

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *DIABETES MELLITUS*

DI RUANG RAFLESIA RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK

KARYA TULIS ILMIAH

SHAFILA ISMY NUR AINI

NIM: P17240221015



KEMENTRIAN KESEHATAN RI

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN TRENGGALEK

2024/2025

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *DIABETES MELLITUS*

DI RUANG RAFLESIA RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK

KARYA TULIS ILMIAH

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma 3 Keperawatan Di Program Studi Keperawatan Kampus
Kabupaten Trenggalek Politeknik Kesehatan
Kemenkes Malang**

SHAFILA ISMY NUR AINI

NIM: P17240221015



KEMENTRIAN KESEHATAN RI

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN TRENGGALEK

2024/2025

CURRICULUM VITAE

Nama : Shafila Ismy Nur Aini

Tempat, Tanggal Lahir : Tulunagung, 11 April 2003

Agama : Islam

Alamat : RT 04/RW 01, Dsn. Boyolangu, Ds. Boyoalangu,
Kec. Boyolangu, Kab. Tulungagung, Prov. Jawa Timur

Riwayat Pendidikan : 1. RA Syariful Muttaqinn lulus 2008 – 2010

2. SDN I Boyolangu 2010 – 2016

3. SMPN I Boyolangu 2016 – 2019

4. SMAN I Boyolangu 2019 – 2022

5. POLKESMA Prodi D3-Keperawatan
Trenggalek Tahun 2022 - 2025



PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini saya :

Nama : Shafila Ismy Nur Aini

NIM : P17240221015

Program Studi : D-III Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek
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 kemudian saya akui 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, 02 April 2025

Pembimbing,



Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep
NIP.919830225201901201

Yang Membuat Pernyataan



Shafila Ismy Nur Aini
NIM.P17240221015

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh dengan judul “**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *DIABETES MELLITUS* DI RUANG RAFLESIA RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK** ”, telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 02 April 2025

Dosen Pembimbing



Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep
NIP.919830225201901201

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Shafila Ismy Nur Aini (P17240221015) dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Diabetes Mellitus* di Ruang Rafflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek”, telah dipertahankan di depan dewan penguji pada 09 Mei 2025.

Dewan Penguji

Ketua Penguji



Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes
NIP. 19691121 199203 2 005

Anggota Penguji



Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep
NIP. 919830225201901201

Mengetahui

Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 19760810 200212 2 001

MOTTO

"Orang lain tidak akan bisa paham struggle dan masa sulitya kita, yang mereka ingin tahu hanya bagian success stories. Berjuanglah untuk diri sendiri walaupun tidak ada yang tepuk tangan. Kelak diri kita di masa depan akan sangat bangga dengan apa yang kita perjuangkan hari in. Tetap berjuang ya!"

"saya tidak punya waktu sakit hati, saya tidak punya energi untuk dendam, saya bersyukur tuhan telah memberi kepada saya terlalu banyak, jangan cepat sakit hat, jangan mudah tersinggung. jangan dendam."
(Prabowo Subianto)

PERSEMBAHAN

Assalamualaikum

Wr.wb

Alhamdulillah

Sujud syukur saya persembahkan kepadaMu Ya Allah. Maha Suci Engkau yang telah membuatku bertahan dan terus berjuang untuk menggapai cita-cita dan masa depan demi orang-orang yang aku sayangi. Tidak terasa tugas akhir ini dapat saya selesaikan tepat pada waktunya. Tidak lupa shalawat dan salam saya limpahkan kepada Baginda Rasulullah SAW.

Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan untuk :

Kedua orang tua

Terimakasih kepada kedua orang tua tercinta yang selalu melangitkan doadoa baik dan menjadi motivasi untuk saya dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Terimakasih karena selalu bekerja keras untuk menghantarkan saya sampai jenjang perkuliahan, semoga bapak dan ibu bangga dengan usaha saya selama ini, saya persembahkan Karya Tulis sederhana ini dan gelar untuk bapak dan Ibu. Semoga bapak dan ibu selalu diberikan kesehatan dan melihat saya sukses dimasa depan.

Keluarga Tercinta

Terimakasih kepada keluarga tersayang. Pertama embok saya yang selalu menemani saya dan menghidangkan makanan yang enak saat saya dirumah. Kedua pakpoh yang juga selalu memberikan dukungan baik secara moral maupun material . Dan keluarga besar saya yang turut memberikan saya semangat dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

Orang Terkasih

Kepada seseorang yang tak kalah penting. Terimakasih kepada orang yang menemaniku, menyemangatiku dan berkontribusi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, yang selalu menjadi sosok rumah yang selalu ada buat saya baik keadaan suka maupun duka, selalu mendengarkan keluh kesah saya dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini. Terimakasih sudah menjadi bagian dari hidup saya, harapan saya semoga kita bisa sukses bersama sesuai apa yang kita impikan dan dilancarkan terus rezekinya

Bapak/Ibu Dosen dan Staff yang saya hormati

Saya ucapkan terima kasih atas bimbingan, arahan, dan telah mendidik saya sehingga terciptanya karya ini dengan baik dan benar. Semoga apa yang telah bapak/ibu berikan kepada saya dapat bermanfaat, berguna, dan dapat diaplikasikan dengan baik. Dan semoga Allah senantiasa memberikan balasan yang luar biasa kepada bapak/ibu dosen serta staf karyawan.

Sahabat dan Teman Baikku

Terimakasih kepada teman-teman kos Griya Yasmin, serta teman - teman Polkesma Trenggalek angkatan 2022 atas dukungan, kerjasama serta memberikan semangat untuk terus berjuang selama menempuh pendidikan di bangku perkuliahan ini. Semoga kita semua bisa sukses bersama, bahagia selalu, and we always the best guys. Dan untuk temanku yang menemaniku kemana-mana disaat penulis lagi sad, thank you sekali sudah menghabiskan waktu dan uangnya.

Teruntuk Diri Sendiri

Teruntuk diri saya sendiri, karena telah mampu berusaha berjuang dan kembali bangkit.

Karena telah bertanggung jawab untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai.

Terimakasih, karena terus berusaha dan tidak menyerah, serta senantiasa menikmati setiap prosesnya yang bisa dibilang tidak mudah. Terimakasih sudah bertahan.

See You

Wassalamualaikum Wr.wb

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allaah SWT, atas rahmatnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus yang berjudul **“Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek”** sesuai yang ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek.

Dalam penyusunan penulis mendapat banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini penulis tidak lupa 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 D3 Keperawatan Trenggalek
- 2) Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan
- 3) Ns.Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan dorongan, perhatian, bimbingan, pengarahan serta saran sehingga terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.

4) Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah banyak memberi pengarahan , revisi dan saran kepada penulis dalam menyempurnakan isi dari Karya Tulis Ilmiah.

Peneliti menyadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu peneliti mengharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak.

Trenggalek, 02 April 2025

Penulis

Shafila Ismy Nur Aini

NIM: P17240221015

ABSTRAK

Shafila Ismy Nur Aini (2025). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek*. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, Program Studi DIII Keperawatan Kabupaten Trenggalek. Pembimbing: Ns.Tunik, S.Kep., M.Kep.

Diabetes Mellitus (DM) merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh kurangnya kontrol terhadap kadar. *Diabetes Mellitus* memiliki banyak subklasifikasi termasuk tipe 1 dan tipe 2. *Diabetes Mellitus (DM)* tipe 1 dan 2 merupakan subtipe utama, masing-masing memiliki patofisiologi, presentasi, dan penatalaksanaan yang berbeda, namun keduanya berpotensi terjadinya hipoglikemia sampai dengan komplikasi kronik (jangka panjang). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melakukan asuhan keperawatan pada Diabetes Mellitus di ruang raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Metode dalam penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif. Deskriptif kualitatif menggambarkan suatu keadaan pada saat penelitian, dilakukan dengan jumlah responden satu pasien. Data yang diperoleh dengan teknik pengumpulan data meliputi wawancara, pemeriksaan fisik, dan memberikan asuhan keperawatan. Hasil penelitian menunjukkan adanya kesesuaian dan kesenjangan antara fakta dan teori. Dalam kasus ini ditemukan kesenjangan pada riwayat kesehatan keluarga, pola aktivitas sehari-hari makan dan minum, pola tidur dan istirahat, dan pada pemeriksaan fisik thorax, integument dan ekstermitas. Klien dengan Diabetes Mellitus harus mendapatkan perawatan optimal untuk mencegah komplikasi, dengan memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh dapat mempercepat penyembuhan dan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Klien, Diabetes Mellitus

ABSTRACT

Shafila Ismy Nur Aini (2025). *Nursing Care for Diabetes Mellitus Clients in the Rafflesia Room of Dr. Soedomo Hospital, Trenggalek. Scientific Case Study Paper, Health Polytechnic of the Ministry of Health Malang, Diploma III Nursing Study Program, Trenggalek Regency. Advisor: Ns.Tunik, S.Kep., M.Kep.*

Diabetes Mellitus (DM) is a disease caused by lack of control over blood sugar levels. Diabetes Mellitus has many subclassifications including type 1 and type 2. Diabetes Mellitus (DM) types 1 and 2 are the main subtypes, each with different pathophysiology, presentation, and management, but both have the potential for hypoglycemia to chronic (long-term) complications. The purpose of this study was to provide nursing care for Diabetes Mellitus in the rafflesia room of Dr. Soedomo Trenggalek Hospital. The method in this study uses a qualitative descriptive method. Qualitative descriptive describes a condition at the time of the study, carried out with one patient as a respondent. Data obtained using data collection techniques include interviews, physical examinations, and providing nursing care. The results of the study showed that there was a match and gap between facts and theories. In this case, gaps were found in family health history, daily eating and drinking activity patterns, sleep and rest patterns, and in physical examinations of the thorax, integument and extremities. Clients with Diabetes Mellitus must receive optimal care to prevent complications, by providing comprehensive nursing care can accelerate healing and improve the quality of nursing services.

Keywords: Nursing Care, Clients, Diabetes Mellitus

DAFTAR ISI

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN <i>DIABETES MELLITUS</i>	i
CURRICULUM VITAE	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
MOTTO.....	vi
PERSEMBAHAN.....	vii
KATA PENGANTAR.....	ix
ABSTRAK.....	xi
ABSTRACT	xii
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xix
DAFTAR ISTILAH	xx
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah	4
1.3 Rumusan Masalah.....	4
1.4 Tujuan.....	5
1.4.1 Tujuan Umum	5
1.4.2 Tujuan Khusus	5
1.5 Manfaat Penelitian	6
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.5.2 Manfaat Praktis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1. Konsep Penyakit Tuberkulosis paru (TBC)	8
2.2.1. Definisi Tuberkulosis Paru	8
2.2.2. Klasifikasi	9

2.2.3.	Etiologi	10
2.2.4.	Manifestasi Klinis	11
2.2.5.	Pathway Diabetes Mellitus	13
2.2.6.	Komplikasi.....	18
2.2.7.	Pemeriksaan Diagnostik	20
2.2.8.	Penatalaksanaan.....	20
2.2.	Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus.....	23
2.2.1.	Pengkajian.....	23
2.2.2.	Diagnosa Keperawatan	34
2.2.3.	Intervensi Keperawatan	42
2.2.4.	Implementasi	52
2.2.5.	Evaluasi	53
BAB III	METODE PENELITIAN.....	54
3.1	Desain Penelitian.....	54
3.2	Batasan Istilah	54
3.3	Partisipan	55
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	56
3.4.1	Lokasi.....	56
3.4.2	Waktu	56
3.5	Pengumpulan Data.....	56
3.5.1	Bahan Pengumpulan Data.....	56
3.5.2	Metode.....	57
3.5.3	Prosedur Pengumpulan Data.....	57
3.6	Uji Keabsahan Data.....	58
3.6.1	Kepercayaan (Credibility).....	58
3.6.2	Keteralihan (Transferbility)	59
3.6.3	Kebergantungan (Depandability)	59
3.6.4	Kepastian (Confirmability)	59
3.7	Analisa Data	60
3.8	Etika Penelitian.....	60
3.8.1	Informed Consent (Lembar Persetujuan Menjadi Responden).....	60

3.8.2 Anonymity (Tanpa Nama).....	61
3.8.3 Confidentiality (Kerahasiaan)	61
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	62
4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan	62
4.1.1 Gambaran Asuhan Penelitian.....	62
4.1.2 Pengkajian.....	62
4.1.3 Analisa Data.....	72
4.1.4 Diagnosa Keperawatan	73
4.1.5 Intervensi Keperawatan	75
4.1.6 Implementasi Keperawatan.....	79
4.1.7 Evaluasi Keperawatan	82
4.1.8 Catatan Perkembangan	83
4.1.9 Hasil Analisis Asuhan Keperawatan	86
4.2 Pembahasan	99
4.2.1 Pengkajian.....	99
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	103
5.1 Simpulan	103
5.1.1 Pengkajian	103
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	103
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	103
5.1.4 Implementasi Keperawatan	104
5.1.5 Evaluasi Keperawatan	104
5.1.6 Analisa Kesenjangan Antara Fakta Dan Teori.....	104
5.2 Saran	105
5.2.1 Bagi Peneliti.....	105
5.2.2 Bagi Institusi Rumah Sakit.....	105
5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan	105
5.2.4 Bagi Klien	106
5.2.5 Bagi Peneliti Selanjutnya	106
DAFTAR PUSTAKA.....	107
LAMPIRAN - LAMPIRAN	109

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skema Diabetes Mellitus	14
--	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 SDKI, SLKI, dan SIKI	42
Tabel 2.2 Biodata.....	63
Tabel 2.3 Riwayat Penyakit	63
Tabel 2.4 Pola Aktivitas Sehari.....	65
Tabel 2.5 Pengkajian Kognitif dan Sensori Persepsi.....	66
Tabel 2.6 Pola Konsep Diri dan Hubungan/Interaksi Sosial	66
Tabel 2.7 Pola Koping dan Nilai Kepercayaan	67
Tabel 2.8 Pemeriksaan Fisik	67
Tabel 2.9 Pemeriksaan Darah Lengkap	71
Tabel 2.10 Analisa Data.....	72
Tabel 2.11 Diagnosa Keperawatan.....	73
Tabel 2.12 Intervensi Keperawatan	75
Tabel 2.13 Implementasi Keperawatan.....	79
Tabel 2.14 Evaluasi Keperawatan	82
Tabel 2.15 Catatan Perkembangan	83
Tabel 2.16 Analisis Asuhan Keperawatan	86

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Ijin Penelitian	109
Lampiran 2 Lembar Inform Consent	111
Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	112
Lampiran 4 Asuhan Keperawatan.....	113
Lampiran 5 Lembar Konsultasi	128

DAFTAR SINGKATAN

ADA : America Diabetic Association

BB : Berat Badan

BBI :Berat Badan Ideal

DM : Diabetes Mellitus

Dkk : dan kawan kawan

GDA : Gula darah acak

IDF : International Diabetic Federation

IMT : Indeks Masa Tubuh

ISK : Infesi saluran kemih

mg/dL : Miligram per liter

mmol/L: Milimoles per liter

NaCl : Natrium Clorida

OHO : Obat Hiperglikemia Oral

RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah

TTOG :Tes Toleransi Glukosa Oral

WHO : Word Health Organization

DAFTAR ISTILAH

A

- Asidosis : Kondisi yang terjadi ketika kadar asam didalam tubuh sangat tinggi
- Aterosklerosis : Masalah kesehatan yang terjadi ketika terdapat tumpukan kolesterol dan zat lain didalam dinding pembuluh darah arteri

D

- Diabetes Melitus : Peningkatan kadar gula dalam darah diatas normal, akan tetapi peningkatan kadar gula sesaat setelah makan tidak dapat disebut dengan hiperglikemia

G

- Gengren : Kondisi jaringan tubuh yang mati akibat tidak mendapat pasokan darah yang cukup atau akibat infeksi bakteri yang berat.
- Glikogen : Glukosa yang tersimpan di dalam otot dan hati yang terus tersebar ke tubuh sepanjang malam agar tekanan darah tetap stabil
- Glikemik : Nilai yang digunakan untuk mengukur seberapa banyak makanan tertentu meningkatkan kadar gula darah.
- Glukosa : Salah satu karbohidrat terpenting yang digunakan sebagai sumber tenaga bagi hewan dan tumbuhan.
- Glukosuria : Kondisi ketika urin mengandung gula
- Glikolisis : Proses pemecahan glukosa untuk menghasilkan energi
- Glikogenesis : Proses penyimpanan glukosa

Glikogenolisis : Menjaga keseimbangan kadar glukosa di dalam plasma darah

H

Hiperglikemia : Suatu kondisi di mana tingkat glukosa darah tinggi

Hormon : Zat kimia yang diproduksi oleh system endokrin.

Hipoglikemia : Peningkatan kadar gula dalam darah diatas normal

K

Keton : Asam yang dihasilkan ketika tubuh mulai membakar lemak untuk menghasilkan energi

Ketoasidosis : Suatu kondisi dari komplikasi diabetes mematikan, akibat tingginya produksi asam darah tubuh

Ketogenesis : Jalur metabolisme yang memproduksi badan keton, sebagai sumber energi alternatif bagi tubuh

L

Lipolisis : Jalur metabolisme untuk memobilisasi energi yang tersimpan

M

Metabolisme : Proses kimia yang terjadi di dalam sel tubuh untuk mengubah makanan dan minuman yang anda konsumsi menjadi energi

Makrovaskuler : Terjadinya penyumbatan pada pembuluh darah besar seperti di jantung dan otak yang sering mengakibatkan kematian serta penyumbatan pembuluh darah besar di ekstremitas bawah yang mengakibatkan ganggren dikaki.

Mikrovaskuler : Komplikasi yang menyerang pembuluh darah kecil

P

- Polyfagia : Peningkatan rasa lapar
- Polydipsia : Peningkatan rasa haus
- Polyuria : Peningkatan frekuensi buang air kecil
- Protein : Zat makanan berupa asam-asam amino yang berfungsi sebagai pembangun dan pengatur bagi tubuh.

