



## **Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami Defisit Nutrisi dengan Diabetes Melitus di RSAU dr. Esnawan Antariksa**

Anwar Hidayat<sup>1</sup>, Evi Vestabilivy<sup>2</sup>

### ***Nursing Care of Clients Who Have Nutritional Deficits Diabetes Mellitus in RSAU dr. Esnawan Antariksa***

#### **Abstrak**

Diabetes Melitus adalah penyakit hiperglikemia yang ditandai dengan ketidakadaan absolute insulin atau penurunan relative insensitivitas sel terhadap insulin. Defisit nutrisi adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk memperoleh gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami defisit nutrisi dengan Diabetes Melitus di RSAU dr. Esnawan Antariksa. Metode penelitian yang digunakan metode penelitian deskriptif kualitatif dengan intervensi. Partisipan dalam studi kasus ini adalah dua orang klien, dua orang anggota keluarga klien, dan dua orang perawat ruangan. Hasil dan Pembahasan dalam penelitian ini yaitu pada tahap pengkajian pada kedua klien didapatkan data subjektif keduanya sama-sama mengeluh tidak nafsu makan, kedua klien sama-sama mengatakan berat badan turun, data objektif kedua klien tampak tidak nafsu makan, kedua klien hanya menghabiskan ½ porsi makanan. Prioritas diagnosa keperawatan pada kedua klien adalah defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakcukupan insulin. Pada tahap perencanaan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang ditetapkan meliputi penetapan tujuan dan kriteria hasil serta intervensi keperawatan mandiri dan kolaboratif. Pelaksanaan keperawatan disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun, dimana intervensi utamanya adalah dengan menganjurkan makan-makanan tinggi serat agar defisit nutrisi yang dialami oleh kedua klien dapat teratasi. Evaluasi masalah keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakcukupan insulin teratasi ditandai dengan kedua klien mengatakan nafsu makan baik, tampak pada kedua klien menghabiskan 1 porsi makan, tidak ada tanda-tanda malnutrisi, berat badan meningkat sehingga intervensi keperawatan dihentikan. Penulis menyimpulkan bahwa tindakan keperawatan memberikan makanan tinggi serat merupakan salah satu tindakan keperawatan utama yang efektif dalam mengatasi masalah keperawatan defisit nutrisi pada klien dengan Diabetes Melitus.

Kata kunci: Diabetes Melitus, Defisit Nutrisi, Asuhan Keperawatan

#### **Abstract**

*Diabetes Mellitus is a hyperglycemia disease characterized by absolute absence of insulin or a relative decrease in insensitivity of cells to insulin. Nutritional deficits are insufficient nutrient intake to meet metabolic needs. On both clients for 3 days. The purpose of this study is to obtain a description of the implementation of nursing care on clients who experienced Nutritional Deficit with Diabetes Mellitus in RSAU dr. Esnawan Antariksa. The research method used qualitative descriptive research method with intervention. Participants in this case study were two clients, two client family members, and two room nurses. Results and Discussion in this study that at the assessment stage on both clients found the subjective data both complain of no appetite, both clients both said weight loss, objective data both clients seem not appetite, both clients only spend ½ portion food. The priority of nursing diagnoses in both clients is nutritional deficits associated with insulin inadequacy. At the planning stage tailored to the established nursing diagnoses include goal setting and outcome criteria as well as independent and collaborative nursing interventions. Implementation of nursing is adjusted to the planning that has been prepared, where the main intervention is to advocate high-fiber foods so that the nutritional deficits experienced by both clients can be resolved. The evaluation of the nutritional deficit nutritional problems associated with inadequate insulin inadequacy is characterized by both clients saying appetite is good, seen in both clients consuming 1 serving, no signs of malnutrition, weight increases so nursing intervention is stopped. The authors conclude that the nursing action of providing high-fiber foods is one of the main nursing actions that are effective in overcoming the problem of nursing nutritional deficits in clients with Diabetes Mellitus.*

