

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS
TIPE 2 DENGAN KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA
DARAH DAN PENERAPAN TERAPI REBUSAN
DAUN KELOR**

A. PENGKAJIAN

1. IDENTIFIKASI DAN DEMOGRAFI

Nama : Ny. K
Umur : 75 tahun
Alamat : Petenangan Rt 07 Rw 03 Bantarsari
Pendidikan : SD
Jenis Kelamin : Perempuan
Suku : Jawa
Agama : Islam
Status Perkawinan : Kawin
Tanggal Pengkajian : 29 Oktober 2024

2. Status Kesehatan Saat ini : pasien mengatakan lemas, sering buang air kecil saat malam hari
3. Riwayat Kesehatan Sekarang : pasien sering buang air kecil saat malam hari, pernah berobat ke dokter cek GDS hasilnya 350 mg/dl 2 tahun yang lalu, selama ini pasien mengkonsumsi obat gula yang diberikan oleh dokter terdekat.
4. Riwayat Kesehatan Keluarga : pasien tidak ada riwayat penyakit keturunan dari keluarga.

B. PEMERIKSAAN FISIK

1.

TANDA VITAL	BARING	DUDUK	BERDIRI
Tekanan Darah	Tidak terkaji	130/80 mmHg	Tidak terkaji
Suhu		36° C	
Nadi		85 x/menit	
Respirasi		20 x/menit	
GDS		250 mg/dl	

- 2. KULIT** : tidak terdapat luka, kelembapan turgor kulit baik, keriput
- 3. PENDENGARAN** : pendengaran berkurang, telinga bersih, tidak terdapat benjolan
- 4. PENGLIHATAN** : penglihatan baik, bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemis
- 5. MULUT** : mulut bersih, mukosa bibir lembab, gigi ompong
- 6. LEHER** : tidak pembengkakan tiroid, tidak ada massa, tidak ada pembengkakan limpa
- 7. DADA**
 - a. Kelainan : tidak terdapat
 - b. Kardiovaskuler
 - 1) Inspeksi : dada simetris
 - 2) Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak teraba massa
 - 3) Perkusi : redup, konfigurasi jantung dalam batas normal
 - 4) Auskultasi : suara jantung regular tidak ada, gallop
 - c. Pernafasan
 - 1) Inspeksi : dada simetris tidak ada pernafasan cupping hidung
 - 2) Palpasi : vocal fremitus ka/ki
 - 3) Perkusi : sonor
 - 4) Auskultasi : suara paru vesikuler, tidak ada wheezing

8. ABDOMEN

Hati : normal, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hati
Limpa : normal, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran limpa
Massa : tidak ada
Bising usus : normal
Nyeri tekan : tidak ada nyeri tekan

9. MUSKULOSKELETAL

Deformitas : ya
Gerak terbatas : ya
Nyeri : ya, kadang dikedua kaki dan badan
Radang : tidak ada

Jelaskan : pasien mengalami gangguan gerak terbatas karena terkadang nyeri pada kedua kaki kanan dan kiri post amputasi kurang lebih 2 tahun yang lalu, jadi pasien menggunakan prosthesis.

10. NEUROLOGI

Normal

Syaraf : normal

Motorik : kekuatan normal

tonus otot : kuat 4/4

Sensorik : tajam

Reflek Skelebar

Jari ke hidung

Tumit ke ujung kaki

Reflek Romberg

Keseimbangan

C. PENGKAJIAN FUNGSIONAL KLIEN

Modifikasi dari Barthel Indeks

NO	KRITERIA	DENGAN BANTUAN	MANDIRI	KETERANGAN
1	Makan		2	Frekuensi : 3x Jumlah : 1 piring Jenis :
2	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya	1		Pasien kadang menggunakan walker
3	Personal toilet (mencuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)		2	Frekuensi : 2x sehari
4	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)		2	Klien mencuci alat makan secara mandiri
5	Mandi		2	Frekuensi : 2x sehari
6	Jalan diperlukan datar	1		Pasien menggunakan alat bantu walker
7	Naik turun tangga	1		Pasien menggunakan walker
8	Mengenakan pakaian		2	
9	Kontrol bowel (BAB)		2	Frekuensi : 1x pagi Konsistensi : lembek
10	Kontrol bladder (BAK)		2	Frekuensi : Warna : jernih
TOTAL NILAI		3	+ 14	= 17