R

- Retinopati : Perubahan dalam retina

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes Mellitus (DM) merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh kurangnya kontrol terhadap kadar glukosa (Sapra Amit & Bhandari Priyanka, 2023). *Diabetes Mellitus* memiliki banyak subklasifikasi termasuk tipe 1 dan tipe 2, diabetes usia muda, diabetes gestasional, diabetes neonatal, dan diabetes yang diinduksi steroid. *Diabetes Melitus (DM)* tipe 1 dan 2 merupakan subtype utama, masing-masing memiliki patofisiologi, presentasi, dan penatalaksanaan yang berbeda, namun keduanya berpotensi terjadinya hipoglikemia sampai dengan komplikasi kronik (jangka panjang). Gejala khas yang dialami oleh penderita *Diabtes Mellitus* adalah *polyuria*, *polyfagia*, *polydipsia*, penurunan berat badan, merasa lelah dan mengantuk. *Diabetes Melitus* merupakan penyakit yang sulit terdeteksi. Kondisi ini dapat menyebabkan penurunan pada produktivitas, disabilitas hingga kematian dini. Kurangnya pengetahuan masyarakat tentang *Diabetes Mellitus* dapat berdampak pada manajemen diabetes dan komplikasi yang ditimbulkan. Ketidakfahaman masyarakat tentang gejala - gejala *Diabates Melitus* karena gejala penyakit ini sering tidak disadari oleh penderita yang mengakibatkan penyakit tidak cepat ditangani. Banyak masyarakat yang masih percaya bahwa *Diabetes Mellitus* hanya terjadi pada orang tua atau akibat konsumsi gula berlebihan, padahal dari faktor gaya hidup, seperti kurangnya aktivitas fisik, stress, kebiasaan mengonsumsi makanan yang tinggi gula tanpa disadari, serta mengabaikan atau tidak rutin dalam

melakukan kegiatan cek kesehatan (cek kadar gula darah). Salah satu permasalahan emosional yang sering dialami pasien *Diabetes Mellitus* antara lain penyangkalan terhadap penyakitnya sehingga mereka tidak patuh dalam menerapkan pola hidup yang sehat, mudah marah dan frustrasi karena banyaknya pantangan atau merasa telah menjalani berbagai terapi tetapi tidak terjadi perubahan kadar gula darah yang membaik, takut terhadap komplikasi dan resiko kematian, jenuh meminum obat, atau bahkan mengalami depresi. Kepatuhan pasien *Diabetes Mellitus* untuk melakukan pemantauan glukosa darah harus melibatkan partisipasi atau peran dari keluarga pasien. Perawat sangat berperan penting untuk mendukung dan merawat pasien yang menderita *Diabetes Mellitus* agar tidak terjadi komplikasi serta memberikan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan pada pasien *Diabetes Mellitus* merupakan suatu kegiatan praktik keperawatan yang diberikan pada klien sebagai proses keperawatan yang berpedoman pada standar keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Kejadian *Diabetes Mellitus* cukup tinggi akhir akhir ini meningkat seiring dengan perubahan gaya hidup dan pola makan. Menurut data (IDF, 2021), menunjukan jumlah penderita *Diabetes Mellitus* di dunia pada tahun 2021 mencapai 537 juta. Indonesia menduduki peringkat kelima negara dengan jumlah *Diabetes Mellitus* terbanyak dengan 19,5 juta penderita di tahun 2021 dan diprediksi akan menjadi 28,6 juta pada 2045. Persoalan ini menjadi perhatian dari Kementerian Kesehatan, mengingat *Diabetes Mellitus* merupakan ibu dari segala penyakit. 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). Selain itu, dari data Dinas Kesehatan (Dinkes) Trenggalek sebanyak 6.919 warga yang menderita penyakit *Diabetes Mellitus*. Data tersebut rentang waktu Januari sampai dengan Juni 2024 (Dinkes Trenggalek, 2024). Data penderita *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tahun 2023 periode bulan Januari – Desember mencapai 420 kasus dan pada periode bulan Januari – Maret 2024 mencapai 92 kasus (Register Rawat Inap, 2024).

Faktor yang menjadi 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 system tubuh, khususnya syaraf dan pembuluh darah (Burnner & Suddarth, 2015). *Diabetes Mellitus* seringkali muncul tanpa gejala. Namun, ada beberapa gejala yang perlu diwaspadai sebagai tanda dan gejala. Gejala khas yang biasa dialami penderita *Diabetes Mellitus* antara lain poliuria (sering buang air kecil), polidipsia (sering haus), dan polifagia (makan banyak/cepat lapar). Selain itu, penderita sering mengeluhkan penglihatan kabur, gangguan koordinasi gerak tubuh, kesemutan pada tangan dan kaki, seringkali rasa gatal yang sangat tidak menyenangkan (pruritus), dan penurunan berat badan tanpa sebab yang jelas (p2ptm, 2022). *Diabetes Mellitus* merupakan penyakit tidak menular tapi berbahaya. Karena kadar gula darah yang tinggi dapat merusak pembuluh darah kecil di ginjal, jantung, mata, dan sistem saraf.

Oleh karena itu, jika Anda mengidap *Diabetes Mellitus* dan tidak mendapat pengobatan segera, dapat menyebabkan penyakit jantung, stroke, penyakit ginjal, kebutaan, bahkan kerusakan saraf pada kaki. Dari banyaknya penyakit berbahaya yang mengiringi *Diabetes Mellitus*, maka diharapkan orang tersebut segera memeriksakan diri ke dokter untuk segera mendapat penanganan dan obat untuk dapat mengontrol kadar glukosa pada tubuh (Nur Iman, 2024).

Pengobatan *Diabetes Mellitus* dilakukan dengan dua strataegi pengobatan, yaitu pengobatan farmakologis (dengan obat/insulin) dan non-farmakologis (tanpa obat) . Selain itu, olahraga juga dapat menurunkan kadar glukosa karena meningkatkan penggunaan glukosa oleh otot yang dinamis (Yunir & Soebardi, 2019). Salah satu permainan yang dapat menurunkan kadar glukosa adalah senam kaki diabetic (Soegondo, 2019). Dengan tujuan akhir untuk mengontrol glukosa dalam darah. Selain itu, edukasi gizi merupakan proses formal dalam melatih keterampilan atau membagi pengetahuan dan pemahaman yang membantu pasien untuk mengelola perubahan perilaku terkait penyakit dan pengobatannya secara sukarela. Oleh karena itu, pemberian edukasi sangat diperlukan mutlak untuk pasien dan keluarganya. Edukasi serta informasi yang tepat bisa meningkatkan kepatuhan penderita dalam menjalani pengobatan yang komprehensif, sehingga pengendalian kadar glukosa darah bisa tercapai (Paruntu , 2018)

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah adalah upaya membatasi ruang lingkup masalah

dalam penelitian agar lebih fokus. Masalah pada karya tulis ilmiah ini dibatasi pada pasien yang mengalami *Diabetes Mellitus* yang memiliki gula darah acak >200 mg/dl di ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

Rumusan masalah merupakan pernyataan peneliti yang umumnya ditulis dalam bentuk kalimat tanya, pernyataan akan menjadi arah kemana peneliti dibawa, dan apa saja yang ingin dikaji dari peneliti. Berdasarkan latar belakang diatas dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut :
Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Pasien *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Secara umum untuk melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif dan analisis pada pasien *Diabetes Mellitus* di ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan Asuhan Keperawatan kepada klien dengan *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
2. Merumuskan diagnose keperawatan pada klien dengan *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
3. Rencana tindakan yang tepat pada klien dengan *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

4. Melaksanakan tindakan yang tepat pada klien dengan *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek
5. Mengavaluasi tindakan pada klien dengan *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
6. Melakukan analisis fakta dan teori pada klien *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

- 1) Hasil penulisan ini dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam mengembangkan ilmu dan pengetahuan keperawatan yang berkaitan dengan Asuhan Keperawatan pada pasien *Diabetes Mellitus*.

1.5.2 Manfaat Praktis

- 1) Bagi instansi rumah sakit
Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan evaluasi dalam pelayanan praktek tindakan keperawatan khususnya pada pasien *Diabetes Mellitus*.
- 2) Bagi institusi pendidikan
Diharapkan sebagai tambahan informasi dan bahan kepustakaan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien *Diabetes Mellitus* dan sebagai pengembangan ilmu pengetahuan tentang keperawatan pada pasien *Diabetes Mellitus*.

3) Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai pengalaman belajar dalam memberikan asuhan keperawatan *Diabetes Mellitus* sehingga meningkatkan pengetahuan serta wawasan bagi peneliti.

4) Bagi pasien

Diharapkan dapat memberikan pengetahuan tentang informasi dalam perawatan pada pasien *Diabetes Mellitus*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit Diabetes Mellitus

2.2.1. Definisi Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus (DM) adalah penyakit metabolic yang kebanyakan hereditas, dengan tanda-tanda hiperglikemia dan glucosuria, disertai dengan atau tidak adanya gejala klinik akut ataupun kronik, sebagai akibat kurangnya insulin efektif di dalam tubuh, gangguan primer terletak pada metabolisme karbohidrat yang biasanya disertai juga gangguan metabolisme lemak dan protein (Askandar, 2001). Gangguan metabolisme yang secara genetik dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat, jika telah berkembang penuh secara klinis maka *Diabetes Mellitus* ditandai dengan hiperglikemia puasa dan postprandial, aterosklerosis dan penyakit vaskular mikroangiopati. *Diabetes Mellitus* merupakan penyakit yang ditandai dengan terjadinya hiperglikemia dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang dihubungkan dengan kekurangan secara absolut atau relatif dari kerja dan atau sekresi insulin. Gejala yang dikeluhkan pada penderita *Diabetes Mellitus* yaitu *polidipsia*, *poliuria*, *polifagia*, penurunan berat badan, kesemutan. (Fatimah, 2015).

2.2.2. Klasifikasi

Menurut *American Diabetes Association* (ADA) tahun 2010, *Diabetes Mellitus* merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya.

- a. *Diabetes Mellitus* tipe 1 adalah penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan kadar gula darah akibat destruksi (kerusakan) sel beta pancreas karena suatu sebab tertentu yang menyebabkan produksi insulin tidak ada sama sekali sehingga penderita sangat memerlukan tambahan insulin dari luar.
- b. *Diabetes Mellitus* tipe 2 adalah penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan kadar gula darah akibat penurunan sekresi insulin oleh sel beta pankreas dan atau fungsi insulin (resistensi insulin)
- c. *Diabetes Mellitus* tipe Gestasional adalah penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan kadar gula darah yang terjadi pada wanita hamil, biasanya terjadi pada usia 24 minggu masa kehamilan, dan setelah melahirkan gula darah kembali normal.
- d. *Diabetes Mellitus* tipe Gestasional adalah penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan kadar gula darah yang terjadi pada wanita hamil, biasanya terjadi pada usia 24 minggu

masa kehamilan, dan setelah melahirkan gula darah kembali normal.

2.2.3. Etiologi

Penyebab penyakit *Diabetes Mellitus* belum diketahui secara lengkap. Kemungkinan factor penyebab dan factor resiko penyakit *Diabetes Mellitus* diantaranya :

1. Faktor Keturunan

Orang yang memiliki riwayat keluarga menderita *Diabetes Mellitus* lebih beresiko daripada orang yang tidak memiliki riwayat *Diabetes Mellitus*. Pada *Diabetes Mellitus* tipe 2 akan meningkat 2-6 kali lipat apabila orang tua atau saudara kandung mengalami penyakit ini. Risiko untuk mengalami *DM* tipe 2 pada kembar identik 75-90% yang menandakan bahwa faktor genetik (keturunan) berperan sangat penting.

2. Faktor Usia

Pada usia diatas 45 tahun seseorang akan lebih mudah terkena *DM* karena tingkat sensitivitas insulin yang mulai menurun sehingga kadar gula darah yang seharusnya masuk kedalam sel akan tetap berada di aliran darah yang menyebabkan kadar gula darah meningkat. Pada kelompok usia tersebut pada semua sistem tubuh atau seiring dengan bertambah nya usia maka akan terus terjadinya perubahan yang dapat beresiko lebih tinggi lagi.

3. Aktivitas Fisik

Terdapat hubungan yang berarti antara aktifitas fisik dengan kadar gula darah. Semakin rendah aktivitas fisik yang dilakukan maka semakin tinggi kadar gula darah penderita *DM*.

4. Pola Makan

5. Obesitas

6. Faktor Lingkungan

Penyelidikan juga dilakukan terhadap kemungkinan factor eksternal yang dapat memicu destruksi sel beta. Interaksi antara factor genetic imunologi dan lingkungan dalam etiologi diabetes tipe I merupakan pokok perhatian riset yang terus berlanjut.

2.2.4. Manifestasi Klinis

Diabetes Mellitus seringkali muncul tanpa gejala. Namun demikian ada beberapa gejala yang harus diwaspadai sebagai isyarat kemungkinan *Diabetes Mellitus*.

1) Poliuri (sering buang air kecil)

Buang air kecil lebih sering dari biasanya terutama pada malam hari (poliuria), hal ini dikarenakan kadar gula darah melebihi ambang ginjal ($>180\text{mg/dl}$), sehingga gula akan dikeluarkan melalui urine. Guna menurunkan konsentrasi urine yang dikeluarkan, tubuh akan menyerap air sebanyak mungkin ke dalam urine sehingga urine dalam jumlah besar dapat dikeluarkan dan sering buang air kecil.

2) Polifagi (cepat merasa lapar)

Nafsu makan meningkat (polifagi) dan merasa kurang tenaga. Insulin menjadi bermasalah pada penderita DM sehingga pemasukan gula ke dalam sel-sel tubuh kurang dan energi yang dibentuk pun menjadi kurang. Ini adalah penyebab mengapa penderita merasa kurang tenaga.

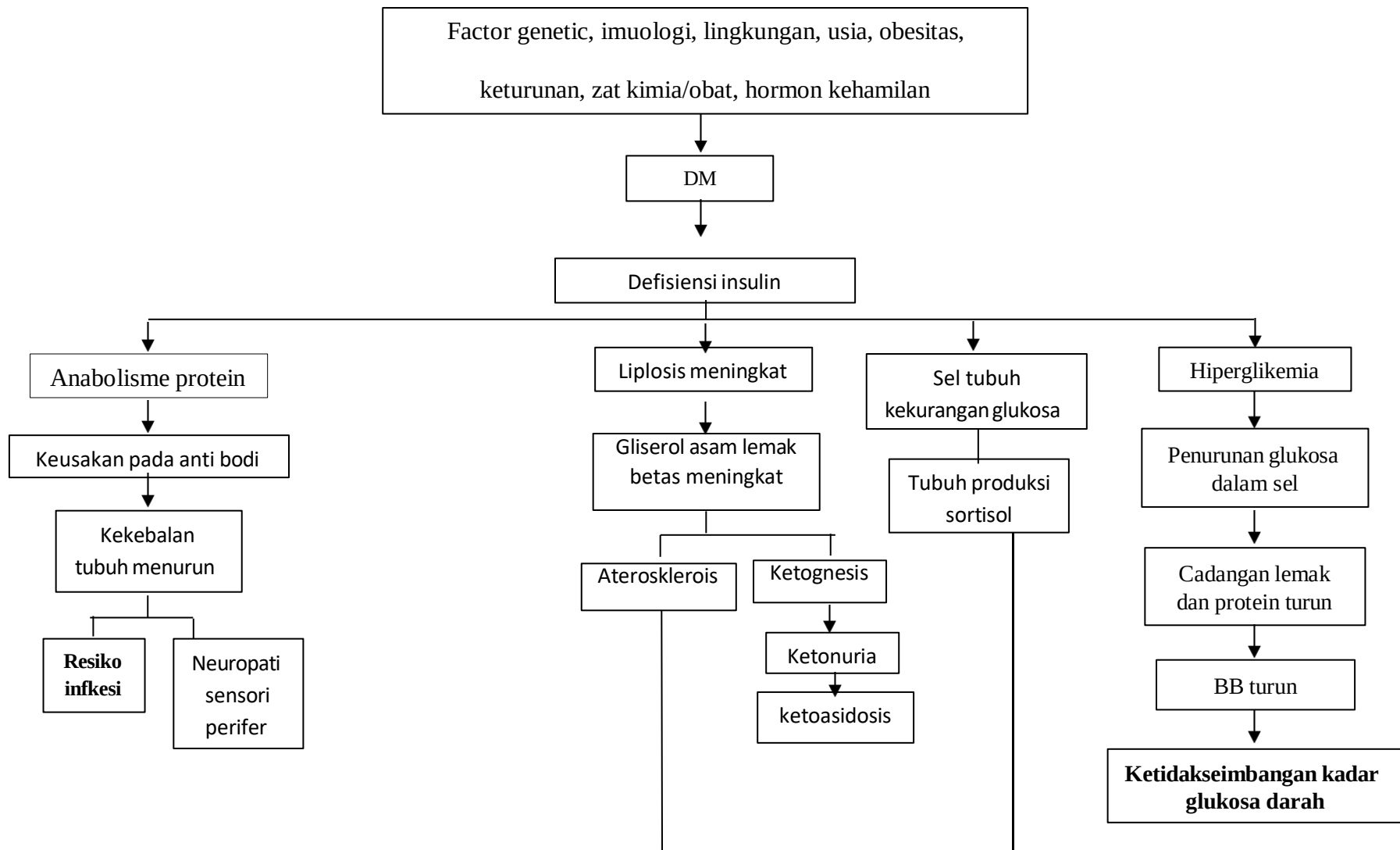
3) Berat badan menurun

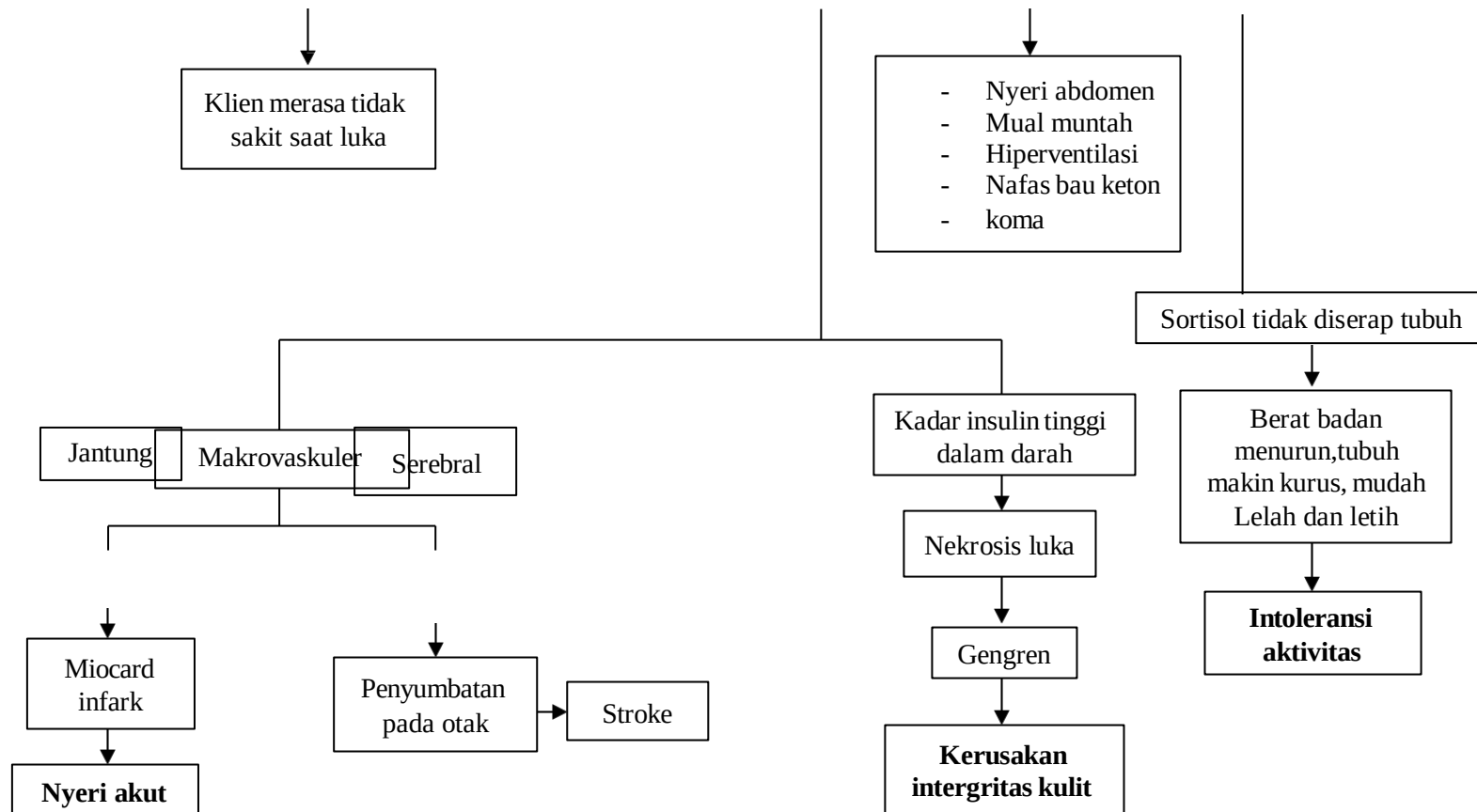
Ketika tubuh tidak mampu mendapatkan energi yang cukup dari gula karena kekurangan insulin, tubuh akan bergegas mengolah lemak dan protein yang ada di dalam tubuh untuk diubah menjadi energi.