Keywords: Diabetes Mellitus, Nutrition Deficit, Nursing Care

<sup>1</sup> Mahasiswa Keperawatan STIKES Persada Husada Indonesia

<sup>2</sup> Dosen Keperawatan STIKES Persada Husada Indonesia

## Pendahuluan

Diabetes Melitus adalah penyakit hiperglikemia yang ditandai dengan ketidakadaan absolut insulin atau penurunan relatif insensitivitas sel terhadap insulin (Corwin, 2009). *International Diabetes Melitus Federation* (IDF) pada tahun 2015 mengatakan bahwa lebih dari 371 jiwa orang di dunia yang berumur 20-79 tahun menderita penyakit Diabetes Melitus. Sedangkan Indonesia merupakan negara urutan ke-7 dengan prevalensi Diabetes Melitus tertinggi di bawah China, India, USA, Brazil, Rusia dan Mexico. Diabetes Melitus terjadi karena kurang sempurnanya kerja insulin atau kekurangan jumlah hormon insulin.

Hormon insulin bertugas membawa glukosa (gula) darah ke dalam sel untuk pembentukan energi. Tanda dan gejala yang sering terjadi pada penderita Diabetes Melitus diantaranya yaitu bisa terjadi karena faktor keturunan, penurunan berat badan secara drastis, badan terasa lemah, sering buang air kecil, banyak minum di malam hari, sering kesemutan, gangguan penglihatan dan gangguan ereksi. Peran perawat pada aspek kuratif ditujukan untuk program perawat dan pengobatan individu terutama terjadinya Hiperglikemia dapat dilakukan pemantauan kadar glukosa darah, kolaborasi dalam pemberian obat seperti terapi insulin. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran pelaksanaan asuhan

keperawatan pada klien yang mengalami Defisit Nutrisi dengan Diabetes Melitus di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

## Metode

Desain penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif deskriptif, pendekatan studi kasus dengan intervensi. Dalam studi kasus ini subjek yang digunakan adalah 2 klien, 2 orang keluarga dan 2 orang perawat ruangan, lama waktu sejak tanggal 27-29 Maret 2018 di ruang Garuda RSAU dr. Esnawan. Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu wawancara hasil anamnesis, observasi pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Analisis data dilakukan dalam suatu proses, proses berarti pelaksanaannya sudah mulai dilakukan sejak pengumpulan data dan dilakukan secara intensif. Langkah-langkah analisis data menurut Miles dan Huberman yaitu pengumpulan data dengan cara observasi, wawancara dan dokumentasi, kemudian mereduksi data sebagai proses seleksi, pemfokusan, pengabstrakan, transformasi data kasar, dan pengumpulan data, lalu penyajian data yang diperoleh dari berbagai jenis, jaringan kerja, keterkaitan kegiatan atau tabel, dan setelah itu dapat ditarik kesimpulan.

## Hasil dan Pembahasan

### A. Pengkajian

#### 1. Identitas Klien

**Matrix 1. Identitas Klien**

Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
Tanggal pengkajian	27 s/d 29 Maret 2018	27 s/d 29 Maret 2018
Tanggal masuk	26 Maret 2018	26 Maret 2018
Nama	Tn C	Tn A
Umur	58 tahun	40 tahun
Jenis Kelamin	Laki-laki	Laki-laki
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	Sarjana S2	SMA
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Suku Bangsa	Indonesia	Indonesia
Pekerjaan	PNS	TNI AD
Alamat	Jalan Raya Cipayung No. 12 RT. 005 RW. 003, Kec. Cipayung	Jalan Swadaya 1 No. 17A RT. 13 RW. 08 Jati Makmur, Pondok Gede, Bekasi
Sumber Informasi	Klien, keluarga, buku status	Klien, istri, buku status
Dx Medis	Diabetes Melitus	Diabetes Melitus