Cara penilaian :

Nilai 0 : tidak mampu

Nilai 1 : membutuhkan bantuan

Nilai 2 : mandiri

Rumus total skor : jumlah semua nilai x 5

$$17 \times 5 = 85$$

Kategori penilaian barthel indeks

0-20 : ketergantungan total

21-60 : ketergantungan berat

61-90 : ketergantungan sedang

91-99 : ketergantungan ringan

100 : kemandirian total

D. PENGKAJIAN STATUS MENTAL GERONTIK

Identifikasi aspek kognitif dari fungsi mental dengan menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam) :

NO	ASPEK KOGNITIF	NILAI MAKS	NILAI KLIEN	KRITERIA
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : hari, tanggal, bulan, tahun dan musim
		5	5	Dimana sekarang kita berada: negara, provinsi, kota, kabupaten, kecamatan, desa/ RS/ ruang/ lantai
2	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 objek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing objek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga objek tadi (untuk disebutkan) :
3	Perhatian dan Kalkulasi	5	5	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali tingkat.
4	Mengingat	3	3	Minta klien mengulangi ketiga objek pada No. 2 (registrasi) tadi. Bila benar, satu point untuk masing-masing objek.
5	Bahasa	9	9	Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien. <input type="checkbox"/> Minta klien untuk mengulang kata berikut : tak ada, jika, dan tetapi". Bila benar, nilai satu point. <input type="checkbox"/> Pertanyaan benar 2 buah : tak ada, tetapi.

				Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : “ambil kertas di tangan anda, lipat dua dan taruh di lantai”. Perintahkan kepada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah, nilai 1 point). Perintahkan kepada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar :
TOTAL NILAI : 30				

Interpretasi hasil :

24-30 : Tidak ada gangguan kognitif

17-23 : probable dementia

< 17 : definitif dementia

E. POLA KOMUNIKASI

1	Pendengaran	Baik
2	Kemampuan memahami informasi	Baik
3	Kejelasan bicara	Bicara jelas
4	Perubahan pola komunikasi	Tidak

F. POLA PERILAKU DAN ALAM PERASAAN

1	Indikator depresi/kecemasan/alam perasaan sedih	Tidak ada gangguan
2	Tipe alam perasaan	Senang
3	Perubahan pola alam perasaan	Berubah-ubah
4	Perilaku	Tidak ada gangguan perilaku
5	Perubahan perilaku	Tidak ada perubahan perilaku

G. PSIKOSOSIAL – SPIRITUAL

1	Inisiatif/keterlibatan sosial	Pasien mudah berinteraksi dengan orang lain, pasien mampu melakukan aktivitas untuk sendiri dan orang lain
2	Perubahan relasi	Tidak ada
3	Peran di masa lalu	Pasien mampu mengidentifikasi peran dan status kehidupan dimasalalu

H. STATUS NUTRISI

1	Mengunyah dan menelan	Tidak ada gangguan
2	Perubahan berat badan	Tidak terdapat perubahan berat badan drastis
3	Keluhan-keluhan	Tidak ada
4	Program dan alat Bantu pemenuhan nutrisi	Tidak ada
5	Intake cairan	1000 – 1500 cc/hari
6	Mulut dan gigi	Mukosa lembab bersih, tidak menggunakan gigi palsu

I. KULIT

1	Kondisi kulit	Kulit bersih, kulit keriput, turgor kulit baik, tidak lesi
2	Tipe dekubitus/luka pada kulit	Tidak ada
3	Masalah lain pada kulit	Tidak ada
4	Perawatan/program khusus kulit	Tidak ada

J. KONTENENSIA

1	Kategori kontinensia urin	Kontinen
2	Pola eliminasi BAB	Teratur 1 hari 1x
3	Program dan alat bantu	Tidak ada
4	Perubahan dalam kontinen urin	Tidak ada

K. OBAT – OBATAN

1	Jenis, dosis obat per oral	Tidak ada, karna sudah 1 bulan ini tidak kontrol ke dokter
2	Injeksi	Tidak ada
3	Masalah yang berhubungan dengan obat	Tidak ada

