

KARYA TULIS ILMIAH: STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELLITUS
TIPE 2 DENGAN MASALAH RESIKO KETIDAKSTABILAN
KADAR GLUKOSA DARAH**

(Studi Kasus di Ruang Melati RSUD Bangil)



EKANANDA MIFTACHUL JANAH

161210012

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2019**

KARYA TULIS ILMIAH: STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELLITUS TIPE
2 DENGAN MASALAH RESIKO KETIDAKSTABILAN KADAR
GLUKOSA DARAH DI RUANG MELATI
RSUD BANGIL PASURUAN**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program
Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Insan Cendekia Medika Jombang

Oleh:

EKANANDA MIFTACHUL JANAH
161210012

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda di bawah ini:

Nama : Ekananda Miftachul Janah

NIM : 161210012

Jenjang : Diploma

Program Studi : D-III Keperawatan

Menyatakan bahwa naskah KTI secara keseluruhan adalah hasil penelitian/karya saya sendiri, kecuali pada bagian-bagian yang dirujuk dari sumbernya.

Jombang, 23 Agustus 2019

Saya yang menyatakan



Ekananda Miftachul Janah
NIM 161210012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ekananda Miftachul Janah
NIM : 161210012
Tempat Tanggal Lahir : Ponorogo, 28 Nopember 1997
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan keperawatan pada klien Diabetes Mellitus tipe 2 dengan masalah resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah di RSUD Bangil Pasuruan.

Menyatakan tugas akhir yang saya tulis ini benar – benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri, kecuali dalam bentuk kutipan yang di sebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya dan apabila tidak benar saya bersedia mendapatkan sanksi.

Jombang, April 2019

Yang menyatakan



Ekananda Miftachul Janah
NIM : 161210012

LEMBAR PERSETUJUAN

Proposal Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Ekananda Miftachul Janah
NIM : 161210012
Program studi : DIII- Keperawatan
Judul : Asuhan keperawatan pada klien Diabetes Mellitus tipe 2 dengan masalah resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah di RSUD Bangil Pasuruan.

Telah disetujui oleh Dewan Penguji Proposal Karya Tulis Ilmiah Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes ICME Jombang.

Menyetujui

Pembimbing Utama

Pembimbing Anggota



Dr. Hariyono, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIK.04.05.052



Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.M.Kep
NIK.04.05.053

Mengetahui,

Ketua STIKes ICMe



H. Imam Fatoni, S.K.M., MM
NIK.03.04.022

Ketua Program Studi
DIII Keperawatan



Maharani Tri Puapitasari, S.Kep.,Ns.MM
NIK.03.04.028

LEMBAR PENGESAHAN

Proposal Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Ekananda Miftachul Janah

NIM : 161210012

Program studi : DIII- Keperawatan

Judul : Asuhan keperawatan pada klien Diabetes Mellitus tipe 2 dengan masalah resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah di RSUD Bangil Pasuruan.


Telah di uji dan di nilai oleh panitia penguji pada program studi DIII Keperawatan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang

Komisi Dewan Penguji

Penguji Utama : Hindyah Ike,S.Kep.,Ns.M.Kep ()

Penguji Anggota I : Dr. Hariyono,S.Kep.,Ns.,M.Kep ()

Penguji Anggota II : Inayatur Rosyidah,S.Kep.,Ns.M.Kep ()

Ditetapkan di : Jombang

Pada Tanggal : 2 Agustus 2019

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Ponorogo, 28 Nopember 1997, dari pasangan ayah yang bernama Gimana dan ibu yang bernama Juwanti. Penulis anak pertama dari dua bersaudara.

Tahun 2010 penulis lulus dari SDN 2 Kalisat Bungkal Ponorogo, Tahun 2013 penulis lulus dari SMP N 2 Bungkal Ponorogo, Tahun 2016 penulis lulus dari SMK Kesehatan Bakti Indonesia Medika Ponorogo. Pada Tahun 2016 penulis lulus seleksi masuk STIKes “Insan Cendekia Medika” Jombang melalui jalur undangan. Penulis memilih program studi DIII Keperawatan dari lima bidang studi yang ada di STIKes “Insan Cendekia Medika” Jombang

Demikian riwayat ini di buat dengan sebenarnya. █

Jombang, Februari 2019

Penulis



Ekananda Miftachul Janah
NIM 161210012

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“ Never give up and be the best”

PERSEMBAHAN

Yang Utama Dari Segalanya

Sujud syukur alhamdulillah pada ALLAH SWT atas karunia yang telah memberiku kesabaran, keikhlasan dan ketabahan membekaliku dengan ilmu serta memberiku kemudahan akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.