## 2. Riwayat Penyakit

**Matrix 2. Riwayat Penyakit**

Riwayat Penyakit	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama	Klien mengatakan tidak nafsu makan sejak 3 hari yang lalu, muntah saat di rumah 1 kali, klien mengatakan sering haus	Klien mengatakan kurang nafsu makan sejak 5 hari yang lalu mual, muntah 2 kali sebelum di bawa ke rumah sakit, klien mengatakan sering haus
Riwayat penyakit sekarang	Klien mengatakan bahwa dirinya terkena Diabetes Melitus sejak 5 tahun yang lalu	Klien mengatakan menderita penyakit diabetes melitus dari keturunan. Ibu Tn. A sudah meninggal karena penyakit diabetes
Riwayat penyakit dahulu	Klien mengatakan dirinya terkena Diabetes Melitus sejak 5 tahun yang lalu	Klien mengatakan dirinya menderita penyakit Diabetes Melitus 3 tahun yang lalu
Riwayat penyakit Keluarga	Klien mengatakan di keluarga mereka tidak ada yang menderita penyakit Diabetes Melitus baru dirinya saja. Maka bisa disimpulkan bahwa klien menderita Diabetes Melitus bukan dari keturunan	Klien mengatakan penyakit Diabetes Melitus ini dari keturunan karena ibu Tn A menderita penyakit Diabetes Melitus dan sudah meninggal 5 tahun yang lalu. akibat penyakit tersebut. Tn. A sudah 3 tahun lamanya menderita penyakit Diabetes Melitus
Riwayat psikososial dan spiritual	Orang terdekat klien keluarga, interaksi dalam keluarga terbuka, musyawarah, tidak ada, dampak penyakit klien: klien tidak bisa beraktivitas seperti biasanya, aktivitas klien: tidur, menonton tv dan sholat 5 waktu, keadaan lingkungan klien bersih jauh dari tempat pembuangan sampah	Orang terdekat klien istri, interaksi dalam keluarga lancer dan terbuka, aktifitas klien: klien hanya di rumah nonton Tv, tidur, dan sholat 5 waktu tetapi biasanya klien ikut acara pengajian, tempat lingkungan klien bersih

## 3. Perubahan Pola Kesehatan

**Matrix 3. Perubahan Pola Kesehatan**

Pola Kesehatan	Klien 1	Klien 2
Pola Nutrisi	Sebelum sakit: Klien mengatakan makan 3x/hari. Porsi makanan yang dihabiskan 1 porsi, nafsu makan baik dan tidak ada mual. klien tidak memiliki makanan pantangan, serta klien tidak menggunakan NGT	Sebelum sakit: klien mengatakan makan 3x/hari frekuensi makan 1 porsi, nafsu makan baik, tidak mual muntah, dan tidak menggunakan NGT
	Sesudah sakit: Klien mengatakan tidak nafsu makan, porsi makanan yang dihabiskan ½ porsi, klien mengatakan mual dan klien tidak menggunakan NGT	Sesudah sakit: Klien mengatakan makan 3x/hari tidak nafsu makan, frekuensi makan ½ porsi dan klien mengatakan mual dan muntah.
	BB sebelum sakit: 59 kg BB saat sakit: 51 kg	BB sebelum sakit: 60 kg BB saat sakit: 53 kg
Pola Eliminasi BAK	Sebelum sakit:	Sebelum sakit:

	Frekuensi 5x/hari, warna Kuning jernih, tidak ada keluhan dan tidak menggunakan kateter atau alat bantu BAK	Frekuensi 5-6x/hari, warna putih jernih dan tidak menggunakan kateter
	Sesudah sakit: Frekuensi 8-10x/hari warna Kuning dan tidak ada keluhan	Sesudah sakit: Frekuensi 10-11x/hari, warna putih jernih, tidak ada keluhan serta tidak menggunakan kateter
Pola Eliminasi BAB	Sebelum sakit Frekuensi 1X/hari, waktu pada pagi hari, warna coklat, konsistensi lembek, dan tidak ada keluhan	Sebelum sakit Frekuensi 2X/hari, waktu pagi dan sore hari, warna coklat, konsistensi lembek, dan tidak ada keluhan
	Sesudah sakit klien mengatakan selama 3 hari di Rs klien baru 1X BAB, waktu pagi hari, konsistensi lembek, tidak ada keluhan	Sesudah sakit Frekuensi 2x/hari waktu pagi dan malam hari, konsistensi lembek, tidak ada keluhan
Pola Hygiene	Sebelum sakit Mandi, frekuensi 2x/hari waktu pagi dan sore hari. Oral hygiene frekuensi 3x/hari waktu pagi, sore dan malam hari	Sebelum sakit Mandi frekuensi 2x/hari, waktu pagi dan sore hari. Oral hygiene frekuensi 2x/hari waktu pagi dan sore hari
	Sesudah sakit klien mengatakan frekuensi mandi 1x/hari, waktu siang hari. Oral hygiene 2x/hari waktu pagi dan sore hari	Sesudah sakit klien mengatakan frekuensi mandi 2x/hari, waktu pagi dan sore hari. Oral hygiene 2x/hari waktu pagi dan sore hari
Pola istirahat dan tidur	Sebelum sakit klien mengatakan lama tidur siang 2 jam dan lama tidur malam 7 jam	Sebelum sakit Lama tidur siang klien 1 jam dan lama tidur malam klien 6-7 jam
	Sesudah sakit klien mengatakan lama tidur siang 1 jam dan lama tidur malam 5-6 jam	Sesudah sakit klien mengatakan lama tidur siang klien di RS 1-2 jam/ hari dan tidur malam 6 jam

**4. Pemeriksaan Fisik**

**Matrix 4. Pemeriksaan Fisik**

Observasi	Klien 1	Klien 2
Pemeriksaan Fisik:		
Berat badan	BB sebelum sakit: 59	BB sebelum sakit: 60 kg
Berat badan	BB saat sakit: 51 kg	BB saat sakit: 53 kg
Suhu	36.5°C	36°C
Nadi	81 x/menit	62 x/menit
Tekanan Darah	140/90 mmhg	110/80 mmhg
Pernapasan	Vesikuler	Vesikuler
GCS	E : 4 M : 5 V : 6	E : 4 M : 5 V : 6
Tinggi Badan	168 cm	170 cm
Keadaan umum	sedang	Sedang
Kesadaran	Compos mentis	Compos mentis
Sistem penglihatan	Sisi mata: simetris Kelopak mata: normal Pergerakan bola mata: normal Konjungtiva: an anemis Kornea: normal	Sisi mata: simetris Kelopak mata: normal Pergerakan bola mata: normal Konjungtiva: an anemis Kornea: normal