1. KONDISI KESEHATAN KHUSUS

1	Penyakit yang sedang dialami	Diabetes Melitus
2	Jenis nyeri yang dialami	Kadang nyeri dikedua kaki, sering kesemutan
3	Riwayat jatuh	Tidak ada
4	Resiko jatuh	Ada
5	Nilai abnormal laboratorium	GDS : 250 mg/dl
6	Nilai abnormal pemeriksaan diagnostik lainnya	Tidak ada

L. ANALISA DATA

Data fokus	Etiologi	Problem
DS : Ny. K mengatakan lemas, sering BAK pada malam hari dan pusing DO : TD : 130/80 mmHg S : 36 °C Nadi : 85 x/menit RR : 20 x/menit GDS : 250 mg/dl	Resistensi Insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

M. PRIORITAS MASALAH

1. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Resistensi Insulin

N. INTERVENSI

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.00179)	<p>Kestabilan kadar glukosa darah (L.03022) Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 7 hari harapkan kadar glukosa darah dalam rentang normal dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kesadaran meningkat b. Mengantuk menurun c. Lelah menurun d. Keluhan lapar menurun e. Rasa haus menurun f. Kadar glukosa darah membaik 	<p>Manajemen hiperglikemi (I.03115) Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemi b. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi c. Monitor kadar glukosa darah <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa lebih dari 250mg/dL b. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri c. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan konsumsi rebusan daun kelor selama 7 hari. <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian insulin jika perlu b. Kolaborasi pemberian cairan IV jika perlu.

O. IMPLEMENTASI

Tgl / Waktu	No. Dx	Tindakan Keperawatan	Respon	Paraf
29 Oktober 2024 15.00 WIB	1	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia Mengajarkan pengolahan diabetes mellitus dengan konsumsi rebusan daun kelor untuk menurunkan kadar glukosa darah 1 hari sekali pada sore hari	DS : Ny. K mengatakan hari ini terasa lemas, sering BAK saat malam hari DO : GDS 250 mg/dl	
30 Oktober 2024 15.00 WIB	1	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia Mengajarkan pengolahan dan konsumsi rebusan daun kelor Menganjurkan keluarga terlibat dalam perawatan permasalahan DM	DS : Ny. K mengatakan mala mini BAK 3 kali DO : GDS 242 mg/dl DS : Ny. K mengatakan sudah tau cara membuat rebusan daun kelor DS : Keluarga akan membantu membuatkan dan membantu memetic daun kelor	
31 Oktober 2024 15.00 WIB	1	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia Mengevaluasi kepatuhan klien program diet DM dengan mengkonsumsi rebusan daun kelor	DS : Ny. K mengatakan mala mini BAK 2x DO : GDS 236 mg/dl DS : Ny. K mengatakan telah mengurangi makan yang mengandung gula DO : klien tampak mengkonsumsi rebusan daun	

			kelor	
04 November 2024 16.00 WIB	1	<p>Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p>Mengevaluasi kepatuhan klien program diit DM dengan mengkonsumsi rebusan daun kelor</p>	<p>DS : Ny. K mengatakan sudah tidak pernah terbangun untuk BAK di malam hari</p> <p>DO : GDS 206 mg/dl</p> <p>DS : Ny. K mengatakan telah mengurangi makan yang mengandung gula, pasien mengatakan sudah mengkonsumsi rebusan daun kelor tadi jam 14. 00 WIB</p>	

P. EVALUASI SOAP

Tgl / Waktu	No. DX	Respon Perkembangan (SOAP)	Paraf
29 Oktober 2024 15.20 WIB	1	<p>S : Ny. K mengatakan hari ini terasa lemas, sering BAK saat malam hari. Ny.K mengatakan sudah 1 bulan tidak minum obat gula dan dokter O : GDS 250 mg/dl</p> <p>A : Masalah belum teratasi yang ditunjukan dengan kadar glukosa darah diatas normal</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan mengkonsumsi rebusan daun kelor selama 7 hari</p>	
30 Oktober 2024 15.20 WIB	1	<p>S : Ny. K mengatakan mala mini BAK 3 kali</p> <p>O : GDS 242 mg/dl</p> <p>A : Masalah belum teratasi yang ditunjukan dengan kadar glukosa darah diatas normal</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan mengkonsumsi rebusan daun kelor</p>	
31 Oktober 2024 15.00 WIB	1	<p>S : Ny.K mengatakan mala mini BAK 2 kali</p> <p>O : GDS 236 mg/dl</p> <p>A : Masalah belum teratasi yang ditunjukan dengan kadar glukosa darah diatas normal</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan mengkonsumsi rebusan daun kelor</p>	
04 November 2024 16.00 WIB	1	<p>S : Ny.K mengatakan sudah tidak pernah terbangun untuk BAK dimalam hari</p> <p>O : GDS 206 mg/dl</p> <p>A : Masalah teratasi yang ditunjukan dengan kadar glukosa darah normal</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	