Sumber : (Lestari, Zulkarnain & Aisyah Sijid, 2021

2.2.5. Pathway Diabetes Mellitus

1. Skema





Gambar 2.1 Skema Diabetes Mellitus (Andani, 2019)

2. Uraian Pathway Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus adalah penyakit metabolik yang terjadi akibat defisiensi insulin. *Diabetes Mellitus* dibedakan menjadi 2 yaitu diabetes tipe 1 dan diabetes tipe 2. Pada Diabetes tipe 2 disebabkan oleh faktor genetik, obesitas, usia, hipertensi, aktivitas fisik yang kurang, kadar HDL kolesterol ≤ 35 mg/dL, kebiasaan diet, serta riwayat diabetes gestasional. Akibat dari defisiensi insulin yaitu dengan berkurangnya pelepasan insulin, lamanya pelepasan insulin serta menurunnya sensitivitas insulin yang dapat mengganggu metabolisme karbohidrat, lemak, protein, serta dapat mengakibatkan hiperglikemia. Menurunnya produksi insulin pada metabolisme karbohidrat akan menurunkan proses glikolisis. Glikolisis merupakan pemecahan molekul glukosa untuk membentuk dua molekul asam piruvat. Glukosa pertama kali diubah menjadi fruktosa 1,6 fosfat dan kemudian dipecahkan menjadi 2 molekul atom berkarbon 3 kemudian diubah menjadi asam piruvat serta menghasilkan 2 molekul ATP. Glikolisis ini terjadi penurunan karena enzim yang berperan dalam glikolisis di inaktivasi tanpa adanya insulin. Karena glikolisis mengalami penurunan, guna mencukupi kebutuhan energi maka terjadi peningkatan proses glikogenolisis. Glikogenolisis merupakan proses pemecahan glikogen yang disimpan sel untuk menghasilkan kembali glukosa di dalam sel. Namun apabila simpanan glukosa dalam

tubuh tetap berkurang dan dibawah normal, cukup banyak proses pembentukan glukosa dari asam amino dan dari gugus glisterol lemak yang disebut proses glukoneogenesis. Proses tersebut akan merangsang hipotalamus untuk merangsang pusat lapar dan haus yang mengakibatkan polidipsi dan polifagia. Tetapi karena glukosa sendiri tidak mampu diserap oleh tubuh maka polidipsia dan polifagia tidak berefek pada metabolisme tubuh akibatnya muncul masalah keperawatan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Pada metabolisme lemak lipolisis akan meningkat dan terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi badan keton yang merupakan produksamping pemecahan lemak. Badan keton merupakan asam yang mengganggu keseimbangan asam basa tubuh apabila jumlahnya berlebihan. Ketoasidosis yang diakibatkannya dapat menyebabkan tanda-tanda dan gejala seperti nyeri abdomen, mual, muntah, hiperventilasi, nafas bau keton dan apabila tidak ditangani akan menimbulkan perubahan kesadaran, koma bahkan kematian. Diabetes Mellitus dapat juga mengalami komplikasi seperti retina diabetik yang apabila klien tidak dapat mempertahankan kontrol metabolik yang baik seperti dicerminkan oleh normalnya kadar glukosa dan lemak darah maka gangguan yang akan muncul masalah keperawatan resiko cidera. Pada metabolisme protein terjadi penurunan anabolisme protein kemudian terjadi kerusakan vaskuler pada neuropati

perifer yang dapat mengakibatkan ulkus dan muncul masalah keperawatan kerusakan integritas kulit. Adanya luka pada permukaan kaki akan mengakibatkan peningkatan leukosit dan terjadi resiko infeksi. Penderita *Diabetes Mellitus* baik tipe 1 atau tipe 2 kurang dapat menggunakan glukosa yang diperolehnya melalui makanan karena glukosa akan terakumulasi dalam plasma darah dan apabila melebihi batas normal terjadi hiperglikemia dan muncul masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah. Pada seseorang yang mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah muncul tanda gejala seperti badan yang lemas, mengantuk sehingga muncul masalah keperawatan intoleransi aktivitas. Jika konsentrasi glukosa dalam plasma darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar, akibatnya glukosa tersebut muncul dalam urin (glukosuria). Ketika glukosa yang berlebih diekskresikan dalam urin, ekskresi ini akan disertai dengan pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan diuresis osmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebihan, klien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dapat menyebabkan dehidrasi dan muncul masalah keperawatan kekurangan volume cairan elektrolit. Karena tindakan keperawatan yang tidak sesuai dengan penyakit, prognosis dan

kebutuhan pengobatan *Diabetes Mellitus* bisa memunculkan masalah keperawatan kurang pengetahuan (Andani, 2019)

2.2.6. Komplikasi

Komplikasi *Diabetes Mellitus* muncul secara akut dan kronik.

1. Komplikasi Akut

Komplikasi akut yang paling sering adalah reaksi hipoglikemia dan koma diabetik. Reaksi hipoglikemia adalah gejala yang timbul akibat tubuh kekurangan glukosa, dengan tanda-tanda antara lain yaitu merasa lapar, gemetar, keringat dingin, pusing dan sebagainya. Koma diabetik timbul karena kadar glukosa dalam tubuh terlalu tinggi, dan biasanya lebih dari 600 mg/dl. (Setiati S, dkk, 2014; Langlais, 2015).

2. Komplikasi Kronik

Komplikasi kronik secara luas dapat diklasifikasikan sebagai komplikasi vaskular dan non vaskular. Komplikasi vaskular terbagi atas makrovaskular dan mikrovaskular.

- Komplikasi makrovaskular terjadi karena aterosklerosis pada pembuluh darah besar yang meliputi penyakit jantung, serebral dan arteri perifer. Manifestasi klinis komplikasi jantung meliputi rasa tidak nyaman atau nyeri pada dada dan nafas yang disertai mual (diaforesis). Manifestasi komplikasi serebral dapat meliputi kebutaan pada salah satu mata, kelemahan pada satu sisi tubuh, baal, kesulitan bicara, kebingungan, atau penglihatan ganda. Gejala penyakit pada

arteri perifer meliputi kram pada tungkai setelah berjalan dan kehilangan sensasi dengan denyut nadi tidak teraba pada ekstremitas yang terkena.

- Komplikasi mikrovaskular meliputi retinopati, nefropati dan neuropati diabetik. Retinopati diabetik ditandai dengan penglihatan 27 kabur yang disebabkan oleh perubahan permeabilitas pembuluh darah retina yang mengakibatkan edema, fase lanjutnya kehilangan penglihatan secara mendadak seperti glukoma dan ablasio retina. Nefropati diabetika dapat berlangsung secara diam-diam selama bertahun-tahun karena tanda dan gejala baru muncul setelah ada kerusakan jaringan renal dengan persentase yang signifikan. Manifestasi klinis kerusakan renal berat meliputi edema perifer, mual dan muntah, letih, gatal dan kenaikan berat badan (karena penumpukan cairan). Manifestasi neuropati diabetik dapat terjadi segera setelah diagnosis DM ditegakkan. Neuropati otonom dapat mengakibatkan impotensi, gangguan saluran cerna, disfungsi kandung kemih dan hipotensi ortostik, nyeri merupakan masalah serius yang berkaitan dengan neuropati otonom yang bersifat intermiten (kontinu) dan biasanya makin parah pada malam hari. Komplikasi non vaskular mengenai pada rongga mulut. (Chang E, Daly J, Elliot D, 2010)

2.2.7. Pemeriksaan Diagnostik

Arora (2017) Untuk menentukan penyakit *Diabetes Mellitus*, pasien juga dilakukan test diagnostik, diantaranya :

- a. Postprandial, dilakukan 2 jam setelah makan atau setelah minum. Angka diatas 130 mg/dl mengindikasikan diabetes.
- b. Hemoglobin glikosilat: Hb1C adalah sebuah pengukuran untuk menilai kadar gula darah selama 140 hari terakhir. Angka Hb1C yang melebihi 6,1% menunjukkan diabetes.
- c. Tes toleransi glukosa oral. Setelah berpuasa semalaman kemudian pasien diberi air dengan 75 gr gula, dan akan diuji selama periode 24 jam. Angka gula darah yang normal dua jam setelah meminum cairan tersebut harus < dari 140 mg/dl.
- d. Tes glukosa darah dengan finger stick Jari ditusuk dengan sebuah jarum, sample darah diletakkan pada sebuah strip yang dimasukkan kedalam celah pada mesin glukometer, pemeriksaan ini digunakan hanya untuk memantau kadar glukosa yang dapat dilakukan dirumah.

2.2.8. Penatalaksanaan

Tujuan utama penatalaksanaan *Diabetes Mellitus* adalah untuk mencegah komplikasi dan menormalkan aktivitas insulin di dalam tubuh. penatalaksanaan DM terdiri dari empat pilar yaitu edukasi, diet, latihan jasmani dan pengobatan secara farmakologi (Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, 2011).

a) Edukasi

Edukasi yang bertujuan untuk mendukung upaya pasien diabetes untuk memahami perjalanan alami penyakitnya, mengetahui cara pengelolaannya, dan mengenali secara dini masalah kesehatan atau komplikasi yang mungkin timbul, kepatuhan pemantauan diabetes, dan perilaku manajemen diri penyakit, disertai dengan perubahan yang diperlukan dalam perilaku kesehatan.

b) Diet

Standar yang dianjurkan adalah pola makan dengan komposisi karbohidrat, protein, dan lipid seimbang sesuai pola makan lengkap, khususnya karbohidrat: 45-65% total asupan energi, protein: 10-20% total asupan energi, lipid: 20-25% dari kebutuhan kalori. Jumlah kalori disesuaikan berdasarkan pertumbuhan, status gizi, usia, tingkat stres dan aktivitas fisik untuk mencapai dan mempertahankan berat badan ideal. Jumlah kalori yang dibutuhkan dihitung dari berat badan ideal dikalikan dengan kebutuhan kalori dasar (30 Kkal/kg berat badan untuk pria dan 25 Kkal/kg berat badan untuk wanita). Pada dasarnya kebutuhan kalori penderita diabetes tidak berbeda dengan mereka yang tidak menderita diabetes, yakni harus memenuhi kebutuhan aktivitas fisik dan psikis serta menjaga berat badan mendekati batas ideal.

c) Latihan Jasmani

Kegiatan latihan jasmani dapat menurunkan gula darah dengan meningkatkan penyerapan glukosa otot dan meningkatkan pemanfaatan insulin. Sirkulasi darah dan kekencangan otot juga dapat ditingkatkan melalui olahraga. Penderita diabetes sebaiknya diajarkan untuk berolahraga pada waktu dan intensitas yang sama setiap hari. (Brunner dan Suddart, 2012)

d) Farmakologi

Makan dan berolahraga selama jangka waktu tertentu (2 hingga 4 minggu). Jika kadar gula darah tidak mencapai target, dilakukan intervensi farmakologis dengan agen hipoglikemik oral (OHO) dan/atau suntikan insulin. Dalam kasus tertentu, OHO dapat digunakan segera, sendiri atau dikombinasikan, tergantung indikasi. Dalam situasi dekompensasi metabolik yang parah, seperti ketoasidosis, stres berat, penurunan berat badan yang cepat, dan ketonuria, insulin dapat segera diberikan.

e) Non Farmakologi

Pada pengobatan non farmakologi bisa memanfaatkan tanaman obat, misalnya jamu atau buah-buahan. Pada penelitian ini pare digunakan sebagai pengobatan alternatif untuk menurunkan kadar gula darah pada pasien diabetes.

2.2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus

2.2.1. Pengkajian

Asuhan keperawatan kepada pasien dengan diagnosa *Diabetes Mellitus* terkait dengan permasalahan keperawatan yang muncul meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, serta evaluasi keperawatan yang tepat (Manurung, 2018).

Langkah-langkah pengkajian meliputi :

1) Pengumpulan Data / Anamnesa

Identitas Pasien meliputi nama, umur, 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*, agama, suku/bangsa, alamat, status, tanggal masuk Rumah Sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis (NANDA, 2013).

2) Keluhan Utama

Pada klien *Diabetes Mellitus* dengan gangguan nutrisi biasanya mengeluhkan lemas, tampak lesu sebagai akibat dari kelainan metabolisme dari karbohidrat, lemak dan protein. Biasanya lemas dirasakan seperti tidak berdaya, didapatkan data terjadi anoreksia, mual, muntah, sehingga dapat mempengaruhi intake nutrisi oral yang kemudian dapat dimanifestasikan misalnya terjadinya rambut kering, konjungtiva pucat, tonus otot buruk,

pusing dan lain sebagainya. Pada klien *Diabetes Mellitus* dengan gangguan nutrisi biasanya dirasakan sampai penurunan berat badan, lemas dirasakan terus-menerus. Pada klien *Diabetes Mellitus* dengan gangguan integritas kulit biasanya dirasakan nyeri (ringan, sedang berat).

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada umumnya klien dengan *Diabetes Mellitus* akan mengeluh adanya gejala-gejala spesifik seperti poliuria, polidipsi, dan poliphagia, yang mengeluh kelemahan dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya. Keluhan lain yang dapat terjadi berupa kesemutan, gatal, mata kabur, dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritis vulva pada wanita 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 (Manurung, 2018). Keluhan nyeri pada klien dikaji dengan menggunakan metode PQRST.

P (*Provokatus-paliatif*) : Apa faktor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri ?

Q (*Quality-quantity*) : Seperti apakah nyeri yang dirasakan tajam, tumpul, atau tersayat ?

R (*Regio-radiasi*) : Daerah mana nyeri dirasakan ?

S (*Scala-serverity*) : Seberapa parah nyeri dirasakan dan intensitasnya bagaimana ?

T (*Time*) : Berapa lama atau waktu serangan frekuensi nyeri.
(Marunung, 2011)

a) 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 pasien pernah dirawat di rumah sakit karena keluhan yang sama (Smeltzer, 2011).

b) Riwayat Kesehatan Keluarga

Dari riwayat keluarga biasanya terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita *Diabetes Mellitus* atau penyakit keturunan yang dapat menyebabkan terjadinya defisiensi insulin misalkan hipertensi dan jantung (Maria, 2021).

4) Pola Aktivitas Sehari-hari

a) Pola Nutrisi dan Cairan

Pola nutrisi dan cairan meliputi kebiasaan atau pola makan pasien teratur atau tidak dan berapa banyak porsi sekali makan, apakah pasien sering makan makanan tambahan atau cemilan terutama yang manis-manis, apakah ada keluhan selalu merasa lapar walaupun sudah banyak makan atau ada keluhan penurunan atau hilang nafsu makan (anoreksi) karena mual atau muntah, apakah pasien melanggar program diet yang telah ditetapkan dengan cara memakan makanan yang dipantang, apakah ada penurunan berat badan dalam periode beberapa hari atau minggu, kaji apakah ada keluhan banyak

minum dan selalu merasa haus (Aini & Aridiana, 2016).

b) Pola Eliminasi

Perubahan pola berkemih (poliuria), nokturia, rasa nyeri/terbakar pada kandung kemih, kesulitan berkemih (infeksi) akibat ISK baru/berulang, nyeri saat abdomen ditekan. Tandanya urine encer, pucat, poliuria (dapat berkembang menjadi oliguria/anuria jika terjadi hipovolemia berat), urine berkabut dan berbau busuk (terjadi infeksi) (Subiyanto, 2019).

c) Pola Istirahat / Tidur

Pada pasien *diabetes mellitus* mengalami gangguan tidur/istirahat pada malam hari dikarenakan sering kencing, dan nyeri pada kaki (karena PAD). Hal ini disebabkan karena kadar glukosa darah > 200 mg/dL (hiperglikemia) yang menyebabkan pasien diabetes mellitus sering kencing.

d) Pola aktivitas dan personal/ hygiene

Pada pola aktivitas dan personal hygiene biasanya didapatkan rasa lemah, letih, dan penurunan kekuatan otot, sehingga pasien sulit bergerak/berjalan (beraktivitas). Kaji kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri yang meliputi makan atau minum, mandi, berpakaian, toileting, dan kaji apakah pasien dibantu atau dapat melakukan secara mandiri (Tarwoto, 2012).

e) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pola persepsi dan pemeliharaan dapat dikaji tentang pada bahan-bahan yang berisiko pada kesehatan seperti merokok, mengkonsumsi alkohol, menggunakan obat-obatan (Arjatmo, 2002).

dalam (Khomsiyah, 2020)).

f) Pola peran dan hubungan interaksi sosial

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 dukungannya yang diberikan orang-orang terdekat klien baik dari segi moril ataupun materil (Menurut Nursalam, 2011 dalam (Khomsiyah, 2020)).

g) Pola persepsi diri dan toleransi terhadap stress

Perlu dikaji apakah ada masalah tentang penyakit yang dialaminya. Kemungkinan pasien menunjukkan kecemasan bahkan terdapat perasaan depresi terhadap penyakitnya. Hal ini diakibatkan karena proses penyakit yang lama, kurangnya pengetahuan tentang prosedur tindakan yang dilakukan. Perlu dikaji pandangan hidup pasien terhadap segala tindakan keperawatan yang dijalani. Kaji ungkapan pasien tentang ketidakmampuan koping/ penggunaan koping yang maladaptif dalam menghadapi penyakitnya, perasaan negatif tentang tubuhnya, pasien merasa kehilangan fungsi tubuhnya, kehilangan kebebasan, dan kehilangan kesempatan untuk menjalani kehidupannya (Nur Aini, 2016).

h) Pola seksualitas atau reproduksi

Pola seksualitas atau reproduksi dikaji tentang penggunaan kontrasepsi pada wanita yang dapat mempengaruhi kesehatannya serta masalah seksualitas yang meliputi impotensi pada laki-laki

dan kesulitan orgasme pada wanita (Menurut Rohmah, 2009 dalam (Khomsiyah, 2020)).

i) Pola keyakinan dan nilai

Pola keyakinan dan nilai meliputi keyakinan dan persepsi pasien terhadap penyakit dan kesembuhannya dihubungkan dengan agama yang pasci em anut. Bagaimana aktifitas spiritual pasien selama pasien menjalani perawatan di rumah sakit dan siapa menjadi pendorong atau pemberi motivasi untuk kesembuhannya (Menurut Rohmah, 2009 dalam (Khomsiyah, 2020)).