	Sclera: an ikterik Pupil: isokor Otot-otot mata : tidak ada kelainan Fungsi penglihatan : kurang baik Pemakaian kaca mata: memakai kaca mata Pemakaian lensa kontak: memakai lensa kontak	Sclera: an ikterik Pupil: isokor Otot-otot mata: tidak ada kelainan Fungsi penglihatan: baik Pemakaian kaca mata: tidak memakai kaca mata Pemakaian lensa kontak: tidak memakai lensa kontak
Sistem pendengaran	Daun telinga : normal Karakteristik serumen (warna, konsistensi, bau): tidak ada Kondisi telinga tengah: normal Perasaan penuh di telinga: tidak ada Cairan dari telinga : tidak ada Perasaan penuh di telinga : tidak ada Tinnitus: tidak ada Fungsi pendengaran: normal Gangguan keseimbangan: tidak ada Pemakaian alat bantu: tidak ada	Daun telinga : normal Karakteristik serumen (warna, konsistensi bau): tidak ada Kondisi telinga tengah: normal Perasaan penuh di telinga: tidak ada Cairan dari telinga: tidak ada Perasaan penuh di telinga: tidak ada Tinnitus: tidak ada Fungsi pendengaran: normal Gangguan keseimbangan: tidak ada Pemakaian alat bantu: tidak ada
Sistem pernapasan	Jalan napas : bersih Pernapasan : tidak sesak Menggunakan alat bantu pernapasan : tidak ada Frekuensi : 20 X/menit Irama : teratur Jenis pernapasan : spontan Kedalaman : normal Batuk : tidak ada Sputum : tidak ada Konsistensi : tidak ada Terdapat darah : tidak ada Palpasi dada : tidak ada nyeri tekan Suara napas : vesikuler Nyeri saat bernapas : tidak ada Penggunaan alat bantu napas : tidak ada	Jalan napas : bersih Pernapasan : tidak sesak Menggunakan alat bantu pernapasan : tidak ada Frekuensi : 20 X/menit Irama : teratur Jenis pernapasan : spontan Kedalaman : normal Batuk : tidak ada Sputum : tidak ada Konsistensi : tidak ada Terdapat darah : tidak ada Palpasi dada : tidak ada nyeri tekan Suara napas : vesikuler Nyeri saat bernapas : tidak ada Penggunaan alat bantu napas : tidak ada
Sistem kardiovaskuler	Sirkulasi peripher Nadi : 81x/menit Irama : teratur Tekanan darah : 140/90 mmhg Distensi vena jugularis : kanan : normal kiri : normal Temperature kulit : hangat Warna kulit : kemerahan Edema : ada Sirkulasi jantung Kecepatan denyut apical : normal Irama : teratur Kelainan bunyi jantung : tidak ada Sakit dada : tidak ada	Sirkulasi peripher Nadi :62x/menit Irama : teratur Tekanan darah : 110/80 mmhg Distensi vena jugularis : kanan : normal kiri : normal Temperature kulit : hangat Warna kulit : sawo matang Edema : tidak ada Sirkulasi jantung Kecepatan denyut apical : normal Irama : teratur Kelainan bunyi jantung : tidak ada Sakit dada : tidak ada
Sistem hematologi	Gangguan hematologi Pucat : ada Perdarahan : tidak ada	Gangguan hematologi Pucat : tidak ada Perdarahan : tidak ada

