rafflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, Februari s/d April 2025 sesuai proposal terlampir.
 Demikian agar menjadikan periksa dan disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



Ns.Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes

TEMBUSAN disampaikan kepada :

Yth. 1. Sdr. Kasi. Pelayanan Keperawatan.
 2. Sdr. Karu Rafflesia.
 3. Peneliti.

Lampiran 4 Lembar Persetujuan Penelitian Rumah Sakit


PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDOMO
 Jl. Dr. Soetomo No. 02 Telp. (0355) 793110
 Email : rsudrsoedomo_trenggalek@yahoo.co.id
 TRENGGALEK 66312

Trenggalek, 04 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 68 /406.010.001/18.00/2025
 Lampiran : -
 Perihal : Persetujuan Penelitian

Yth. Sdr. Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek
 Poltekkes Kemenkes Malang
 di
TRENGGALEK

Menjawab surat Saudara nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/44/2025 tanggal 18 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : **PUTRI SARIFATUL KHASANAH**
 NIM : P17240221008
 Program Studi : D-III Keperawatan
 Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Trenggalek

untuk melaksanakan Penelitian berjudul **"Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek"**. Adapun ketentuan yang harus dipenuhi peneliti, sebagai berikut:

1. Memenuhi biaya penelitian sebesar Rp 250.000;
2. Mentaati Tata Tertib dan Protokol Kesehatan yang berlaku;
3. Melaporkan hasil penelitian tersebut kepada RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek melalui Tim Koordinasi Pendidikan (Tim Kordik).

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

a.n. DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
 KABUPATEN TRENGGALEK
 Kabid. Pengembangan dan Pengendalian

SUJONO, SST, M. Kes
 Pembina
 NIP. 19741020 199603 1 003

Tembusan disampaikan kepada:

Yth. 1. Sdr. Kasi Pelayanan Keperawatan
 2. Sdr. Ka. Instalasi Rawat Inap
 3. Sdr. Ka.
 RSUD dr. SOEDOMO Kab. Trenggalek
 4. Sdr. Peneliti
 5. Arsip

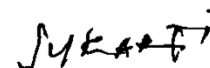
Lampiran 5 Lembar Persetujuan (Inform Consent)

LEMBAR PERSETUJUAN**(INFORMED CONCENT)**

Nama saya Putri Sarifatul Khasanah. Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek Program Studi D-III Keperawatan Tremggalek mengharapkan partisipasi saudara sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diabetes mellitus Di Ruang Raflesia dr. Soedomo Trenggalek”** dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang saudara rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas serta informasi yang klien berikan hanya akan digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

Tanda tangan dibawah ini menunjukkan bahwa klien telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Trenggalek, 18 April 2025

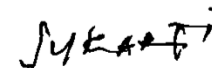
(.....)

Lampiran 6 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah saya membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat penelitian dari mahasiswa Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek yang bernama Putri Sarifatul Khasanah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diabetes mellitus Di Ruang Raflesia dr. Soedomo Trenggalek”** saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan bersedia menjadi responden dan menandatangani surat perjanjian ini

Trenggalek, 18 April 2025



(.....)

Lampiran 7 Lembar Format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah

FORMAT

ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH



DISUSUN OLEH :

NAMA :

N I M :

KEMENTERIAN KESEHATAN RI

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

FORMAT PENGKAJIAN
DATA – DATA KEPERAWATAN

1. BIODATA :

- ✧ Nama : _____
- ✧ Jenis kelamin : _____
- ✧ Umur : _____
- ✧ Status perkawinan : _____
- ✧ Pekerjaan : _____
- ✧ Agama : _____
- ✧ Pendidikan terakhir : _____
- ✧ Alamat : _____
- ✧ Tanggal/Jam MRS : _____
- ✧ Tgl/Jam pengkajian : _____

2. DIAGNOSA MEDIS :

3. KELUHAN UTAMA :

.....

.....

.....

.....

4. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG (P Q R S T)

.....

.....

.....

.....

5. RIWAYAT KESEHATAN / PENYAKIT YANG LALU

.....

.....

.....

.....

6. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. POLA AKTIVITAS SEHARI – HARI

NO.	AKTIVITAS	DI RUMAH	DI RS
a.	Makan dan minum		
b.	Pola eliminasi		
c.	Pola istirahat / tidur		
d.	Kebersihan diri		

8. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

A. Konsep diri Konsep diri

- a. Identitas diri :
- b. Ideal diri :
- c. Harga diri :
- d. Peran :
- e. Gambaran diri :

B. Pola peran hubungan dengan orang lain :

C. Pola Seksual

D. Pola mekanisme koping

E. Pola kognisi dan persepsi sensori ;

- a. Status mental/emosional :
- b. Pola komunikasi :
- c. Orientasi :

9. DATA SPIRITUAL

.....

.....

.....

.....

.....

10. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum :

.....

.....

.....

.....

b. Tanda – tanda vital :

.....

.....

.....

.....

c. Pemeriksaan kepala dan leher :

.....

.....

d. Pemeriksaan integumen :

.....

.....

.....

.....

e. Pemeriksaan dada / thorax :

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

f. Pemeriksaan payudara :

.....

.....

.....

.....

g. Abdomen :

Inspeksi :

Auskultasi :

Perkusi :

Palpasi :

h. Genetalia :

.....

.....

.....

i. Ekstremitas :

.....

.....

.....

.....

11. PEMERIKSAAN NEUROLOGIS

a. Kesadaran/GCS :

b. Kemampuan sensorik :

c. Kemampuan motorik :

d. Tanda peningkatan TIK :

e. Tanda rangsangan meningeal :

f. Reflek :

g. Nervus cranialis :

12. PEMERIKSAAN PENUNJANG

.....

.....

.....

.....

13. PENATALAKSANAAN (TERAPI / PENGOBATAN)

.....

.....

.....

.....

Trenggalek,

Pembimbing

ANALISA DATA**NAMA KLIEN :****UMUR :****NO. REGISTER :****RUANG :**

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI

DIAGNOSA KEPERAWATAN**NAMA KLIEN :****UMUR :****NO. REGISTER :****RUANG :**

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	NOC	NIC	Rasionalisasi	Tanda Tangan

IMPLEMENTASI

NAMA :

UMUR :

NO. REG :

RUANG :

No.	Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan/ Implementasi	Tanda Tangan

EVALUASI**NAMA :****UMUR :****NO. REG. :****RUANG :**

NO. DX	Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/ Jam	Diagnosa Kep.	Implementasi	Evaluasi (S O A P)