5) Pemeriksaan Fisik

Menurut (Nursalam, 2011), pemeriksaan fisik meliputi :

a) Keadaan Umum

Meliputi keadaan penderita, tingkat kesadaran klien yang meliputi komposmetis (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 tapi masih memberikan reaksi rangsangan), delirium (penurunan kesadaran disertai kekacauan motorik klien tampak gelisah), semi koma (penurunan kesadaran yang tidak diberikan rangsangan verbal namun pupil dan kornea masih baik), lesu, tampak lelah, lemas, tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, respirasi).

b) Kepala dan leher pada umumnya ditemukan sebagai berikut :

Kepala : normal simetris kanan kiri

Leher : tidak ada kelainan pembesaran vena jugularis
 Mata : kering, konjungtiva pucat
 Lidah : berwarna merah, bengkak
 Bibir : bengkak, pecah-pecah pada sudut bibir
 Gusi : meradang, mudah berdarah.

c) Sistem pernafasan

Biasanya frekuensi nafas normal bila tidak terdapat komplikasi, akan sedikit meningkat pada klien diabetes yang sudah lansia karena menurunnya otot-otot pernafasan sehingga kemampuan pengembangan paru juga menurun. Akan didapatkan pernafasan *kussmaul* 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 *paraestasia* atau *paralysis* pada otot-otot pernafasan (jika kadar Kalium menurun cukup tajam).

d) Sistem kardiovaskuler

Penderita Diabetes Mellitus juga lebih mudah menderita infark jantung dan daya pompa otot jantung lemah sehingga penderita mudah sesak napas ketika jalan atau naik tangga (payah jantung/dekompensasi kordis). Pembuluh darah penderita diabetes mellitus mudah menyempit dan tersumbat oleh gumpalan darah. Penyempitan pembuluh darah pada penderita diabetes mellitus disebut angiopati diabetik. Angiopati diabetik pada pembuluh darah besar atau sedang disebut makroangiopati diabetik, sedangkan pada

pembuluh darah kapiler disebut mikroangiopati diabetik (Nur Aini, LM. 2016).

e) System neuro sensori

Biasanya didapatkan data penurunan sensasi sensori, rasa pusing/*vertigo*, sakit kepala, kesemutan, kelemahan otot, bahkan sampai paraesthesia, gangguan penglihatan (*retinopati*, *katarak*, *glaukoma*), 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.

f) System musculoskeletal

Sistem muskoloskeletal biasanya terjadi penurunan kekuatan otot, dan juga adanya keluhan kram pada otot

g) System endokrin

Sistem endokrin pada klien diabetes mellitus didapatkan gejala trias yaitu *poliuria*, *polidipsi*, dan *poliphagia*. Kondisi klien akan lebih berat jika penderita mempunyai penyakit penyerta lain terutama gangguan pada hormon lain. Oleh karena itu perlu dikaji penyakit yang dapat ditimbulkan oleh kerja hormon-hormon tersebut seperti adanya pembesaran kelenjar *tiroid paratiroid*, *moonface*, adanya tremor. Jika tidak ada gangguan hormon lain maka pengkajian difokuskan pada hal-hal yang berhubungan dengan *Diabetes Mellitus* seperti *trias P*, penggunaan insulin, dan faktor *hipoglikemik*.

h) System genitourinaria

Sistem genitourinaria biasanya terjadi perubahan pola dan frekuensi berkemih (*poliuria*) dan terkadang *nokturia*, rasa nyeri dan terbakar saat berkemih, kesulitan berkemih karena infeksi, bahkan bisa terjadi infeksi saluran kemih (ISK). *Urine* akan tampak lebih encer, pucat, kuning, dan poliuria dapat berkembang menjadi *oliguria/anauria* 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.

i) System integument

Pada umumnya kulit penderita diabetes mellitus kurang sehat atau kuat dalam hal pertahanannya, sehingga mudah terkena infeksi dan penyakit jamur (Nur Aini, L. M 2016).

j) System gastrointestinal

a) Menurut Mansjoer Pada umumnya abdomen mengalami kekakuan.

b) Sedangkan menurut (Nur Aini, L. M 2016), sistem Gastrointestinal sebagai berikut:

a) Lambung

Serabut saraf yang memelihara lambung akan rusak sehingga fungsi lambung untuk menghancurkan makanan menjadi lemah, kemudian lambung menggelembung sehingga proses pengosongan lambung terganggu dan makanan lebih lama tertinggal di dalam lambung. Keadaan ini akan menimbulkan rasa mual, perut terasa penuh,

kembung, makanan tidak lekas turun, kadang-kadang timbul rasa sakit di ulu hati, atau makanan terhenti di dalam dada.

b) Usus

Gangguan pada usus yang paling sering dialami penderita diabetes mellitus adalah sukar buang air besar, perut kembung, kotoran keras, buang air besar hanya sekali dalam 2-3 hari. Kadang terjadi sebaliknya yaitu penderita menunjukkan keluhan diare 4-5 kali sehari, kotoran banyak mengandung air, sering timbul pada malam hari. Semua ini akibat komplikasi saraf pada usus besar. Sumber : (Nur Aini, L. M 2016)

6) Pemeriksaan Penunjang

- 1) Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) memanjang antara 100-125mg/dl (5,6 – 6,9 mmol/L)
- 2) Gula darah sewaktu/acak > 200 mg/dl (11,1 mmol/L)
- 3) Gula darah puasa normal (70 – 115 mg/dl) atau diatas normal (≥ 120 mg/dl)
- 4) Gula darah dua jam *post prandial* (PP) lebih dari 140 mg/dl
- 5) Essei hemoglobin glikolisat diatas rentang normal (normal : 5-6%)
- 6) Urinalisis positif terhadap glukosa dan keton, berat jenis dan osmolalitas urine mungkin meningkat
- 7) Kolestrol dan trigliserida serum dapat meningkat
- 8) Elektrolit :
Natrium : mungkin normal, meningkat atau menurun

Kalium : mungkin normal atau terjadi peningkatan semu akibat perpindahan seluler, selanjutnya akan menurun

Fosfor : lebih sering menurun

- 9) Gas darah arteri: biasanya menunjukkan pH rendah dan penurunan pada HCO_3 (asidosis metabolik) dengan kompensasi alkalosis respiratorik.
- 10) Trombosit darah: Ht mungkin meningkat (dehidrasi), leukositosis: hemokonsentrasi merupakan respon terhadap stress atau infeksi.
- 11) Ureum atau kreatinin: mungkin meningkat atau normal (dehidrasi atau penurunan fungsi ginjal).
- 12) Amilase darah: mungkin meningkat yang mengindikasikan adanya pankreatitis akut sebagai penyebab dari DKA.
- 13) 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.
- 14) Pemeriksaan fungsi tiroid: peningkatan aktivitas hormon tiroid dapat meningkatkan glukosa darah dan kebutuhan akan insulin.
- 15) Urine: gula dan aseton positif: berat jenis dan osmolalitas mungkin meningkat.

- 16) Kultur dan sensitivitas: kemungkinan adanya infeksi pada salurankemih, infeksi pernafasan dan infeksi pada luka.

Sumber : (Tjandra, 2009)

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah keehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Okja SDKI DPP PPNI, 2016). Diagnosa Keperawatan yang muncul pada Diabetes Mellitus, sebagai berikut:

1) (D.0129) Kerusakan Integritas Kulit

Definisi :

Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane 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 :

Data Subjektif : (tidak tersedia)

Data Objektif :

- a) Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

Gejala dan Tanda Minor :

Data Subjektif : (tidak tersedia)

Data Objektif :

- a) Nyeri
- b) Pendarahan
- c) Kemerahan
- d) Hematoma

2) (D.0142) Resiko Infeksi

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 :
 - a) Gangguan peristaltic
 - b) Kerusakan integritas kulit
 - c) Perubahan sekresi pH
 - d) Penurunan kerja siliaris
 - e) Ketuban pecah lama
 - f) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - g) Merokok
 - h) Statis cairan tubuh
- f) Ketidakdekuatan pertahanan tubuh sekunder :
 - a) Penurunan hemoglobin
 - b) Imunosupresi
 - c) Leukopenia
 - d) Supresi respon inflamasi
 - e) Vaksinasi tidak adekuat

3) (D.0056) Intoleransi Aktivitas

Definisi :

Ketidakcukupan energi melakukan aktivitas sehari-hari.

Penyebab :

- a) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan
- b) Oksigen
- c) Tirah baring

- d) Kelemahan
- e) Imobilitas
- f) Gaya hidup monoton

Gejala dan Tanda Mayor :

Data Subjektif :

- a) Mengeluh lelah

Data Objektif :

- a) Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi sehat

Gejala dan Tanda Minor :

Data Subjektif :

- a) Dyspnea saat/setelah aktivitas
- b) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
- c) Merasa lemah

Data Objektif :

- a) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat
- b) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah beraktivitas
- c) Gambaran EKG menunjukkan iskemia
- d) Sianosis

4) (D.0077) Nyeri Akut

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 dari 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 :

Data Subjektif : (tidak tersedia)

Data Objektif :

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

Gejala dan Tanda Minor :

Data Subjektif : (tidak tersedia)

Data Objektif :

- a) Tekanan darah meningkat
- b) Pola nafas berubah
- c) Nafsu makanberubah
- d) Proses berpikirterganggu
- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada dirisendiri
- g) Diaphoresis

5) (D.0027) Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Definisi :

Variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal

Penyebab :

Hiperglikemia

1. Disfungsi pancreas
2. Resistensi insulin
3. Gangguan toleransi kadar glukosa darah
4. Gangguan glukosa darah puasa

Hipoglikemia

5. Penggunaan insulin atau obat glikemik oral
6. Hyperinsulinemia (mis. Insulinoma)
7. Endokrinopati (mis. Kerusakan adrenal atau pituitary)
8. Disfungsi hati
9. Disfungsi ginjal kronis
10. Efek agen farmakologis
11. Tindakan pembedahan neoplasma
12. Gangguan metabolic bawaan (mis. Gangguan penyimpanan lisosomal, galaktosemia, gangguan penyimpanan glikogen)

Gejala dan Tanda Mayor :

Hipoglikemia

Data Subjektif :

- a) Mengantuk
- b) Pusing

Data Objektif :

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

Hiperglikemia

Data Subjektif :

- a) Lelah atau lesu

Data Objektif :

- a) Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi

Gejala dan Tanda Minor

Hipoglikemia

Data subjektif :

- a) Palpitasi
- b) Mengeluh lapar

Data Objektif :

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

Hiperglikemia

Data Subjektif :

- a) Mulut kering
- b) Haus meningkat

Data objektif

- a) Jumlah urin meningkat

6) (D.0009) Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer

Definisi :

Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh

Penyebab :

1. hiperglikemia
2. penurunan konsentrasi hemoglobin\
3. Peningkatan tekanan darah
4. kekurangan volume cairan
5. penurunan aliran arteri dan/atau vena
6. kurang terpapar informasi tentang factor pemberat (mis. merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imoilitas)
7. kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis. diabetes mellitus, hiperglikemia)
8. kurang aktivitas fisik

Gejala dan Tanda Mayor :

Data Subjektif : (tidak tersedia)

Data Objektif :

- a) pengisian kapiler > 3 detik
- b) nadi perifer menurun atau tidak tersedia
- c) akral terasa dingin
- d) warna kulit pucat
- e) turgor kulit menurun

Gejala dan Tanda Minor :**Data Subjektif :**

- a) partesia
- b) nyeri ektermitas (klaudikasi intermenten)

Data Objektif :

- a) edema
- b) penyembuhan luka lambat
- c) indeks-brachial<0.90
- d. bruit femora

2.2.3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2017).

Tabel 2. 1 SDKI, SLKI, dan SIKI

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Intervensi Keperawatan (SLKI)	Evaluasi Keperawatan (SIKI)
Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka integritas kulit meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan	Perawatan integritas kulit (I.11353). Observasi 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Intervensi Keperawatan (SLKI)	Evaluasi Keperawatan (SIKI)
	kulit menurun	mobilitas) Terapeutik 2. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 3. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 4. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 5. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 6. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 7. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi 8. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) 9. Anjurkan minum air yang cukup 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 12. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Intervensi Keperawatan (SLKI)	Evaluasi Keperawatan (SIKI)
		13. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah 14. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
Resiko Infeksi D.0142	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10. Anjurkan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Intervensi Keperawatan (SLKI)	Evaluasi Keperawatan (SIKI)
		meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
Intoleransi Aktivitas D.0056]	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan Lelah menurun 2. Dispnea saat aktivitas menurun 3. Dispnea setelah aktivitas menurun 4. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Energi (I.05178) Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 7. Berikan aktivitas distraksi yang

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Intervensi Keperawatan (SLKI)	Evaluasi Keperawatan (SIKI)
		menenangkan 8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 9. Anjurkan tirah baring 10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 12. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 13. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
Nyeri Akut D.0077	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Intervensi Keperawatan (SLKI)	Evaluasi Keperawatan (SIKI)
	3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 10. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11. Kontrol

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Intervensi Keperawatan (SLKI)	Evaluasi Keperawatan (SIKI)
		lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 18. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Ketidakstabilan kadar glukosa darah D.0027	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka keseimbangan	Manajemen Hiperglikemia (I.15506) Observasi 1. Identifikasi kemungkinan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Intervensi Keperawatan (SLKI)	Evaluasi Keperawatan (SIKI)
	cairan meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Koordinasi meningkat 2. Kesadaran meningkat 3. Mengantuk menurun 4. Pusing menurun 5. Lelah/lesu menurun 6. Keluhan lapar menurun 7. Gemetar menurun 8. Berkeringat menurun 9. Mulut kering menurun 10. Rasa haus menurun 11. Perilaku aneh menurun 12. Kesulitan bicara menurun 13. Kadar glukosa dalam darah membaik 14. Kadar glukosa dalam urine membaik 15. Palpitasi membaik 16. Perilaku membaik 17. Jumlah urine membaik	penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kambuhan) 3. Monitor kadar glukosa dalam darah, jika perlu 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Monitor intake dan output cairan 6. Monitor keton urin, kadar Analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi Terapeutik 7. Berikan asupan cairan oral 8. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk 9. Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Intervensi Keperawatan (SLKI)	Evaluasi Keperawatan (SIKI)
		Edukasi 10. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250mg/dL 11. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 12. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 13. Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu 14. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan) Kolaborasi 15. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu 16. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu 17. Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Intervensi Keperawatan (SLKI)	Evaluasi Keperawatan (SIKI)
Perfusi Perifer Tidak Efektif [D.0009]	Setelah dilakukam intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil : 1. kekuatan nadi perifer meningkat 2. warna kulit pucat menurun 3. pengisian kapiler membaik 4. akral membaik 5. turgor kulit membaik	Perawatan sirkulasi [I.02079] Observasi 1. periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna suhu, ankle-brachial indek) 2. identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi (mis. diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolestrol tinggi) 3. monitor panas kemerahan ,neyeri, atau bengkak pada ektermitas) Terapeutik 4. Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 5. hindari pengukuran tekanan darah pada ektermitas keterbatasan perfusi 6. hindari penekanan dan pemasangan terniquet pada area yang cidera 7. lakukan pencegahan infeksi 8. lakukan perawatan kuku dan kaki 9. lakukan hidrasi Edukasi 10. anjurkan berhenti merokok 11. anjurkan berolahraga rutin 12. anjurkan mengecek air kamar mandi untuk menghindari kulit terbakar 13. anjurkan menggunakan obat penuranaan tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolestrol, jika perlu

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Intervensi Keperawatan (SLKI)	Evaluasi Keperawatan (SIKI)
		14. anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 15. anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta 16. anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki) 17. anjurkan program rehabilitasi vascular 18. ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) 19. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)

2.2.4. Implementasi

Implementasi atau pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan di mulai setelah rencana tindakan di susun dan di anjurkan pada nursing orders untuk membatuklien dalam tujuan yang di harapkan. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantuklien dalam mencapai tujuan yang telah di tetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memanifestasi koping.

Perencanaan tindakan keperawatan akan dapat di laksanakan dengan baik,jika klien mempunyai keinginan untuk beradaptasi dalam pelaksanaan tindakankeperawatan. Selama tahap pelaksanaan, perawat harus melakukanpengumpulan data dan memilih tindakan keperawatan

yang paling sesuai dengan kebutuhan klien. Semua tindakan keperawatan di catat dalam format yang telah ditetapkan semua institusi.

Dalam melakukan asuhan keperawatan, perawat harus mampu bekerjasama dengan klien, keluarga, serta anggota tim kesehatan yang lain, sehingga asuhan yang diberikan dapat optimal dan komprehensif. (Nursalam, 2011).

2.2.5. Evaluasi

Evaluasi adalah hasil penilaian dengan cara membandingkan perubahan pasien (yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat di tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan, meneruskan rencana tindakan keperawatan. 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 (Berman, 2009). Suara (2010), 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

BAB III

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara ilmiah mengumpulkan data dengan tujuan untuk mampu mendeskripsikan, mendemonstrasikan, mengembangkan dan menemukan pengetahuan, teori, memahami, memecahkan dan mengantisipasi permasalahan dalam kehidupan manusia (Sugiyono: 2012)

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan suatu kesatuan rencana yang terinci mengenai cara memperoleh data, menganalisis data dan menginterpretasikan data (Nursalam, 2011). Desain penelitian yang digunakan dalam penulisan Karya tulis ilmiah ini adalah deskriptif kualitatif dengan studi kasus. Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian suatu unit penelitian secara intensif misalnya satu pasien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi. Desain penelitian yang mencakup pengkajian suatu unit penelitian secara intensif searah dengan tujuan penelitian yaitu penulis menganalisa tentang asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan suatu pernyataan yang membatasi masalah agar tidak terlalu luas pembahasannya (Nursalam, 2017). Batasan istilah yang dipakai dalam penelitian ini terbatas pada Asuhan Keperawatan Pada klien Diabetes Mellitus tipe II yang merupakan pasien baru dengan kesadaran Composmetis serta nilai gula darah >200 mg/dl dengan atau tanpa komplikasi

penyakit. Asuhan keperawatan merupakan proses di dalam praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien untuk memenuhi kebutuhan secara holistik sehingga mampu mengatasi berbagai masalah kesehatan berdasarkan ilmu ilmu keperawatan.

Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Diabetes Mellitus yaitu proses kegiatan keperawatan dengan cara memberikan perawatan pada pasien, dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia. Berpegang pada standar keperawatan, antara lain pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan secara tepat selama pasien dirawat di rumah sakit. Peneliti mengikuti kegiatan Asuhan Keperawatan yang diberikan kepada pasien Diabetes Mellitus dengan kadar gula darah acak ≥ 200 mg/dL.

3.3. Partisipan

Partisipan merupakan sesuatu yang diteliti atau pihak yang dijadikan sebagai subyek dalam sebuah penelitian. Partisipan yang digunakan pada penelitian ini adalah pasien Diabetess Mellitus yang dirawat di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek, dengan kriteria :

- 1) Pasien diabetes mellitus kadar gula darah acak ≥ 200 mg/dL.
- 2) Pasien dengan kesadaran composmentis dan kooperatif
- 3) Pasien dengan hari rawat minimal 3 hari di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 4) Pasien tidak mengalami komplikasi dan penyakit penyerta.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi

Lokasi dalam melakukan Asuhan Keperawatan pada klien Diabetes Melitus rencana dilaksanakan di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek

3.4.2 Waktu

Waktu pengambilan data dalam melakukan studi kasus pada pasien *diabetes mellitus* dilaksanakan pada bulan Februari s/d Maret 2025

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan Pengumpulan Data

Instrument dan metode pengumpulan data sebenarnya sama halnya dengan evaluasi data, sebab setelah kita memperoleh data maka perlu dilakukan perbandingan data yang telah didapat dengan standart yang telah ditentukan. Bahan atau instrument pengumpulan data adalah alat yang digunakan untuk mengukur dan mengidentifikasi data yang akan dikumpulkan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Dalam penelitian ini instrumen yang digunakan peneliti adalah format asuhan keperawatan KMB dengan Diabetes melitus (Pengkajian, Diagnosa, intervensi, implementasi, sampai evaluasi), pedoman observasi, pengukuran dengan alat, alat pemeriksaan laboratorium, atau dokumen yang relevan. Metode pengumpulan menggunakan data primer (wawancara dan pemeriksaan fisik) dan data sekunder (hasil pemeriksaan laboratorium, hasil catatan status pasien dari tenaga medis yang lain

serta studi dokumentasi). Semua proses pengumpulan data dilaksanakan sesuai dengan protokol kesehatan yang berlaku.

3.5.2 Metode

Metode pengumpulan dengan menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer berupa wawancara, pemeriksaan fisik sesuai protocol kesehatan (inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi), sedangkan data sekunder berupa hasil pemeriksaan laboratorium, hasil catatan status pasien dari tenaga medis yang lain serta dokumentasi.

3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data

Menurut Sugiyono (2020) menyatakan bahwa secara umum terdapat 4 macam teknik pengumpulan data, yaitu observasi, wawancara, dokumentasi dan gabungan/triangulasi (observasi, wawancara dan observasi).

1. Observasi

Menurut Nasution dalam Sugiyono (2020) observasi adalah kondisi dimana dilakukannya pengamatan secara langsung oleh peneliti agar lebih mampu memahami konteks data dalam keseluruhan situasi sosial sehingga dapat diperoleh pandangan yang holistik (menyeluruh).

2. Wawancara

Menurut Esterberg dalam Sugiyono (2020) wawancara merupakan pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu.

3. Dokumentasi

Menurut Sugiyono (2020) dokumentasi merupakan pengumpulan dari catatan peristiwa yang sudah berlaku baik berbentuk tulisan, gambar/foto atau karya-karya monumental dari seseorang/instansi.