Sistem syaraf pusat	Keluhan sakit kepala : tidak ada Tingkat kesadaran : compos mentis GCS : E : 4 M :5 V : 6 Tanda-tanda peningkatan TIK : tidak ada Gangguan sistem persyarafan tidak ada Pemeriksaan reflek : normal Reflek fisiologis: normal Reflek patofisiologi: normal	Keluhan sakit kepala : nyeri kepala sebelah Tingkat kesadaran : compos mentis GCS : E : 4 M: 5 V: 6 Tanda-tanda peningkatan TIK : tidak ada Gangguan sistem persyarafan : tidak ada Pemeriksaan reflek: normal Reflek fisiologis : normal Reflek patofisiologi: normal
Sistem pencernaan	Keadaan mulut membran mukosa kering, keadaan gigi klien normal, tidak ada caries, tidak menggunakan gigi palsu, lidah klien tidak kotor, saliva klien normal dan tidak ada nyeri di daerah perut klien, Bising usus: 22x/menit, tidak ada diare pada klien, konstipasi lembek, keadaan abdomen klien normal	Keadaan mulut membran mukosa kering,keadaan gigi klien normal, tidak ada caries, tidak menggunakan gigi palsu, lidah klien tidak kotor, saliva klien normal, dan tidak ada nyeri di daerah perut klien, Bising usus : 22x/menit, tidak ada diare pada klien, konstipasi lembek, keadaan abdomen klien normal
Sistem endokrin	Pembesaran kelenjar tiroid : tidak ada Klien tidak mengalami Polyphagia, klien mengalami Poliuri	Pembesaran kelenjar tiroid : tidak ada Klien tidak mengalami mengalami Poliphagia klien mengalami poliuria
Sistem urogenital	Perubahan pola kemih: ada, Bak: warna: kuning jernih, distensi/ketegangan kandung kemih: tidak ada, keluhan sakit pinggang	Perubahan pola kemih: ada, Bak: warna: putih jernih, distensi/ketegangan kandung kemih: tidak ada, keluhan sakit pinggang: tidak ada, skala nyeri tidak ada.
Sistem integumen	Turgor kulit: tidak elastis Temperatur kulit : hangat Warna kulit : kemerahan Keadaan kulit : baik Kelainan kulit : tidak ada Daerah pemasangan infus: baik Keadaan rambut : bersih Tekstur : lembut	Turgor kulit : elastis Temperatur kulit : hangat Warna kulit : normal Keadaan kulit : normal Kondisi kulit daerah pemasangan infus: baik Keadaan rambut : bersih Tekstur : lembut Kebersihan : bersih
Sistem muskuloskeletal	Kesulitan dalam pergerakan : klien mengalami kesulitan pergerakan dalam hal berjalan Tidak ada sakit pada tulang,Kelainan bentuk tulang sendi : normal Kelainan struktur tulang belakang: tidak ada Keadaan tonus otot : baik Kekuatan otot :  5555   5555 . 5555   5555	Kesulitan dalam pergerakan : tidak Tidak ada sakit pada tulang, Kelainan bentuk tulang sendi : normal Kelainan struktur tulang belakang: tidak ada Keadaan tonus otot : baik Kekuatan otot :  5555   5555 . 5555   5555

## 5. Hasil Pemeriksaan Diagnostik

**Matrix 5. Pemeriksaan Diagnostik**

Pemeriksaan	Klien 1	Klien 2	Nilai Rujukan
Lab:			
Pemeriksaan Darah			
1. Hemoglobin	11,4* g/dl	14,8* gr/dl	(11,7-15,5 gt/dl)
2. Leukosit	8500 mm <sup>3</sup>	7200 mm <sup>3</sup>	(3600-11000/mm <sup>3</sup> )
3. Hematokrit	28* %	43* %	(35-47%)
4. Trombosit	258000 mm <sup>3</sup>	338000 mm <sup>3</sup>	(150-440 ribu/mm <sup>3</sup> )
Kimia:			
1. Kolesterol total	184 mg/dl		<200 mg/dl
2. Asam urat	9,3* mg/dl	6,5* mg/dl	6,5 mg/dl
3. Glukosa puasa	171* mg/dl		<100 mg/dl
4. Glukosa pp 2 jam	252* mg/dl	460* mg/dl	<140 mg/dl
5. GDS	330 mg/dl	313 mg/dl	
6. Kreatinin	8,04* mg/dl	0,9* mg/dl	0,70-1,20 mg/dl
7. Trigliserida	176* mg/dl		<150 mg/dl
Terapi pengobatan	Ondansetron 3x4 Metformin 3x500 Novorapid 13 mg Lantus 23 mg	Ondansetron 2x3 Metformin 3x500 Aprida 3x10 mg	

## B. Analisa Data

### 1. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan berdasarkan analisa data pada tahap pengkajian di temukan diagnosa keperawatan yang menjadi prioritas pada kedua klien yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakcukupan insulin. Hal tersebut di dapat dari data yang ditunjang Tn. C mengatakan tidak nafsu makan sejak 3 hari yang lalu, muntah saat di rumah 1 kali, dan ditemukan data penunjang berat badan sebelum sakit 59 kg, berat badan saat sakit 51 kg, imt 18,08 (kurus ringan) berat badan ideal 62 kg, hb 11,4 g/dl, gds 330 mg/dl, kolesterol 184 mg/dl. Sedangkan pada kasus kedua Tn. A didapat dari data yang ditunjang Tn. A mengatakan kurang nafsu makan sejak 5 hari yang lalu mual dan muntah 2 kali sebelum dibawa ke rumah sakit dan didapat data penunjang klien berat badan sebelum sakit 60 kg, berat badan saat sakit 53 kg, imt 18,33 (kurus ringan), berat badan ideal 63 kg, hb 14,8 g/dl, gds 313 mg/dl.