Lampiran-2

PERMOHONAN MENJADI PASIEN KELOLAAN

Dalam rangka menyelesaikan tugas akhir sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Profesi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap maka yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : AULIA MIFDHATUL JANNAH
NIM : 41121241023
No. HP : 0821-3816-9966
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dengan Ketidakstabilan kadar glukosa darah dan Penerapan Terapi Rebusan Daun Kelor

Bermaksud akan melakukan kegiatan penelitian sebagai rangkaian studi saya Program Profesi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap. Dalam penelitian ini, peneliti tidak bekerja sendiri melainkan dibantu oleh asisten penelitian. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk MENERAPKAN terapi air rebusan daun Kelor untuk mengatasi ketidakstabilan kadar glukosa darah.

Peneliti mohon kesediaan ibu untuk menjadi pasien kelolaan dalam studi kasus ini. Tindakan ini semata-mata hanya untuk kepentingan ilmu pengetahuan saja tanpa maksud lain dan akan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti.

Demikian penjelasan saya sampaikan, atas bantuan, dukungan dan kesediaan ibu, peneliti ucapan terima kasih.

Peneliti

AULIA MIFDHATUL JANNAH
NIM. 41121241023

Lampiran-3

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : AULIA MIFDHATUL JANNAH

NIM : 41121241023

Untuk mengisi daftar pertanyaan penelitian yang diajukan oleh mahasiswa Program Profesi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap tanpa prasangka dan paksaan. Jawaban yang diberikan hanya semata-mata untuk keperluan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan kami buat.

Cilacap, 2025
Pasien Kelolaan

.....

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
PEMBERIAN REBUSAN DAUN KELOR UNTUK
PENDERITA DIABETES MILITUS**

Definisi :

Pemberian rebusan daun kelor adalah tindakan pemberian rebusan daun kelor yang digunakan untuk mengontrol dan menurunkan kadar glukosa darah.

Tujuan :

Menurunkan kadar glukosa darah pada penderita diabetes militus

Tahap Persiapan

1. Persiapan pasien
 - a. Mengucapkan kelor terapeutik
 - b. Memperkenalkan diri
 - c. Menjelaskan pada klien dan keluarga tentang prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilaksanakan.
 - d. Selama komunikasi menggunakan bahasa yang jelas, sistematis serta mudah dimengerti.
 - e. Klien/keluarga diberi kesempatan bertanya untuk klarifikasi
 - f. Privacy klien selama komunikasi dihargai.
 - g. Membuat kontrak (waktu, tempat dan tindakan yang akan dilakukan)
 - h. Posisikan klien duduk
 - i. Berikan waktu istirahat selama 5 menit sebelum diukur tekanan darah
2. Persiapan alat dan bahan
 - a. Panci
 - b. Gelas
 - c. Air bersih 200 ml
 - d. Daun kelor yang sudah dilepaskan dari batangnya seberat 10 gram 1 gelas ukuran 220 ml penuh.
3. Persiapan lingkungan

Pastikan kenyamanan bagi klien

Tahap Kerja:

1. Siapkan peralatan.
2. Cuci daun kelor hingga bersih
3. Rebus daun kelor hingga mendidih
4. Saring air rebusan daun kelor tersebut.
5. Minum rebusan daun kelor sehari 1 sebelum makan dan diminum setiap sore selama 1 minggu.

Tahap Terminasi :

1. Menanyakan pada pasien apa yang dirasakan setelah dilakukan kegiatan.
2. Menyimpulkan hasil prosedur yang dilakukan.
3. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya.
4. Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien.

Tahap Dokumentasi

Catat seluruh tindakan yang telah dilakukan

Sumber: Waruwu et al. (2022)