4. Triangulasi

Menurut Sugiyono (2014) triangulasi merupakan teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Dalam teknik triangulasi peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data pada karya tulis ilmiah dilakukan untuk membuktikan apakah penelitian yang dilakukan benar-benar merupakan penelitian ilmiah sekaligus untuk menguji data yang diperoleh. Uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif meliputi uji, *credibility*, *transferability*, *dependability*, dan *confirmability* (Sugiyono, 2007).

3.6.1 Kepercayaan (*Credibility*)

Credibility bermakna kebenaran atau kepercayaan hasil yang mengindikasikan kenyataan yang sesungguhnya terjadi. Kredibilitas ini dapat dilihat dari kemampuan penulis mengeksplorasi masalah sesuai konteks, pemilihan pasien sesuai dengan masalah, pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan langkah-langkah, serta pendokumentasian

sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan.

3.6.2 Keteralihan (Transferbility)

Transfebility adalah sejauh mana penerapan hasil studi kasus pada suatu subyek studi kasus dapat diterapkan pada subyek penelitian yang lain. Artinya apakah asuhan kepearawatan yang dilaksanakan ini dapat diterapkan pada pasien lain dengan fenomena keperawatan yang sesuai, dan dapat dijadikan sebagai perbandingan oleh penulis yang lain atau studi kasus lain yang sesuai.

3.6.3 Kebergantungan (Depandability)

Dependability adalah kesesuaian metode yang dipergunakan untuk menjawab pokok permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan. Dalam melakukan penelitian, peneliti menggunakan metode studi kasus.

3.6.4 Kepastian (Confirmability)

Confirmabillity mengandung makna bahwa sesuatu itu obyektif jika mendapatkan persetujuan dari pihak-pihak lain terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang. Kondisi ini dapat diperoleh melalui poses bimbingan yang telah mencapai kesepakatan antara pembimbing I, II dan mahasiswa, ujian proposal untuk mendapatkan kritikan dan masukan. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data klien saat melakukan asuhan keperawatan.

3.7 Analisa Data

Pada dasarnya proses analisis data itu dimulai dari menelaah data secara keseluruhan yang telah tersedia dari berbagai macam sumber, baik itu pengamatan, wawancara dengan klien, catatan lapangan dan yang lainnya. Analisis data pada studi kasus merupakan masalah yang paling kritis, serius, dan memerlukan kerja keras serta kesepahaman bersama. Hal ini terjadi karena belum adanya pola, metode, formula yang jelas serta variasi data yang sangat tinggi. Prinsip yang harus dipegang dalam analisis studi kasus yang merupakan jenis penelitian kualitatif adalah proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis kesenjangan data antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan. Kesenjangan dapat dilakukan dengan cara membandingkan antara teori dan fakta dalam suatu tabel yang kemudian diinterpretasikan secara jelas sehingga mudah dipahami temuannya dan dapat diinformasikan ke orang lain.

3.8 Etika Penelitian

3.8.1 Informed Consent (Lembar Persetujuan Menjadi Responden)

Informed consent merupakan pernyataan tertulis kesediaan responden sebagai subjek dalam penyusunan karya tulis ilmiah. Peneliti mendatangi calon responden dan memberikan penjelasan tentang tujuan dari penelitian dan meminta kesediaan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Apabila mereka bersedia menjadi responden maka dipersilahkan untuk menandatangani informed consent. Apabila subjek tidak bersedia menjadi responden maka peneliti tetap menghormati

haknya.

3.8.2 Anonymity (Tanpa Nama)

Nama dari responden tidak perlu dicantumkan pada lembar pengumpulan data, untuk mengetahui keikut sertaannya peneliti cukup dengan menuliskan nama inisial.

3.8.3 Confidentiality (Kerahasiaan)

Artinya kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijamin kerahasiaannya. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan / dilaporkan pada hasil Karya Tulis Ilmiah

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

4.1.1 Gambaran Asuhan Penelitian

Berdasarkan dari hasil pengambilan kasus yang di lakukan pada 1 orang pasien, Ny. J dengan Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Kab. Trenggalek pada 23 april 2025 sampai tanggal 25 april 2025. Ruang raflesia merupakan salah satu ruang bagian dari sistem pelayanan rumah sakit yang berada di lingkup instalasi rawat inap. Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo memiliki kapasitas tempat tidur pasien 22 yang terdiri dari 1 ruang HCU terdapat 3 tempat tidur, 1 ruang isolasi yang di gunakan untuk pasien tetanus terdapat 2 tempat tidur, dan 17 tempat tidur untuk pasien yang memiliki penyakit tidak menular yang ada seperti Diabetes Mellitus, Gagal Ginjal, Anemia. Ketenagaan perawat di ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo terdapat 15 tenaga medis itu sendiri, 1 Administrasi dan tenaga cleaning servis ada 2 orang.

4.1.2 Pengkajian

1) Biodata

Tabel 2. 2 Identitas Pasien

Identitas Pasien	Keterangan
Nama	: Ny. J
Jenis Kelamin	: Perempuan
Umur	: 54 Tahun
Status Perkawinan	: Kawin
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Agama	: Islam
Pendidikan Terakhir	: SD
Tanggal/Jam MRS	: 22 April 2025/ 11.45 WIB
Tanggal/Jam Pengkajian	: 23 April 2025/10.00 WIB
Diagnosa Medis	: DM

2) Riwayat Penyakit

Tabel 2. 3 Riwayat Penyakit

Keluhan Utama	Klien mengatakan seluruh badannya lemas
Riwayat Penyakit Sekarang	Klien mengatakan lemas kurang lebih satu minggu, pusing, mual, dan tidak nafsu makan. Selanjutnya pada tanggal 21 April 2025 jam 18.00 WIB oleh keluarga dibawa keluarga ke klinik Panggul, lalu pada tanggal 22 April jam 09.00 WIB dirujuk ke Rumah Sakit dr. Soedomo Trenggalek, lalu tiba di IGD jam 11.45 WIB dan dilakukan pemeriksaan laboratorium hasil GDA 398 mg/dl, dengan keluhan badan lemas, mual, dan BAK sering. Setelah dilakukan tindakan keperawatan

Klien pindah ke ruang Raflesia pada tanggal 22 April 2025 pada pukul 14.40 pasien mengeluh badan lemas dan dilakukan pengecekan GDA 384 mg/dl. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 23 April 2025 klien mengatakan seluruh badannya lemah, merasa sering haus, mual, dan tidak nafsu makan, kemudian dilakukan pemeriksaan GDA 327 mg/dl dan diberikan terapi sliding scale jalan 3cc/jam

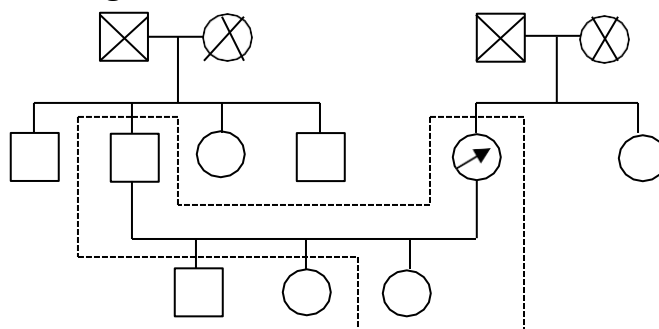
Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengatakan dari tahun 2013 di diagnosa mengalami Diabetes Mellitus, dengan gejala awal sering BAK. Klien mengatakan kontrol rutin di RS dan rutin minum obat. Klien juga mengatakan cek gula darah sendiri jika badan merasa lemas, dan klien juga disuntik insulin jika hasil dari gula darah tinggi.

Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan dalam keluarganya tidak terdapat anggota yang memiliki riwayat Diabetes Mellitus.

Genogram



Keterangan :



: Laki – laki



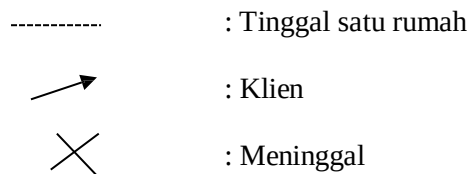
: Perempuan



: Garis Perkawinan



: Garis Keturunan



3) Pola Aktivitas Sehari – hari

Tabel 2. 4 Pola Aktivitas Sehari-hari

Pola Aktivitas	Dirumah	Di Rumah Sakit
Makan dan Minum	Makan: klien mengatakan makan 3x/hari dengan jenis makan nasi, sayur (jenis sayur bening, jarang makan sayur bersantan), lauk (tahu, tempe) dengan porsi sedang dan habis 1 porsi. Keluarga mengatakan semenjak sakit ini ± 3 hari nafsu makan klien menurun. Klien juga mengatakan bahwa mematuhi program diet yang telah ditetapkan pada pasien <i>Diabetes Mellitus</i> yaitu rendah karbohidrat, lemak, dan gula. Serta tinggi serat, protein. Minum: klien mengatakan minum air putih sebanyak 7-8 gelas/hari lebih atau biasanya 2-3 botol aqua tanggung, terkadang juga minum teh manis dan kopi.	Makan: Klien mengatakan tidak nafsu makan, makan 3x/hari sesuai jadwal makan dari RS namun hanya makan 3-4 sendok makan saja. Dengan jenis makanan nasi lembek, sayur bening, lauk, dan buah (tampak dimeja pasien makanan masih terlihat banyak dan hanya dimakan sedikit saja). Keluarga pasien juga mengatakan pasien kurang nafsu makan semenjak pasien mengeluh mual. Minum: klien mengatakan sering merasa haus, klien minum air putih aqua tanggung 600 ml/hari bisa habis 3botol
Pola Eliminasi	BAB: Klien mengatakan biasanya BAB normal sehari 1x, lunak dan berbentuk, bau khas feses dan warna kecoklatan, BAK: Klien mengatakan sering BAK semenjak dinyatakan mengalami DM terutama saat malam hari ± 7 kali perhari.	BAB: Klien mengatakan belum BAB saat di lakukan pengkajian. BAK : Klien terpasang selang kateter dengan UT 800 cc/6 jam
Pola Istirahat dan Tidur	Klien mengatakan tidur siang pukul 13.00 WIB sampai 14.00 WIB klien mengatakan tidur malam pukul 21.30 WIB	Klien mengatakan saat di Rs. Siang dan malam hanya banyak tidur karena lemas yang dirasa dan terbangun saat dilakukan Tindakan

	pasien mengatakan sering terbangun dan merasakan ingin buang air kecil dan bangun pagi pukul 05.00 WIB atau saat mendengar adzan shubuh.	keperawatan. Klien tidur siang pukul 12.30 sampai 14.00 dan malam pukul 20.00 dan bangun pukul 06.00 atau saat mendegar suasana RS sudah ramai pasien tidur ± 10 jam.
Kebersihan Diri	Klien mengatakan mandi 2x sehari biasa pagi 08.00 WIB dan sore pukul 16.00 WIB, menggosok gigi 2x sehari dan keramas 2x seminggu	Saat di RS klien hanya disibin oleh keluarga 2x sehari (pagi dan sore) dengan air hangat dan hanya berkumur dengan air putih setelah makan seluruh aktivitas dibantu keluarga

4) Riwayat Psikososial

a) Pengkajian Kognitif dan Sensori Persepsi

Tabel 2. 5 Pengkajian Kognitif dan Sensori Persepsi

Status Mental	Klien dengan status mental emosional stabil
Bahasa Yang Digunakan	Klien menggunakan bahasa jawa dan bahasa indonesia
Kemampuan Berbicara	Klien mampu diajak bicara dengan lancar dan tidak cedal
Klien Membaca	Klien mampu membaca tulisan tanpa menggunakan alat bantu baca
Pendengaran	Klien mampu mendengar, tidak berdenging, tidak menggunakan alat bantu pendengaran
Vertigo	Klien mengalami sedikit pusing
Pengetahuan pasien tentang penyakit	Klien mengatakan paham mengenai penyakitnya yang sudah lama diderita
Persepsi Tentang Penyakit	Klien mengatakan penyakitnya timbul karena pola hidup yang kurang sehat

b) Pola Konsep Diri dan Hubungan atau Interaksi Sosial

Tabel 2.6 Pola Konsep Diri dan Hubungan atau Interaksi Sosial

Gambaran Diri	Pasien mengatakan bahwa semakin tua rentan terhadap penyakit
Harga Diri	Pasien mengatakan tidak merasa harga diri rendah
Peran	Pasien mengatakan sebagai seorang istri dan ibu dalam keluarganya
Identitas Diri	Pasien mengatakan seorang perempuan bernama Ny. J berusia 54 tahun, yang tinggal di desa terbis
Sistem Dukungan	Klien mengatakan orang terdekatnya yaitu suaminya.
Dukungan Keluarga Selama	Klien mengatakan selama di RS dia selalu ditemani oleh suami, dan anaknya.

di RS

c) Pola Koping dan Nilai Kepercayaan

Tabel 2.7 Pola Koping dan Nilai Kepercayaan

Masalah utama selama masuk RS	Klien mengatakan masalah selama di RS kebersihan dirinya kurang dikarenakan kondisi yang lemah
Kehilangan/perubahan yang terjadi sebelumnya	Klien mengatakan menerima kondisinya saat ini
Takut terhadap kekerasan	Klien mengatakan selama di RS tidak mengalami perilaku kekerasan
Takut terhadap masa depan	Klien mengatakan optimis untuk segera sembuh dan memperbaiki pola hidupnya
Keyakinan agama	Klien mengatakan beragama Islam dan rutin menjalankan ibadah, saat dirawat di RS klien mengatakan hanya berdoa dan berbaring ditempat tidur

5). Pemeriksaan Fisik

Tabel. 2.8 Pemeriksaan Fisik

Observasi	Hasil Observasi
a) Keadaan Umum	Keadaan umum klien lemah hanya berbaring diatas bed, tingkat kesadaran kesadaran composmentis GCS E4M5V6. Klien terpasang infus RL 20 tpm ditangan kanan, terpasang nasal kanul 3 lpm, terpasang selang kateter dengan UT 800 cc, BB awal 40 kg dan BB terakhir 35 kg sejak sakit 2 bulan yang lalu.
b) Tanda-tanda Vital	TD : 100/63 mmHg Suhu : 36,5°C SPO2 : 98% N : 114x/menit RR : 20x/menit GDA: 327 mg/dl BB sebelum sakit: 40 kg BB sesudah sakit: 35kg TB: 155 cm IMT: $\frac{BB}{(TB \times TB)} = \frac{35}{(1,55 \times 1,55)} = \frac{35}{2,40} = 14,5$
c) Pemeriksaan Kepala dan Leher 1) Kepala dan Rambut	Inspeksi : bentuk kepala bulat simetris kanan dan kiri, persebaran rambut merata, warna rambut hitam merata, keadaan rambut kering, bersih tidak berketombe maupun berkutu dan tidak ada pembesaran vena jugularis, trakea tepat ditengah

	Palpasi : tidak ada benjolan, tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala dan tidak ada pembesaran kelenjar tyroid
2) Mata	Inspeksi : simetris kanan kiri, mata tampak sayu dan kelopak mata tampak sedikit gelap atau cowong, pupil mengecil bila terkena cahaya, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sclera putih, tidak ada tanda-tanda pembuluh darah pecah pada mata Palpasi : tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedema, tidak ada nyeri tekan Pemeriksaan visus : tidak terjadi penurunan ketajaman penglihatan karena pasien mampu melihat huruf dalam jarak 5 meter pasien tidak menggunakan alat bantu lihat
3) Hidung	Inspeksi : tidak ada perdarahan, tidak ada sekret pada lubang hidung, tidak ada sumbatan pada hidung, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak terpasang alat bantu nafas Palpasi : septum nasi tepat ditengah, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan
4) Telinga	Inspeksi : telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan Palpasi : tidak ada benjolan/massa, tidak ada nyeri tekan, suara bisik dapat terdengar 3-5 meter
5) Mulut	Inspeksi : tidak ada sianosis, keadaan mulut tampak kering dan sedikit pecah-pecah, terdapat sariawan pada lidah, gigi masih lengkap
d) Pemeriksaan Intergumen	Inspeksi : warna kulit coklat dan pucat, terdapat bekas luka pada telapak kaki , kulit tampak bersih , kuku bersih tidak panjang Palpasi : akral dingin, turgor <2 detik, CRT <2 detik.
e) Pemeriksaan Thorax	1) Paru-paru Inspeksi : bentuk dada normal chest, tidak terdapat retraksi intercosta, irama nafas regular, RR : 20x/menit Palpasi : saat pasien bernafas dilakukan pemeriksaan palpasi antara lapang paru kanan dan kiri memiliki getaran yang sama Perkusi : batas paru suara perkusi sonor Auskultasi : tidak ada nafas tambahan 2) Jantung Inpeksi: tidak terdapat pulsasi Palpasi: Ictus Cordis teraba diICS 5 mid clavicula kiri selebar $\pm$ 2cm, tekanan kuat, regular.

	Perkusi: suara perkusi pekak pada batas jantung Auskultasi: bunyi jantung 1 terdengar di ICS mid clavicula sinistra bunyi jantung 2 terdengar di ICS 11 dekstra dan sinistra, tidak terdapat bunyi jantung tambahan. Frekuensi denyut jantung 103x/menit, irama regular.				
f) Payudara	Inpeksi : simetris kanan dan kiri, aerola berwarna hitam, tidak ada lesi Palpasi : tidak teraba benjolan pada payudara				
g) Pemeriksaan Abdomen	Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak ada bayangan pembuluh darah, tidak ada bekas luka operasi Auskultasi : bising usus terdengar dengan frekuensi 18x/menit Palpasi : tidak teraba massa atau benjolan, tidak ada pembesaran pada hepar, tidak ada nyeri tekan pada perut Perkusi : suara abdomen terdengar tympani				
h) Genetalia	Tidak dilakukan pemeriksaan pada genetalia				
i) Ekstermitas	Inspeksi : terpasang infus RL 20 tpm ditangan kanan, terdapat bekas luka pada telapak kaki kiri, tampak lemah, tidak terjadi penurunan kekuatan otot. Klien mengatakan tidak pernah olahraga Palpasi : akral dingin, CRT < 2 detik, tidak ada edema. Kekuatan otot : <table border="1"> <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				
j) Sistem Endokrin	Penggunaan insulin: Sp Sliding scale 3cc /jam Faktor hipoglemik: Tidak ada tanda-tanda tremor, tidak mengalami keringat dingin, tidak mengalami gangguan kesadaran, tidak takikardi.				
6) Pemeriksaan Neurologis					
Kesadaran/GCS	Tingkat kesadaran composmentis, GCS : E4V5M6 4 : Klien dapat membuka mata dengan spontan 5 : Klien dapat berorientasi dengan baik terhadap orang, waktu, dan tempat 6 : Klien dapat mengikuti perintah dengan baik				
Kemampuan Sensorik	Klien dapat merasakan sentuhan, getaran, tajam, maupun tumpul				
Kemampuan Motorik	Klien dapat mengikuti perintah, klien mampu				

menggerakkan tangan kanan dan kiri, serta kaki kiri dan kanan.