### 2. Perencanaan

Perencanaan pada tahap ini merupakan bagian dari proses keperawatan yang akan menentukan keberhasilan asuhan keperawatan yang diberikan, meliputi: prioritas masalah, perumusan tujuan, kriteria hasil, penerapan perencanaan tindakan sesuai dengan prioritas. Perencanaan yang dibuat berfokus pada kebutuhan klien. Prioritas masalah dalam kasus Tn. C dan Tn. A sudah sesuai dengan tinjauan teori yaitu Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakcukupan insulin, masalah ini memiliki kriteria waktu selama 3x24 jam.

### 3. Pelaksanaan

Pelaksanaan keperawatan pada kedua klien sudah sesuai dengan intervensi yang telah dibuat, salah satunya intervensi tambahan yaitu menganjurkan klien untuk makan-makanan yang tinggi serat seperti buah pir tujuannya untuk mengontrol glukosa darah dan menambah BB klien. Secara teori menurut Nanda (2015) pelaksanaan yang dilakukan pada kedua klien yaitu Tn. C dan Tn. A dengan

diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakcukupan insulin yaitu: Kaji adanya alergi makanan, anjurkan klien untuk makan-makanan dalam keadaan hangat, anjurkan klien makan sedikit tapi sering, monitor adanya penurunan berat badan, dan berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.

#### 4. *Evaluasi*

Evaluasi yang diperoleh dalam asuhan keperawatan pada Tn. C dan Tn. A dari diagnosa keperawatan yang timbul yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakcukupan insulin dimana masalah tersebut sudah teratasi dengan berpedoman bahwa data yang ada pada kedua klien telah sesuai dengan kriteria hasil. Adapun hasil evaluasi pada kasus Tn. C dan Tn. A untuk diagnosa keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakcukupan insulin dapat teratasi pada kurun waktu 3x24 jam, dengan hasil klien mengatakan sudah tidak mual, muntah, nafsu makan sudah membaik, tidak ada tanda-tanda malnutrisi pada klien dan mampu menghabiskan 1 porsi makanan. Adapun evaluasi yang didapatkan dari diagnosa keperawatan yang menjadi fokus pada studi kasus ini yaitu; data subjektif pada klien Tn. C mengatakan nafsu makan meningkat dan dapat menghabiskan 1 porsi makanan dan data objektif BB klien tampak meningkatkan 51,2 kg, BB sebelumnya 51 kg, tidak ditemukan tanda-tanda malnutrisi pada klien, klien tampak menghabiskan 1 porsi penuh makanan. Masalah teratasi dan intervensi dihentikan. Sedangkan data subjektif pada klien Tn. A mengatakan nafsu makan meningkat dan menghabiskan 1 porsi makanan, data objektif BB klien tampak meningkat 53,3 kg, BB sebelumnya 53 kg, tidak ditemukan tanda-tanda malnutrisi pada klien, klien tampak menghabiskan 1 porsi makanan. Masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

#### **Kesimpulan**

Pada tahap pengkajian sebagian besar data pengkajian kedua klien hampir sesuai dengan tinjauan teori, namun terdapat pula perbedaan data klien yang tidak sesuai dengan tinjauan teori seperti keluhan gatal-gatal, peruritis vulva yang tidak ditemukan peneliti pada kedua klien.