Kekuatan Otot :

5	5
5	5

Reflek	a) Reflek Fisiologis Reflek bisep (+) Reflek trisep (+) b) Reflek Patologis Reflek babinski (-) Reflek patela (-)
Nervus Kranialis	a) Nervus I (Olfaktorius) : Baik, tidak ada gangguan penciuman b) Nervus II (Optikus) : Baik, tidak ada gangguan penglihatan c) Nervus III (Okulomotorius) : Pergerakan bola mata tidak terganggu (bola mata ke atas) d) Nervus IV (Troclearis) : Pergerakan bola mata tidak terganggu (bola mata ke bawah) e) Nervus V (Trigeminus) : Reaksi gerakan mengunyah, sensori wajah, gigi, reflek kornea, lidah dan berkedip tidak ada gangguan f) Nervus VI (Abdusen) : Pergerakan bola mata ke kanan dan kiri tidak ada gangguan g) Nervus VII (Fasialis) : Tidak ada gangguan ekspresi wajah h) Nervus VIII (Vestibulokoklearis) : Tidak ada gangguan pendengaran i) Nervus IX (Glosfaringeus) : Tidak ada gangguan pengecap j) Nervus X (Vagus) : Tidak ada gangguan menelan k) Nervus XI (Aksesorius) : Tidak ada gangguan pergerakan bahu l) Nervus XII (Hipoglossus) : Tidak ada gangguan pergerakan lidah terdapat luka sariawan pada lidah

7) Pemeriksaan Penunjang

Tabel 2.9 Pemeriksaan Darah Lengkap

Tanggal Pemeriksaan	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
22-04-2025 (12:00:00)	Hematologi			
	Darah Lengkap			
	Hemoglobin	12.8	g/dL	12.5-16.0
	Hematokrit	38.6	%	37.0-47.0
	Lekosit	6.9	$10^3/\mu\text{L}$	4.0-10.5
	Trombosit	511	$10^3/\mu\text{L}$	150-450
	Eritrosit	2.26	juta/ μL	3.50-4.76
	- MCV	82.3	fL	78.0-100.0
	- MCH	25.6	pg	31.0-37.0
	- MCHC	31.1	g/dL	37.0-54.0
	RDW-SD	45.8	fL	37.0-54.0
	RDW-CV	14.9	%	11.0-16.0
	PDW	15.9	fL	0.9-17.0
	MPV	7.2	fL	0.8-11.0
	Hitung Jenis (DIFF) :			
	- Basofil#	0.0	$10^3/\mu\text{L}$	<0.1
	- Eosinofil#	0.1	$10^3/\mu\text{L}$	<0.7
	- Neutrofil#	25.5	$10^3/\mu\text{L}$	1.5-6.6
	- Limfosit#	0.8	$10^3/\mu\text{L}$	1.5-3.5
	- Monofosit#	0.5		<1.0
	FAAL GINJAL			
	Ureum	14.5	mg/dL	15.0-45.0
	Creatinin	0.40	mg/dL	0.6-1.1
	eGFR	118		
	FAAL HATI			
	SGOT	6.2	U/L	9.0-25.0
	SGPT	6.6	U/L	7.0-30.0
	GULA DARAH			
	Glukosa Darah	398	mg/dL	
22-04-2025 (12.00)	Gula Darah Acak	384	mg/dL	
23-04-2025 (10.00)	Gula Darah Acak	327	mg/dL	

2) Penatalaksanaan (Terapi dan Pengobatan)

- 1) Infus RI 500cc (20tpm)/24 jam
- 2) Injeksi Anbacim 2x1mg
- 3) Injeksi Ranitidine 3x1mg
- 4) Injeksi Metoclopramide 3x1mg
- 5) Sliding

4.1.3 Analisa Data

Tabel 2.10 Analisa Data

No.	Analisa Data	Masalah	Etiologi
1.	DS : 1) Klien mengeluh badan lemas ± sejak 1 minggu yang lalu 2) Klien mengatakan sering merasa haus DO : 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran composmentis GCS 456 3) Tanda-tanda vital: TD: 100/63mmHg N: 114x/menit S: 36,5°C RR:20 SPO2:98% 4) - Gula darah saat MRS :398 mg/dl - Gula darah di ruang raflesia : 384mg/dl - Gula darah pengkajian : 327mg/dl	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	DM Tipe 2 ↓ Resistensi Insulin ↓ Hiperglikemia ↓ Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
2.	DS : 1) Klien mengatakan seluruh badannya lemah	Intoleransi Aktivitas	Hiperglikemia ↓ Kelemahan ↓ Intoleransi Aktivitas

DO :

1) Keadaan umum lemah

2) tampak lemah

3) Tanda-tanda vital:
TD: 100/63 mmHg

N: 114x/menit

S: 36,5°C

RR:20

SPO2:98%

4) Kekuatan otot

$$\begin{array}{c|c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$$

5) Aktivitas di RS dibantu

6) Tampak berbaring di bed

7) IMT 14,5

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 2. 11 Diagnosa Keperawatan

No.	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
1.	23/04/2025	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia dibuktikan dengan : DS : 1) Klien mengeluh badan lemas ± sejak 1 minggu yang lalu 2) Klien mengatakan sering merasa haus DO : 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran composmentis GCS 456 3) Tanda-tanda vital: TD: 100/63mmHg N: 114x/menit		

S: 36,5°C

RR:20

SPO2:98%

- 4) _ – Gula darah saat MRS:398 mg/dl
 - Gula darah di ruang raflesia: 384mg/dl
 - Gula darah saat pengkajian : 327mg/dl

2. 23/04/2025 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan:
 DS :

- 1) Klien mengatakan seluruh badannya lemah

DO :

- 1) Keadaan umum lemah
 2) Klien tampak lemah
 3) Tanda-tanda vital:

TD: 100/63 mmHg

N: 114 x/menit

S: 36,5°C

RR:20

SPO2:98%

- 4) Kekuatan otot

$$\begin{array}{r|l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$$

- 5) Aktivitas di RS dibantu
 6) Tampak berbaring di bed
 7) IMT 14,5
-

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 12 Intervensi Keperawatan

NO.	TANGGAL	SDKI	SLKI	SIKI	RASIONAL
1.	23/04/2025	(D.0027) Ketidakstabilan Glukosa Darah	Kadar Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah berada pada rentang normal dengan kriteria hasil : 1) Lelah/lesu menurun (5) 2) Kadar glukosa dalam darah membaik (5) 3) Gemetar menurun (5) 4) Mulut kering menurun (5)	Observasi : 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulinmeningkat(mis.pen yakit kambuhan) 3) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 4) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polydipsia,polifagia. Kelemahan, malaise,pandangan kabur, sakit kepala) 5) Monitor intake dan output cairan 6) Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi Terapeutik : 7) Berikan asupan cairan oral 8) Konsultasi dengan medis jika tanda dan	Observasi 1) Mengetahui kemungkinan penyebab hiperglike mia 2) Mengetahui situasi yang menyebab kan 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 frekuensi nadi Terapeutik 7) Membantu memberikan asupan cairan oral 8) Membantu medis jika pasien mengalami tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk. 9) Membantu memberikan ambulasi jika ada hipotensi

	hiperglikemia tetap ada atau memburuk	ortostatik Edukasi
9)	Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik	10) Motivasi pasien untuk menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL
	Edukasi :	
10)	Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL	11) Motivasi pasien untuk monitor kadar glukosa darah secara mandiri
11)	Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	12) Motivasi pasien untuk patuh terhadap diet dan olahraga
12)	Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga	13) Motivasi indikasi dan pentingnya pengujian keton urine
13)	Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu	14) Motivasi pasien pengelolaan diabetes Kolaborasi
14)	Ajarkan pengelolaan diabetes (mis.penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan)	15) Merencanakan pemberian insulin, jika perlu
	Kolaborasi :	16) Merencanakan pemberian cairan IV
15)	Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu	17) Merencanakan pemberian kalium, jika perlu
16)	Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu	
17)	Pemberian kalium jika perlu	

2.	23/04/2025	(D.0056) Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan respon fisiologis terhadap aktivitas membutuhkan yang tenaga meningkat dengan kriteria hasil : 1) Keluhan lelah menurun (5) 2) Perasaan lemah menurun (5) 3) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-	Observasi 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional 3) Monitor pola dan jam tidur 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 5) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 6) Lakukan rentang gerak pasif dan/atau aktif 7) Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan 8) Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak berpindah atau berjalan Edukasi dapat 9) Anjurkan tirah baring 10) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak	Observasi: 1) Mengetahu fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2) Mengetahu yang Menyebabkan pasien mengalami kelelahan fisik 3) Mengetahui pola dan jam tidur pasien 4) Mengetahui lokasi mana yang menyebabkan ketidaknyamanan pasien saat melakukan aktivitas 5) Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman 6) Melatih latihan gerak pasien agar tidak terjadi kekakuan otot 7) ketenangan serta kenyamanan 8) Melatih pasien untuk beraktivitas berpindah secara bertahap 9) Memberikan kenyamanan bagi pasien 10) Melatih pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap 11) Menjaga pasien agar komplikasi atau yang
----	------------	--	---	--	---

				berkurang 12) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 13) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	membahayakan pasien 12) Mengajarkan cara untuk mengurangi kelelahan yang dirasakan pasien 13) Merencanakan dengan ahli gizi mengenai asupan makanan yang dapat meningkatkan nafsu makan
--	--	--	--	---	---

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 2.13 Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Jam	23 April 2025	Jam	24 April 2025	Jam	25 April 2025
Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperqlikemia.	11.15	1 Mengobservasi tanda tanda vital pasien TD:110/66 mmHg N:112x/menit S: 36,5°C RR:20x/menit SPO2:98%	14.15	1. Melakukan pengecekan glukosa darah (hasil :298 mg/dl)	14.15	1. Mengobervasi keadaan umum pasien (pasien tampak berbaring lemah)
			14.25	2. Menjalankan sliding scale 3cc/jam	14.20	2. Mengobservasi TTV pasien TD:112/73 mmhg N:112 x/menit S:36,5°C RR:20x/menit SPO2:98%
	11.20	2 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemi (Terdapat tanda dan gejala hiperglikemia yaitu klien sering merasa dan bak).	15.00	3. Mengobservasi TTV pasien TD:104/62mmHg N:111x/menit S:36,7°C RR:20x/menit SPO2:98%	14.30	3. Melakukan pengecekan glukosa darah (hasil: 155 mg/dl)
	11.25	3 Memonitor intake dan output cairan	16.00	4. Memberikan injeksi sesuai program Ranitidine2x1mg, Ambacim 2x1gr Metoclopramide 2x10 mg	16.00	4. Memberikan injeksi sesuai program Ranitidine2x1mg Ambacim 2x1gr Metoclopramide 2x10 mg Pamol 3x500 mg Sliding scale jalan 1cc/jam
	12.00	4 Menanyakan kepada klien kebiasaan pola makan atau minum yang dapat menyebabkan hiperglikemia (klien mengatakan sering mengemil makanan manis dan minum manis seperti teh manis)	17.00	5. Memotivasi klien untuk patuh diit yang telah disarankan dokter dan ahli gizi .	17.00	5. Memotivasi klien untuk selalu patuh diit dengan mengurangi makanan atau minuman tinggi gula
	12.15	5 Memberikan injeksi sesuai program Ranitidine2x1m	17.10	6. Edukasi keluarga untuk mengatar klien control rutin ke poli penyakit dalam		

			Ambacim 2x1gr Metoclopramide 2x10 mg						
	13.00	6.	Memonitor kadar gula darah dengan mengecek kadar gula darah pasien(kadar gula darah pasien 327 Mg/dl dengan terpasang alat sliding scale 3cc/jm). Memotivasi klien untuk patuh diit yang telah disarankan dokter dan ahli gizi						
	13.10	7.	Mejalankan sliding scale 2cc/jam						
		8.	Mengedukasi keluarga untuk mengatar klien control rutin ke poli <u>penyakit</u>						
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	11.35	1.	Melakukan miring Menanyakan pola dan jam tidur pasien pada siang dan malam hari	14.10	1.	Melatih rentang gerak pasif dan/atau aktif seperti menggerakkan kaki dan tangan ke atas ke bawah, lalu dari berbaring ke posisi duduk	14.15	1.	Memotivasi klien untuk melakukan aktivitas secara bertahap seperti makan dan minum.
	12.00	2.	Menanyakan lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	14.30	2.	Mengajarkan aktivitas distraksi yang menenangkan seperti nafas dalam atau berikan pijatan.	14.25	2.	Melatih rentang gerak pasif dan/atau aktif seperti menggerakkan kaki dan tangan ke atas ke bawah,.
	12.05	3.	Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan berupa tarik nafas dalam	14.45	3.		15.00	3.	Mengajarkan aktivitas seperti berdiri disamping bed
							15.15	4.	Membantu pasien memakaikan baju.

12.15	4. Mengajarkan tirah baring		pembatasan pengunjung.
12.30	5. Melatih rentang gerak pasif atau aktif (menggerakkan anggota badan dengan berbaring misal mengakat kedua tangan dan kaki)	15.00	4. Mengajarkan melakukan aktivitas secara bertahap (duduk di samping bed)
13.00	6. Mengajarkan keluarga untuk membantu <u>Aktivitas</u>		
13.15	7. Memberikan edukasi diit dm_____		

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 2.14 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	23 Februari 2025	
	Jam	Akhir Shift
Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia	14.00	S: - Klien mengatakan badannya lemas O: - Keadaan umum lemah - Klien tampak berbaring ditempat tidur - Kesadaran composmentis GCS 456 - GDA : 245 mg/dL - Sp.Sliding Scale jalan 2 cc/jam - TTV TD : 100/62mmHg N :114x/menit S : 36,5oC RR :20x/menit SpO2 : 98% A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 1 sampai 7
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	14.00	S: - Klien mengatakan BAB dengan pispot dengan bantuan keluarga - Klien mengatakan makan masih disuapi keluarga O: - Keadaan umum lemah - Kesadaran composmentis GCS 456 - GDA : 245 mg/dL - Sp.Sliding Scale jalan 2 cc/jam - TTV TD : 100/62mmHg N :114x/menit S : 36,6oC RR :20x/menit SpO2 : 98% A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 1 sampai 6

4.1.8 Catatan Perkembangan

Tabel 2.15 Catatan Perkembangan

Diagnosa Keperawatan		24 April 2025			
		Jam	Awal Shift	Jam	Akhir Shift
Ketidakstabilan kadar glukosa berhubungan dengan hiperglikemia		14.00	S: - Klien mengatakan badannya masih lemas O: - Keadaan umum lemah - Kesadaran composmentis GCS 4/5 - GDA 330 mg/dl - Sp.Sliding scale jalan 4 cc/jam - Klien tampak berkeringat - Klien minum ngrosong - TTV : TD : 122/80mmHg N :112x/menit S : 36,6oC RR :20x/menit SpO2 : 96% A: Masalah belum teratasi. P: Intervensi lanjut 1-6	21.00	S: - Klien mengatakan badannya masih lemas O: - Keadaan umum lemah - Kesadaran composmentis GCS 4/5 - GDA : 231 mg/dL - Sp sliding scale 3cc/jam - TTV TD : 119/81mmHg N :110x/menit S : 36,8oC RR :20x/menit SpO2 : 96% A: Masalah belum teratasi P: Intervensi lanjut 1-5
Intoleransi Berhubungan Kelemahan Aktivitas Dengan		14.00	S: - Klien mengatakan BAB masih menggunakan pispot dibantu keluarga O: - Keadaan umum lemah - Klien ingin mencoba untuk gerakan sederhana - Kesadaran composmentis GCS 4/5 - TTV TD : 122/80mmHg N :112x/menit S : 36,6oC	21.00	S: - Klien mengatakan BAB masih menggunakan pispot dibantu keluarga. - Keluargamengatakan klien mulai belajar makan sendiri dan beraktivitas sendiri O: - Keadaanumum lemah - Kesadaran composmentis GCS 4/5 - Klien mampu aktivitas seperti makan minum dan gerakan sederhana . - TTV

	RR :20x/menit SpO2 : 96% A: Masalah belum teratasi P: Intervensi lanjut 1-4	TD : 119/81mmHg N :110x/menit S : 36,8oC RR :20x/menit SpO2 : 96% A: Masalah belum teratasi P: Intervensi lanjut 1-4
--	--	--

Diagnosa Keperawatan		25 April 2025	
	Jam	Awal Shift	Akhir Shift
Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia	14.00	S: - Klien mengatakan badan lemas jika beraktivitas O: - Keadaan umum lemah - Kesadaran composmentis GCS 4/5 - Rasa haus menurun - Kadar glukosa darah menurun - GDA : 164 mg/dL - Sp.Sliding Scale jalan 1 cc/jam - TTV TD : 137/87mmHg N :114x/menit S : 36,5oC RR :20x/menit SpO2 : 98% A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi 3-4	21.00 S: - Klien mengatakan lemas mulai berkurang O: - Keadaan umum lemah - Kesadaran composmentis GCS 4/5 - Kadar glukosa darah menurun - Rasa haus menurun - Klien minum banyak berkurang - GDA : 139 mg/dL - Sp.Sliding Scale standby - TTV TD : 137/87mmHg N :114x/menit S : 36,5oC RR :20x/menit SpO2 : 98% A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dihentikan Memeriksa edukasi kepada klien dan keluarga cara manajemen hidup sehat dengan diabetes melitus
	14.00	S : - Klien mengatakan sudah mulai bisa dari duduk dibed lalu pindah ke kursi	21.00 S : - Klien mengatakan mampu aktivitas ke kamar mandi di dampingi keluarga

O : - Klien ingin mencoba untuk aktivitas ke kamar mandi - TTV TD : 137/87 mmHg N : 114x/menit S : 36,5oC RR : 20x/menit SpO2 : 98% A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi Dihentikan	O : - Klien ingin terus belajar beraktivitas sendiri - TTV TD : 137/87 mmHg N : 114x/menit S : 36,5oC RR : 20x/menit SpO2 : 98% A: Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan klien KRS. Beri edukasi untuk meningkatkan latihan gerak aktif agar tidak terjadi penurunan kekuatan otot
---	---

4.1.9 Hasil Analisis Asuhan Keperawatan

Tabel 2.16 Analisis Asuhan Keperawatan

No.	Teori	Fakta	Kesenjangan
1.	Identitas Pasien Meliputi nama, umur, 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 presdiposisi atau bahkan faktor presipitasi terjadinya penyakit Diabetes Mellitus. Agama, suku/bangsa, alamat, status, tanggal masuk Rumah Sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis.	Berdasarkan hasil penelitian pada klien Diabetes Mellitus terhadap Ny. J dengan usia 54 tahun, berasal dari suku Jawa, beragama Islam, pendidikan terakhir SD, bekerja sebagai ibu rumah tangga dan bertempat tinggal di Desa Terbis, Panggul, Trenggalek. Tanggal masuk rumah sakit 22 April 2025 dan tanggal pengkajian 23 April 2025.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta.
2.	Keluhan Utama: Diabetes Melitus biasanya mengeluhkan rasa ingin selalu berkemih, meningkatnya rasa haus, penglihatan kabur, terus merasa lapar, kelemahan dan keletihan, terkadang terjadi penurunan berat badan, rasa kesemutan pada kaki/tungkai bawah, rasa raba yang menurun, adanya luka yang tiak sembuh dan berbau, adanya nyeri pada luka(Nur Aini & Ledy Martha A, 2016)	Klien mengatakan seluruh badannya lemas.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta.
3.	Riwayat Penyakit Sekarang : Data diambil saat pengkajian berisi tentang perjalanan penyakit klien Sejak kapan pasien mengalami tanda gejala Diabetes	Klien mengatakan lemas kurang lebih satu minggu, pusing, mual, dan tidak nafsu makan. Selanjutnya pada tanggal 21 April 2025 jam 18.00 WIB oleh keluarga dibawa keluarga ke klinik Panggul, lalu pada tanggal 22 April jam 09.00 WIB dirujuk ke	Terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta.

	Melitus dan apakah sudah dilakukan untuk mengatasi gejala tersebut sebelum dibawa ke rumah sakit sampai mendapatkan perawatan di ruangan. Pada umumnya klien dengan Diabetes Mellitus akan mengeluh adanya gejala-gejala spesifik seperti poliuria, polidipsi, dan poliphagia, yang mengeluh kelemahan dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya. Keluhan lain yang dapat terjadi berupa kesemutan, gatal, mata kabur, dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritis vulva pada wanita 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 (Manurung, 2018).	Rumah Sakit dr. Soedomo Trenggalek, lalu tiba di IGD jam 11.45 WIB dan dilakukan pemeriksaan laboratorium hasil GDA 398 mg/dl, dengan keluhan badan lemas, mual, dan BAK sering. Setelah dilakukan tindakan keperawatan Klien pindah ke ruang Raflesia pada tanggal 22 April 2025 pada pukul 14.40 pasien mengeluh badan lemas dan dilakukan pengecekan GDA 384 mg/dl. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 23 April 2025 klien mengatakan seluruh badannya lemah, merasa sering haus, mual, dan tidak nafsu makan, kemudian dilakukan pemeriksaan GDA 327 mg/dl dan diberikan terapi sliding scale jalan 3cc/jam
4. Riwayat Kesehatan Dahulu Adanya riwayat penyakit DM atau penyakit lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin misalnya penyakit pankreas. Adanya riwayat penyakit jantung, obesitas, aterosklerosis, serta tindakan medis yang pernah didapat ataupun obat-obatan yang biasa digunakan oleh penderita. (Smeltzer, 2011).	Klien mengatakan dari tahun 2013 di diagnosa mengalami Diabetes Mellitus, dengan gejala awal sering BAK. Klien mengatakan kontrol rutin di RS dan rutin minum obat. Klien juga mengatakan cek gula darah sendiri jika badan merasa lemas, dan klien juga disuntik insulin jika hasil dari gula darah tinggi.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta
5. Riwayat Penyakit Keluarga	Klien mengatakan dalam keluarganya tidak terdapat	Terdapat kesenjangan antara teori

Dari genogram keluarga biasanya terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita DM atau penyakit keturunan yang dapat menyebabkan terjadinya defisiensi insulin, misalnya (Mubarak, 2015).

anggota yang memiliki riwayat Diabetes Mellitus.

dengan fakta.

6. Pola Nutrisi dan Cairan

Menurut teori pada umumnya klien dengan diabetes mellitus menekankan bahwa pengkajian pola nutrisi dan cairan harus mencakup, jenis dan jumlah makanan serta minuman yang dikonsumsi, toleransi terhadap makanan (mual, muntah, diare, dll.), status hidrasi (input dan output cairan), berat badan, IMT, adanya penyakit yang memengaruhi intake dan kebutuhan nutrisi. Pasien dengan diabetes mellitus membutuhkan diet khusus yang terkontrol (rendah karbohidrat sederhana, lemak jenuh, dan gula) serta asupan cairan cukup, karena glukosa darah yang tinggi dapat menyebabkan dehidrasi akibat diuresis osmotik. (Potter&Perry, 2013)

Di Rumah :

Makan: klien mengatakan makan 3x/hari dengan jenis makan nasi, sayur (jenis sayur bening, jarang makan sayur bersantan), lauk (tahu, tempe) dengan porsi sedang dan habis 1 porsi. Keluarga mengatakan semenjak sakit ini ± 3 hari nafsu makan klien menurun. Klien juga mengatakan bahwa mematuhi program diet yang telah ditetapkan pada pasien *Diabetes Mellitus* yaitu rendah karbohidrat, lemak, dan gula. Serta tinggi serat, protein.

Minum: klien mengatakan minum air putih sebanyak 7-8 gelas/hari lebih atau biasanya 2-3 botol aqua tanggung, terkadang juga minum teh manis dan kopi.

Di Rumah Sakit :

Makan: Klien mengatakan tidak nafsu makan, makan 3x/hari sesuai jadwal makan dari RS namun hanya makan 3-4 sendok makan saja. Dengan jenis makanan nasi lembek, sayur bening, lauk, dan buah (tampak dimeja pasien makanan masih terlihat banyak dan hanya dimakan sedikit saja). Keluarga pasien juga mengatakan pasien kurang nafsu makan semenjak pasien mengeluh mual.

Minum: klien mengatakan sering merasa haus, klien minum air putih aqua tanggung 600 ml/hari

Terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta

	habis 3botol	
7. Pola Eliminasi Perlu dikaji frekuensi klien dalam berkemih serta apakah klien mengeluh sering berkemih terutama malam hari, apakah terjadi perubahan pola berkemih (polinuria, nokturna, anuria). Perlu dikaji juga tentang pola defikasi yang meliputi frekuensi, masaah dalam defikasi (konstipasi, inkontinensia, diare), sebagai respon komplikasi neuropati pada sistem gastrointestinal (Nur Nur, 2016).	Di Rumah : BAB: Klien mengatakan biasanya BAB normal sehari 1x, lunak dan berbentuk, bau khas feces dan warna kecoklatan, BAK: Klien mengatakan sering BAK semenjak dinyatakan mengalami DM terutama saat malam hari ± 7 kali perhari. Di Rumah Sakit : BAB: Klien mengatakan belum BAB saat di lakukan pengkajian. BAK : Klien terpasang selang kateter dengan UT 800 cc/6 jam	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta
8. Pola tidur dan istirahat Perlu dikaji pola istirahat dan tidur baik secara kualitatif maupun kuantitatif yang meliputi berapa jam klien tidur. Perlu dikaji kebiasaan kliensebelum tidur yang dapat memengaruhi istirahat dan tidur serta apakah klien memiliki masalah tidur yang meliputi sering terbangun dini, sulit mengawali tidur, sering terbangun pada malam hari karena sering berkemih	Di Rumah : Klien mengatakan tidur siang pukul 13.00 WIB sampai 14.00 WIB klien mengatakan tidur malam pukul 21.30 WIB pasien mengatakan sering terbangun dan merasakan ingin buang air kecil dan bangun pagi pukul 05.00 WIB atau saat mendengar adzan shubuh. Di Rumah Sakit : Klien mengatakan saat dirs. Siang dan malam hanya banyak tidur karena lemas yang dirasa dan terbangun saat dilakukan Tindakan keperawatan. Klien tidur siang pukul 12.30 sampai 14.00 dan malam pukul 20.00 dan bangun pukul 06.00 atau saat mendegar suasana RS sudah ramai pasien tidur ± 10 jam .	Terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta
9. Pola Aktivitas dan Personal hygiene Pada pola aktivitas dan personal hygiene biasanya didapatkan rasa lemah, letih dan penurunan otot pada ekstremitas, penurunan kekuatan otot, ulkus pada kaki, reflek	Di Rumah : Klien mengatakan mandi 2x sehari biasa pagi 08.00 WIB dan sore pukul 16.00 WIB, menggosok gigi 2x sehari dan keramas 2x seminggu Di Rumah Sakit :	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta

tendon menurun, kesemuatan atau rasa berat pada tungkai (Santoso 2018).	Saat di Rs klien hanya disibin oleh keluarga 2x sehari (pagi dan sore) dengan air hangat dan hanya berkumur dengan air putih setelah makan seluruh aktivitas dibantu keluarga .	
10. Keadaan Umum Meliputi keadaan penderita, tingkat kesadaran klien yang meliputi 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 tapi masih memberikan reaksi rangsangan), delirium (penurunan kesadaran disertai kekacauan motorik klien tampak gelisah), semi koma (penurunan kesadaran yang tidak diberikan rangsangan verbal namun pupil dan kornea masih baik), lesu, tampak lelah, lemas, tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, respirasi). (Nur Aini, 2016).	Keadaan umum klien lemah hanya berbaring diatas bed, tingkat kesadaran kesadaran composmentis GCS E4M5V6. Klien terpasang infus RL 20 tpm ditangan kanan, terpasang nasal kanul 3 lpm, terpasang selang kateter dengan UT 800 cc, BB awal 40 kg dan BB terakhir 35 kg sejak sakit 2 bulan yang lalu TD : 100/63 mmHg Suhu : 36,5°C SPO2 : 98% N : 114x/menit RR : 20x/menit GDA: 327 mg/dl	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta
11. Pemeriksaan fisik: 1) Kepala dan leher Kepala : normal simetris kanan kiri Mata : kering, konjungtiva pucat Lidah : berwarna merah, bengkak Bibir : bengkak, pecah-pecah pada sudut bibir Gusi : meradang, mudah berdarah	1. Kepala dan rambut Inspeksi : bentuk kepala bulat simetris kanan dan kiri, persebaran rambut merata, warna rambut hitam merata , keadaan rambut kering, bersih tidak berketombe maupun berketutu dan tidak ada pembesaran vena jugularis, trakea tepat ditengah Palpasi : tidak ada benjolan, tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala dan tidak ada pembesaran kelenjar tyroid 2. Mata Inspeksi : simetris kanan kiri, mata tampak	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta

Leher : tidak ada kelainan pembesaran vena	sayu dan kelopak mata tampak sedikit gelap atau cowong, pupil mengecil bila terkena cahaya, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sclera putih, tidak ada tanda tanda pembuluh darah pecah pada mata Palpasi : tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedema, tidak ada nyeri tekan Pemeriksaan visus : tidak terjadi penurunan ketajaman penglihatan karena pasien mampu melihat huruf dalam jarak 5 meter pasien tidak menggunakan alat bantu lihat. 3. Hidung Inspeksi : tidak ada perdarahan, tidak ada sekret pada lubang hidung, tidak terpasang alat bantu nafas Palpasi : septumnasi tepat ditengah, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan 4. Telinga Inspeksi : telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan Palpasi : tidak ada benjolan/massa, tidak ada nyeri tekan, suara bisik dapat terdengar 3-5 meter. 5. Mulut Inspeksi : tidak ada sianosis, keadaan mulut tampak kering dan sedikit pecah-pecah, terdapat sariawan pada lidah, gigi masih lengkap. 6. Leher Inspeksi : tidak terdapat pembesaran vena jugularis, trakea tepat berada ditengah Palpasi : tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid.	
2) Pemeriksaan Thorax a) Sistem Pernafasan Sistem Pernafasan Biasanya frekuensi nafas normal bila tidak terdapat komplikasi, akan sedikit meningkat pada klien diabetes yang sudah lansia karena menurunnya otot-otot pernafasan sehingga kemampuan pengembangan paru juga menurun.	a) Paru Inspeksi : bentuk dada normal chest, tidak terdapat retraksi intercosta, irama nafas regular, RR : 20x/menit Palpasi : saat klien bernafas dilakukan pemeriksaan palpasi antara lapang paru kanan dan kiri memiliki getaran yang sama Perkusi : batas paru suara perkusi sonor	Terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta

Akan didapatkan pernafasan kussmaul 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 paraestasia atau paralysis pada otot-otot pernafasan (jika kadar Kalium menurun cukup tajam)

b) Sistem Kardiovaskuler Penderita Diabetes Mellitus juga lebih mudah menderita infark jantung dan daya pompa otot jantung lemah sehingga penderita mudah sesak napas ketika jalan atau naik tangga jantung/dekompensasi (payah kordis). Pembuluh darah penderita diabetes mellitus mudah menyempit dan tersumbat oleh gumpalan darah. Penyempitan pembuluh darah pada penderita diabetes mellitus disebut angiopati diabetik. Angiopati diabetik pada pembuluh darah besar atau sedang disebut makroangiopati diabetik, sedangkan pada pembuluh darah kapiler disebut mikroangiopati diabetik (Nur Aini & Ledy Martha A, 2016),.

Auskultasi : tidak ada nafas tambahan

b) Jantung

Inpeksi: tidak terdapat pulsasi

Palpasi: Ivtus Cordis teraba di ICS 5 mid clavicula kiri selebar ± 2 cm, tekanan kuat, regular. **Perkusi:** suara perkusi pekak pada batas jantung **Auskultasi:** bunyi jantung 1 terdengar di ICS mid clavicula sinistra bunyi jantung 2 terdengar di ICS 11 dekstra dan sinistra, tidak terdapat bunyi jantung tambahan. Frekuensi denyut jantung 103x/menit, irama regular.

3) Sistem gastrointestinal.

Terdapat polifagi, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan

Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak ada bayangan pembuluh darah, tidak ada bekas luka operasi

Auskultasi : bising usus terdengar dengan frekuensi 18x/menit

Tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta

lingkar abdomen, obesitas. Pada pemeriksaan abdomen dapat ditemukan data saat palpasi bentuk abdomen dapat ditemukan data saat palpasi bentuk abdomen simetris, ada atau tidak ada pembesaran abdomen, bising usus abnormal, ada atau tidak nyeri perut, saat diperkusi terdengar hypertympani yang disebabkan adanya pengaruh neuropati pada gastrointestinal.	Palpasi : tidak teraba massa atau benjolan, tidak ada pembesaran pada hepar, tidak ada nyeri tekan pada perut Perkusi : suara abdomen terdengar tympani	
4) Sistem integumen Turgor kulit menurun, adanya luka warna kehitaman bekas luka, kelembapan dan suhu kulit di daerah sekitar ulkus dan gangren, kemerahan pada kulit sekitar luka, serta tekstur rambut dan kuku.	Inspeksi : warna kulit coklat dan pucat, tidak ada bekas luka, kulit tampak bersih, kuku bersih tidak panjang Palpasi : akral dingin, turgor < 2 detik, CRT < 2 detik	Terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta
5) Ekstermitas Secara teori pemeriksaan ekstremitas pada pasien diabetes melitus akan didapatkan penurunan kekuatan otot, ulkus pada kaki, reflek tendon menurun kesemutan atau rasa berat pada tungkai, badan cepat lelah, lemah dan nyeri (Maria, 2011).	Inspeksi : terpasang infus RL 20 tpm ditangan kanan, terdapat bekas luka, pada telapak kaki kiri, tampak, tidak terjadi penurunan kekuatan otot. Klien mengatakan tidak pernah olah raga Palpasi : akral dingin, CRT < 2 detik, tidak ada edema, penurunan rasa raba pada kaki kiri pasien yang mengalami kesemutan Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$	Terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta

6) Sistem Endokrin Sistem endokrin pada klien diabetes mellitus didapatkan gejala trias P yaitu poliuria, polidipsi, dan poliphagia. Kondisi klien akan lebih berat jika penderita mempunyai penyakit penyerta lain terutama gangguan pada hormon lain. Oleh karena itu perlu dikaji penyakit yang dapat ditimbulkan oleh kerja hormon-hormon tersebut seperti adanya pembesaran kelenjar tiroid paratiroid, moonface, adanya tremor. Jika tidak ada gangguan hormon lain maka pengkajian difokuskan pada hal-hal yang berhubungan dengan Diabetes Mellitus seperti trias P, penggunaan insulin, dan faktor hipoglikemi

Penggunaan insulin: Sp Sliding scale 3 /jam
Faktor hipoglemik: Tidak ada tanda-tanda tremor, tidak mengalami keringat dingin, tidak mengalami gangguan kesadaran, tidak takikardi.

Tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta

12. Pemeriksaan Penunjang	tgl	Pemeriksaan	hasil	Satuan	Nilai
a) Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) memanjang antara 100-125 mg/dl (5,6 – 6,9mmol/L)	22/04/2025	Hematologi Darah Lengkap			
b) Gula darah sewaktu/acak >200 mg/dl (11,1mmol/L)		Hemoglobin	12.8	g/dl	12.5-16.0
c) Gula darah puasa normal (70 – 115 mg/dl) atau diatas. Normal ($\geq$ 120 mg/dl)		Hemotokrit	38.6	%	37.0-47.0
d) Gula darah dua jam post prandial (PP) lebih dari 140 mg/dl		Lekosit	6.9	$10^3/uL$	4.0-10.5
e) Essei hemoglobin glikolizat diatas rentang normal (Normal : 5-6%)		Trombosit	511	$10^3/uL$	150-450
f) Urinalisis positif terhadap glukosa dan keton, berat jenis dan osmolalitas urine mungkin meningkat g) Kolestrol dan trigliserida serum dapat meningkat		Eritrosit	2.26	juta/uL	3.50-4.76
h) Elektrolit:		- MCV	82.3	fl	78.0-100.0
a) Natrium: mungkin normal, meningkat atau menurun		- MCH	25.6	pg	31.0-37.0
b) Kalium: mungkin normal atau terjadi peningkatan semu		- MCHC	31.1	g/dL	37.0-54.0
c) akibat perpindahan seluler, selanjutnya akan menurun Fosfor: lebih sering menurun		RDW-SD	45.8	fl	37.0-54.0
i) Gas darah arteri: biasanya menunjukkan pH rendah dan penurunan pada HCO ₃ (asidosis metabolik) dengan kompensasi alkalosis respiratorik.		RDW-CV	14.9	%	11.0-16.0
j) Trombosit darah: Ht mungkin meningkat (dehidrasi),		PDW	15.9	fl	0.9-17.0
		MPV	7.2	fl	0.8-11.0
		Hitung Jenis (DIFF) FAAL GINJAL			
		- Basofil#	0.0	$10^3/uL$	<0.1
		- eusinofil#	0.1	$10^3/uL$	<0.7
		- neutrofil#	25.5	$10^3/uL$	1.5-6.6
		- Limfosit#	0.8	$10^3/uL$	1.5-3.5
		-Monofosit#	0.5	$10^3/uL$	<1.0
		Ureum	14.5	mg/dL	15.0-45.0
		Creatinin	0.40	mg/dL	0.6-1.1
		eFFR	118		
		FAAL HATI			
		SGOT	6.2	U/L	9.0-25.0
		SGPT	6.6	U/L	7.0-30.0
		Gula Darah			
		Glukosa	398	mg/dL	
		GDA	384	mg/dL	

k) leukositosis: hemokonsentrasi merupakan respon terhadap stress atau infeksi. l) Ureum atau kreatinin: mungkin meningkat atau normal (dehidrasi atau penurunan fungsi ginjal). 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 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. (Tjandra, 2009).		GDA	327	mg/dL		
---	--	-----	-----	-------	--	--

12. Diagnosa Keperawatan Diagnosa yang muncul pada Diabetes Melitus adalah: 1). Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia 2). Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi (keenganan untuk makan). 3). Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif 4). Resiko syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan 5). Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik 6). Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan 7). Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur 8). Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropari perifer 9). Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis 10). Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis 11). Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia	Hasil pengkajian dan observasi ditegakkan diagnosa pada tanggal 23 April 2025 ditegakkan diagnosa : 1. Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia 2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	Terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta. Tidak semua diagnose terdapat pada pasien hal ini disesuaikan menurut keadaan waktu pengkajian dan pemeriksaan
13. Intervensi Keperawatan Intervensi keperawatan pada pasien diabetes mellitus disusun berdasarkan buku SIKI (2018)	Intervensi disusun berdasarkan sumber pustaka SIKI 2018 dan sesuai dengan diagnose yang muncul pada pasien	Perencanaan disusun berdasarkan beberapa diagnose yang muncul sesuai teori yang telah ada

14. Implementasi keperawatan Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk melaksanakan rencana keperawatan yang telah dirancang untuk menangani masalah klien seperti memberikan klien rasa nyaman, menjamin kesehatan klien, dan mencegah terjadinya komplikasi serta menyesuaikan implementasi yang dilakukan oleh dokter (Sari, 2019).	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 pasien dan kelengkapan peralatan di Rumah sakit.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta. Dalam melakukan keperawatan, peneliti tindakan melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun. Tetapi, tidak semua perencanaan yang telah disusun dapat dilakukan. Hal ini disesuaikan dengan kondisi klien.
15. Evaluasi keperawatan Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahap proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Kerangka pembuatan kriteria hasil dibuat dalam bentuk SOAP (Subyektif, Obyektif, Assessment, Planning 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).	Didalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP. Peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan selama tiga hari sesuai kriteria	Sebelum maupun sesudah melakukan tindakan peneliti harus mengevaluasi respon klien untuk mengetahui adanya perkembangan dari klien.