Pada tahap penegakkan diagnosa menurut hasil pengkajian yang sudah dilakukan, ditemukan diagnosa yang sama pada kedua klien yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakcukupan insulin. Pada Tn. C ditemukan data subjektif klien mengatakan tidak nafsu makan sejak 3 hari yang lalu, muntah saat di rumah satu kali. Sedangkan data objektif klien terlihat tidak nafsu makan, Hb 11,4 g/dl gds 330 mg/dl. Pada Tn. A didapat data subjektif klien mengatakan tidak nafsu makan sejak 5 hari yang lalu mual dan muntah 2 kali sebelum dibawa ke rumah sakit, sedangkan data objektif klien tampak lemah, klien tampak pucat, Hb 18'8 g/dl gds 313 mg/dl.

Pada tahap perencanaan, prioritas masalah pada kasus Tn. C dan Tn. A adalah sama yaitu defisit nutrisi dengan kriteria waktu 3x24 jam, ditetapkan rencana tindakan keperawatan yang mengacu kepada tinjauan teori namun disesuaikan dengan kebutuhan klien.

Pada tahap pelaksanaan, sebagian besar rencana tindakan dapat dilaksanakan sesuai dengan diagnosa keperawatan masing-masing. Pada diagnosa prioritas defisit nutrisi, penulis melakukan tindakan mandiri yaitu menganjurkan klien untuk memakan makanan serat tinggi seperti buah pir dengan frekuensi 1x/hari yang dilakukan selama 3 hari.

Evaluasi menggunakan metode SOAP (Subyektif, Obyektif, Analisa, Planning). Pada kedua klien evaluasi yang dilakukan yaitu: Evaluasi formatif yaitu dilakukan pada saat memberikan intervensi. Evaluasi sumatif merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status klien pada tahap perencanaan pada waktu tertentu. Evaluasi dilakukan pada hari ketiga dengan tujuan setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan masalah defisit nutrisi klien teratasi dengan kriteria hasil adanya



peningkatan berat badan pada klien sesuai dengan IMT.

### Saran

1. Bagi Rumah Sakit diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sesuai dengan SOP yang ada di Rumah Sakit.
2. Bagi Perawat diharapkan dapat meningkatkan kesadaran akan tanggung jawab dan kewajiban terhadap klien melalui peran yang ditampakkan pada klien saat melakukan asuhan keperawatan.

### Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. dr. Didik Kestito, SpU, selaku Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa.
2. Achmad Fachrudin Nurzaman, Amd.Kep, selaku Kepala Ruangan Garuda RSAU dr. Esnawan Antariksa.
3. Agustina, SKM., M.Kes, selaku Ketua STIKes Persada Husada Indonesia.

### Daftar Pustaka

- Amin & Hardhi. (2015). *Aplikasi Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc. Edisi Revisi Jilid 1*. Jogyakarta : Mediaction.
- Bararah & Jauhar.(2013). *Asuhan Keperawatan: Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional. Jilid1*. Jakarta : EGC.

Budiono & Sumirah. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan*: Jakarta: Bumi Medika.

Corwin, E. J. (2009) *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta. EGC.

Doenges, Maylin. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan Edisi 3* Jakarta :EGC.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia.(2012). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Juneja & Lusianah. (2010). *Asuhan Keperawatan Klien Diabetes Melitus*. Jakarta: TIM.

Nurarif, Amin Huda, & Kusuma, Hardi. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA*, Yogyakarta: MediAction.

PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*, Edisi 1 Jakarta: Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2016.

Soegondo, Evert. (2010). *Buku Ajar Ilmu Pengetahuan Penyakit Dalam Edisi 4*. Jakarta: EGC.

Sujono & Sukarmin. (2008). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Eksokrin dan Endokrin pada Pankreas*. Yogyakarta : Graha Ilmu.

Wilkinson, Judith M. (2016). *Diagnosa Keperawatan: Diagnosis NANDA-I Intervensi NIC, Hasil NOC*. Jakarta: EGC