4.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini penulis akan membahas kesenjangan antara fakta, teori dan opini disusun sesuai dengan tujuan khusus dalam Karya Tulis Ilmiah ini meliputi pengkajian, perumusan diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Berdasarkan dari hasil penelitian dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang dilaksanakan pada tanggal 23 April 2025 sampai dengan 25 April 2025 dengan klien Ny.J di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek didapatkan berbagai kesenjangan sebagai berikut :

4.2.1 Pengkajian

1) Pola Nutrisi dan Cairan

Di Rumah, klien mengatakan makan 3x/hari dengan jenis makan nasi, sayur (jenis sayur bening, jarang makan sayur bersantan), lauk (tahu, tempe) dengan porsi sedang dan habis 1 porsi. Keluarga mengatakan semenjak sakit ini ± 3 hari nafsu makan klien menurun. Klien juga mengatakan bahwa mematuhi program diet yang telah ditetapkan pada pasien *Diabetes Mellitus* yaitu rendah karbohidrat, lemak, dan gula. Serta tinggi serat, protein. Klien mengatakan minum air putih sebanyak 7-8 gelas/hari lebih atau biasanya 2-3 botol aqua tanggung, terkadang juga minum teh manis dan kopi. Dan di Rumah Sakit Klien mengatakan tidak nafsu makan, makan 3x/hari sesuai jadwal makan dari RS namun hanya makan 3-4 sendok makan saja. Dengan jenis makanan nasi lembek, sayur bening, lauk, dan buah. Keluarga pasien juga mengatakan pasien kurang nafsu makan

semenjak pasien mengeluh mual. Klien mengatakan sering merasa haus, klien minum air putih aqua tanggung 600 ml/hari bisa habis 3 botol.

Menurut teori pada umumnya klien dengan diabetes mellitus menekankan bahwa pengkajian pola nutrisi dan cairan harus mencakup, jenis dan jumlah makanan serta minuman yang dikonsumsi, toleransi terhadap makanan (mual, muntah, diare, dll.), status hidrasi (input dan output cairan), berat badan, IMT, adanya penyakit yang memengaruhi intake dan kebutuhan nutrisi. Pasien dengan diabetes mellitus membutuhkan diet khusus yang terkontrol (rendah karbohidrat sederhana, lemak jenuh, dan gula) serta asupan cairan cukup, karena glukosa darah yang tinggi dapat menyebabkan dehidrasi akibat diuresis osmotik. (Potter&Perry, 2013).

Berdasarkan uraian diatas peneliti berpendapat bahwa gangguan pola nutrisi dan cairan pada pasien diabetes mellitus merupakan masalah serius yang perlu mendapat perhatian sejak awal masa perawatan. Meskipun, klien menunjukkan kesadaran dan kepatuhan terhadap diet diabetes mellitus saat berada di rumah, perubahan fisik seperti mual dan penurunan nafsu makan yang terjadi selama perawatan di rumah sakit menunjukkan bahwa pemahaman saja tidak cukup untuk menjamin tercapainya kebutuhan nutrisi dan cairan secara optimal.

2) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga Ny.J tidak ditemukan faktor

keturunan *Diabetes Mellitus* pada anggota keluarga klien, dibuktikan klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama. Namun klien menderita diabetes mellitus akibat gaya hidup klien yang tidak sehat dibuktikan dari riwayat pola makan dan minuman hampir setiap hari minum-minuman yang mengandung tinggi gula seperti es teh manis.

Menurut teori pada penyakit diabetes melitus bisa disebabkan oleh faktor keturunan pada keluarga biasanya terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita penyakit yang sama dan faktor gaya hidup yang tidak sehat yang menyebabkan penyakit diabetes melitus (Mubarak, 2015).

Berdasarkan uraian diatas peneliti berpendapat bahwa. Kemungkinan faktor yang menyebabkan klien mengalami penyakit diabetes melitus diabetes mellitus yang diderita bukan disebabkan oleh faktor keturunan melainkan oleh gaya hidup klien yang tidak sehat dibuktikan dari riwayat pola makanan dan minuman klien hampir setiap hari minum minuman yang mengandung tinggi gula seperti minum teh manis.

3) Ekstremitas

Pada pemeriksaan ekstermitas tidak ditemukan kelainan dibuktikan saat dilakukan palpasi didapatkan hasil, akral dingin, CRT <2 detik, tidak ada edema, tidak mengalami penurunan kekuatan otot karena klien terbiasa melakukan aktivitas secara rutin.

Secara teori pemeriksaan ekstremitas pada pasien diabetes

mellitus akan didapatkan penurunan kekuatan otot karena kurangnya aktivitas fisik, ulkus pada kaki, reflek tendon menurun kesemutan atau rasa berat pada tungkai, badan cepat lelah, lemah dan nyeri (Maria, 2011).

Dari uraian tersebut penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami penurunan tonus otot, tidak mengalami penurunan kekuatan otot karena kurangnya aktivitas fisik. Pasien melakukan aktivitas secara mandiri sehingga terjadi pergerakan otot-otot pada ekstremitas dan tidak terdapat penurunan kekuatan ekstremitas. Belum terjadi komplikasi, dan sudah mendapatkan terapi.

4) Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan didapatkan diagnosa yang cenderung lebih sedikit dibuktikan diagnosa yang didapatkan hasil 2 diagnosa keperawatan yaitu ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Sedangkan menurut SDKI (2017) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien diabetes mellitus adalah ketidakstabilan glukosa darah, defisit nutrisi, hipovolemia, resiko syok, nyeri akut, Intoleransi aktivitas, gangguan pola tidur, gangguan integritas kulit, resiko infeksi, keletihan dan perfusi perifer tidak efektif.

Dalam uraian diatas peneliti berpendapat terdapat sebagian kecil diagnosa yang muncul pada klien hanya 2 diagnosa sedangkan secara teori klien dengan diabetes mellitus diagnosa yang muncul ada 6.

Peneliti berpendapat bahwa diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan pada tanda dan gejala yang muncul sesuai data aktual klien sendiri sehingga diagnosa yang muncul hanya 2 yang dapat dirumuskan.

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 pada Ny. J, maka peneliti dapat mengambil kesimpulan dan saran sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

Pada tahap pengkajian terdapat kecenderungan tidak sama dengan teori. Dibuktikan pada penelitian tersebut didapatkan pada kesenjangan antara teori dan fakta yang ada dilapangan yaitu pada pengkajian riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan keluarga dan ekstremitas.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Pada diagnosa keperawatan yang diangkat sebagian kecil sama dengan teori. Tidak semua diagnosa pada teori muncul pada fakta yang ada dilapangan. Pada Ny. “J” dengan *Diabetes Melitus* peneliti menemukan dua diagnosa keperawatan yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Pada tahap intervensi keperawatan, intervensi disusun berdasarkan teori-teori dari kepustakaan yang ada dan mengacu pada standar operasional prosedur yang ada di rumah sakit dan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu klien dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah

berhubungan dengan hiperglikemia, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Pada tahap implementasi keperawatan, peneliti melakukan tindakan berdasarkan intervensi yang telah disusun dan di implementasikan semaksimal mungkin akan tetapi tetap memperhatikan dan menyesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi Ny.”J”.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Dari hasil pelaksanaan asuhan keperawatan, keluarga dan Ny “J” secara umum sudah terdapat tanda-tanda perbaikan kondisi klien yaitu penurunan rasa lemas, gula darah yang mulai turun stabil mendekati nilai normal. Pelaksanaan evaluasi pada klien dilakukan selama tiga hari yang dilaksanakan setiap awal shift dan akhir shift dan perkembangan klien cukup meskipun belum mencapai hasil maksimal karena proses penyembuhan penyakit *Diabetes Mellitus* ini memerlukan waktu yang tidak singkat dan dirasa kondisi klien yang sudah membaik disarankan oleh dokter untuk rawat jalan dirumah.

5.1.6 Analisa Kesenjangan Antara Fakta Dan Teori

Dari data pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan *Diabetes Mellitus* 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 keluhan utama, riwayat kesehatan keluarga dan pemeriksaan ekstermitas.

Sedangkan pada diagnose keperawatan didapatkan kesenjangan bahwa hanya sebagian kecil diagnosa yang ada diteori muncul pada klien.

5.2 Saran

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi pengetahuan untuk penanganan pasien *Diabetes Mellitus* sehingga dapat memberikan pelayanan yang maksimal kepada pasien *Diabetes Mellitus* untuk kesembuhannya.

5.2.1 Bagi Peneliti

Diharapkan peneliti mampu meningkatkan kemampuannya serta lebih banyak memberikan waktu dengan klien dikarenakan keterbatasan waktu dinas diruangan untuk lebih memperhatikan implementasi yang diberikan selama 3x 24 jam agar memaksimalkan asuhan keperawatan pada klien diabetes melitus.

5.2.2 Bagi Institusi Rumah Sakit

Bagi institusi pelayanan kesehatan khususnya Ruang Raflesia RSUD dr.Soedomo Trenggalek. Diharapkan untuk lebih meningkatkan instrumen yang ada di rumah sakit seperti peralatan rawat luka disediakan lebih dari dua agar dalam melakukan perawatan luka lebih efektif, terhindar dari risiko infeksi dan penularan penyakit, serta memudahkan perawat dalam melaksanakan tugasnya.

5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Bagi Intitusi pendidikan diharapkan dapat menambah berbagai buku- buku terbaru sebagai media referensi mahasiswa untuk membuka wawasan yang lebih luas serta memudahkan mahasiswa dalam mencari sumber ilmu

terbaru khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan medikal bedah dengan klien diabetes melitus.

5.2.4 Bagi Klien

Diharapkan klien dan keluarga mengikuti semua ajuran yang telah diberikan oleh para medis untuk mempercepat proses penyembuhan. Pada klien diabetes melitus harus mematuhi diit yang dianjurkan dengan mengubah pola hidup yang sehat menguransi makanan dan minuman yang mengandung tinggi gula serta meningkatkan latihan fisik. Dan rutin untuk kontrol gula darah kerumah sakit atau ketempat pelayanan kesehatan terdekat.

5.2.5 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini masih sangat sederhana sehingga belum mampu menggambarkan suatu hasil yang maksimal. Perlu diperhatikan untuk peneliti selanjutnya menambah waktu saat melakukan penelitian agar asuhan keperawatan yang diberikan pada klien diabetes melitus lebih mendalam sehingga hasil penelitian menjadi semakin baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Askandar. (2001). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diabetes Melitus*.
- Biologi, J., Sains dan Teknologi, F., Alauddin Makassar, U., Pemeriksaan, C., Pengobatan dan Cara Pencegahan LESTARI, C., Aisyah Sijid, S., Studi Biologi, P., & Alauddin Makassar Jl Yasin Limpo Gowa, U. H. (2021.). *Diabetes Melitus: Review Etiologi*.
- Fatimah, R. N. (2015). Restyana Noor F|Diabetes Melitus Tipe 2 DIABETES MELITUS TIPE 2. In *J MAJORITY* | (Vol. 4).
- Kemekes RI. (2019). *REPOSITORY_BAB 2*.
p2ptm kemenkes. (2016). *Highlight Khasiat dan Manfaat Pisang*.
- Rahmawati, R., Penulis, K., & Masyarakat, K. (2021). *Hubungan Usia, Jenis Kelamin dan Hipertensi dengan Kejadian Diabetes Mellitus Tipe 2 di Puskesmas Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok The Relationship Between Age, Sex And Hypertension With The Incidence Of Type 2 Diabetes Mellitus In Tugu Public Health Center, Cimanggis District, Depok City in 2019 Prodi S1 Kesehatan Masyarakat STIKes Raflesia Depok*.
- Riskesdas. (2018). *digilib.esanggul*.
- UEU-Undergraduate-26518-Bab1.Image.Marked. (2016).
- Utari, P. (2023). *KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE II DI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE AMARINDA*.
- Margarita, D., Nuru, H., & Rustandi, H. (2022). Jurnal Ilmiah Amanah Akademika (JIHAD) GULA DARAH PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TYPE II DENGAN PENDEKATAN TEORI KEPERAWATAN OREM DI UPTD RSUD BASEMAH PAGAR ALAM TAHUN 2022 THE APPLICATION OF HYDROTHERAPI AS AN EFFORT TO REDUCE BLOOD GLUCOSE LEVELS IN TY.
- Maria, I. (2021). *Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus dan Asuhan Keperawatan Stroke*. Yogyakarta : CV Budi Utama.
- Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.

- Riskesda. (2022). Laporan Riskesda Jawa Timur. Jakarta: Pusat Data Dan Informasi.
- Self, I., Through, C., & Education, B. (2020). Peningkatan Self Care Melalui Metode Edukasi Brainstorming Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Increasing Self Care Through Brainstorming Education Method. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 9(1), 7–16.
- Semuel. (2021). Peningkatan Kesejahteraan Penderita Diabetes Melitus melalui Edukasi dan Simulasi Senam Kaki Diabetik Improving the Welfare of Diabetes Mellitus Patients through Education and Simulation of Diabetic Foot Exercise. 1(1), 12–16.
- Sucipto, A. (2017). Efektivitas Konseling DM dalam Meningkatkan Kepatuhan dan Pengendalian Gula Darah pada Diabetes Melitus Tipe 2. Efektivitas Konseling DM Dalam Meningkatkan Kepatuhan Dan Pengendalian Gula Darah Pada Diabetes Melitus Tipe2, 10–18.
<http://repository.ums.ac.id/bitstream/handle/123456789/1246/PNLT1875.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO. (2018). Global Report On Diabetes. Info Datin, 1-10.
- Widiasari, K. R., Wijaya, I. M. K., & Suputra, P. A. (2021). Diabetes Melitus Tipe 2: Faktor Risiko, Diagnosis, Dan Tatalaksana. *Ganesha Medicine*, 1(2), 114
- Imelda, F. (2022). Pengelolaan Asuhan Keperawatan Di Komunitas Dengan Kasus Diabetes Melitus, Kolestrol Dan Asam Urat. CV.MEDIA SAINS INDONESIA..

Lampiran 1



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, 19 April 2025

Nomor : 000.9/ 287/406.010.001/18.00/2025

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.15.5/158/2025 tanggal 18 Maret 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : SHAFILA ISMY NUR ALMI
 NIM : P17240221015
 Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
 Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "**Asuhan Keperawatan pada Pasien 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



SUDIONO, 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



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 Maret 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/158/2025

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 : SHAFILA ISMY NUR ALMI.

NIM : P17240221015.

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD dr Soedomo Trenggalek.

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, Maret s/d April Tahun 2025 sesuai proposal terlampir.

Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya 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 Raflesia

3. Peneliti.

Lampiran 2**Lampiran 1****LEMBAR INFORMED CONSENT**

Nama saya Shafila Ismy Nur Aini. Saya adalah mahasiswa Poltekkes Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek Program Studi D-III Keperawatan mengharap partisipan pasien sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul **"Asuhan Keperawatan Pada Klien *Diabetes Melitus* Di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek"** dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang pasien 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 pasien telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Tanggal : 23/04. 2025

No. Responden: Ny. J

Tanda Tangan : 

Lampiran 3**Lampiran 2****LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Setelah saya membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat penelitian dari mahasiswa Poltekkes Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek yang bernama yang berjudul "**Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Di Ruang Rafflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek**", saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan bersedia menjadi responden dan menandatangani surat persetujuan ini.

Tanda Tangan

: 

Tanggal

: 23/09 2025

Inisial Responden

: Ny. J

Lampiran 4

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM
KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**

- Kampus Pusat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746

- Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 Jember Telp (0331) 486613
 - Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang Telp (0341) 427847
 - Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar Telp (0342) 801043
 - Kampus IV : Jl. KH Wakhid Hasyim No. 64B Kediri Telp (0354) 773095
 - Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek Telp (0355) 791293
 - Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusomo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792

Website : [Http://www.poltekkes-malang.ac.id](http://www.poltekkes-malang.ac.id) Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id



FORMAT PENGKAJIAN

DATA-DATA KEPERAWATAN

1. BIODATA :

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

🕒 Tanggal/Jam pengkajian : _____

DIAGNOSA MEDIS :

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		

4. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

A. Konsep diri :

B. Pola peran hubungan dengan orang lain :

C. Pola Seksual

D. Pola mekanisme koping

E. Pola kognesi dan Persepsi Sensori
Status Mental :

Orientasi :

8. DATA SPIRITUAL

9. 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 :

10. PEMERIKSAAN NEUROLOGIS

Kesadaran/GCS :

Kemampuan sensorik :

Kemampuan motorik :

Reflek :

Nervus cranialis :

a. Nervus I (Olfaktorius) :

b. Nervus II (Optikus) :

c. Nervus III (Okulomotor):

e. Nervus V (Trigeminal) :

f. Nervus VI (abducent) :

g. Nervus VII (Facialis) :

g. Nervus VIII (Vestibulocochlear) :

h. Nervus IX (Glossopharyngeal) :

i. Nervus X (Vagus) :

j. Nervus XI (Accessory) :

l. Nervus XII (Hypoglossus) :

11. PEMERIKSAAN PENUNJANG

12. PENATALAKSANAAN (TERAPI / PENGOBATAN)

Trenggalek, ...

Pembimbing

ANALISA DATA

NAMA PASIEN :
UMUR :
NO. REGISTER :
RUANG :

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN :

UMUR :

NO. REGISTER :

RUANG :

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN

INTERVENSI

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	SLKI	SIKI	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	Diagnos a Kep.	Implementasi	Evaluasi (S O A P)

Lampiran 5 Lembar Konsul



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Shafila Ismy Nur Aini

NIM : P17240221015

Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diabetes Mellitus Di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Dosen Pembimbing : Ns. Tunik., S.Kep., M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	20-01-2025	Pengajuan judul	
2.	20-01-2025	BAB 1 : 1) Alenia 1 : pengertian stroke menurut WHO dipilih salah satu, gejala stroke dijadikan satu, dilanjut ke komplikasi stroke. 1) Alenia 2 : diganti data stroke terbaru. 2) Alenia 3 : penyebab dan akibat BAB 2 : 1) Diagnosa disesuaikan dengan Patofisiologi	
3.	22-01-2025	BAB 1 : 1) Menambahkan rumusan masalah BAB 2 : 1) Patofisiologi diganti dengan DM tipe 2 2) Patofisiologi ditambah intoleransi Aktivitas 3) Kriteria hasil dalam ppengkajian	

		Dilengkapi BAB 3 : 1)Partisipan Dibenahi	
4.		BAB 2 : 1)Patofisiologi ditambahkan deficit Nutrisi	
5.	27-01-2025	ACC KTI Persiapkan Ujian Proposal	
6		BAB 4 : 1) PQRST 2) Diit ditambahkan 3) Kesenjangan dibenarkan	
		BAB 4 : 1) Antara pengkajian dan intervensi berbeda 2) Dirapikan format word ACC disiapkan untuk ujian	
8	05-05-2025		
			

Lampiran 5 Lembar Konsul



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Shafila Ismy Nur Aini

NIM : P17240221015

Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diabetes Mellitus Di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Dosen Pembimbing : Ns. Rahayu Niningasih., S.Kep., M.Kes

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	05-02-2025	BAB 1 : 1) Latar belakang menambahkan fenomena 2) Bahasa asing dicetak miring 3) Data diganti yang terbaru BAB 2: 1) Pada manifestasi disesuaikan klasifikasi	
2.	18-02-2025	BAB 2: 1) Manifestasi disesuaikan dengan klasifikasi 2) Urutan disesuaikan	
	20-02-2025	BAB 2:	

3.		1)Tuliskan manifestasi sesuai klasifikasi	
4.	21-02-2025	ACC lanjut penelitian	
5.	07-05-2025	BAB 4 1)Perbaikan pada analisa data DS:DO: 2)Perbaikan pada jam implementasi 3)Perbaikan pada analisa data dan teori 4)Perbaikan pembahasan analisa dan teori	
6.	15-05-2025	BAB 4: 1)Perbaikan pada implementasi 2)Perbaikan pada analisa dan teori 3)Perbaikan pada pembhasan analisa dan teori	
7.	23-05-2025	BAB 4 1)Perbaikan pada analisa dan teori 2)Perbaikan pada pembhasan analisa dan teori	
8.	26-05-2025	BAB 4 1)Perbaikan pada pembahasan analisa dan teori	
	27-05-2025	ACC KTI	

9.

			
--	--	--	---