Ayahanda dan Ibunda Tercinta

Terimakasih Ayah dan Ibu atas pengorbanan, dukungan, dan do'a di setiap sujudmu yang tiada henti kau berikan untukku. Aku persembahkan Karya Tulis Ilmiah ini untuk Ayah dan Ibu yang senantiasa merawatku, membesarkanku, dan mendidikku menjadi pribadi yang lebih baik. Semoga ini menjadi langkah awalku untuk membuat Ayah dan Ibu bangga.

Dosen-dosenku

Terimakasih untuk dosenku yang telah membimbingku, memberi motivasi serta memberi ilmu-ilmu yang bermanfaat selama pendidikan.

Teman dan Sahabat

Kuucapkan terimakasih untuk teman seperjuanganku yang aku cintai selama 3 tahun ini telah menjadi teman yang luar biasa. Tak lupa kuucapkan terimakasih untuk sahabatku yang selalu memberi semangat dan dukungan di setiap langkahku.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga Proposal Karya Tulis Ilmiah telah terselesaikan dengan baik.

Selanjutnya, saya mengucapkan terimakasih yang sebanyak-banyaknya kepada pihak yang telah membantu terselesaikannya penyusunan proposal karya tulis ilmiah studi kasus tentang “Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus Dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah”. Tersusunnya Proposal Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk memenuhi tugas sebagai syarat terselesaikannya program DIII Keperawatan. Terselesaikannya Proposal Karya Tulis Ilmiah ini, tidak lepas dari bimbingan, pengarahan, dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu saya mengucapkan terima kasih kepada Dr. Hariyono, S.Kep.,Ns.,M.Kep. Selaku Pembimbing Utama, Inayatur Rosyidah, S.Kep,Ns.M.Kep. Selaku Pembimbing Anggota. Maharani Tri Puapitasari S.Kep,Ns.MM Selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan serta seluruh Civitas Akademik Program DIII Keperawatan.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, maka penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi sempurnanya penulisan ini. Harapan penulis mudah - mudahan penulisan ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya.

Akhirnya, semoga Allah senantiasa memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada siapa saja yang mencintai pendidikan Amin Ya Robbal Alamin.

Jombang, Juli 2019

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELLITUS DENGAN MASALAH RESIKO KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH DI RUANG MELATI RSUD BANGIL

**Oleh:
EKANANDA MIFTACHUL JANAH**

Diabetes Mellitus merupakan penyakit metabolik yang bersifat kronik, ditandai dengan meningkatnya kadar glukosa darah yang orang awam menyebutnya dengan kencing manis, sebagai akibat adanya gangguan insulin, sekresi insulin. Insulin adalah hormon yang disekresi dari pankreas dan dibutuhkan dalam proses metabolisme glukosa. Saat insulin tidak bekerja sebagaimana fungsinya maka terjadi penumpukan glukosa di sirkulasi darah atau hiperglikemia. Peneliti bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Mellitus dengan Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah. Di ruang Melati RSUD Bangil.

Desain penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan metode studi kasus. Penelitian diambil Di Ruang Melati RSUD Bangil. Jumlah subyek peneliti adalah 2 klien dengan masalah keperawatan dan diaagnosis yang sama.

Pada klien dengan masalah resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah intervensi yang digunakan adalah NOC: kontrol glukosa darah NIC: manajemen hiperglikemi. Berdasarkan hasil peneliti pada kedua klien didapatkan perbedaan dari hasil GDA klien. Antara klien 1 lebih rendah daripada klien 2.

Kesimpulan dari hasil evaluasi terakhir disimpulkan bahwa klien 1 masalah teratasi sebagian sedangkan klien 2 masalah teratasi sebagian. Saran yang diberikan kepada klien: klien harus mengontrol kadar glukosa darah dan mengurangi konsumsi gula sehingga dapat mengambil suatu keputusan yang sesuai dengan masalah serta ikut mempertahankan dan melaksanakan tindakan yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

Kata kunci : Diabetes Mellitus. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah.

ABSTRACT

THE NURSING CARE OF CLIENTS WHO ARE EXPERIENCING DIABETES MELLITUS TYPE 2 WITH THE RISK OF INSTABILITY OF BLOOD GLUCOSE LEVELS IN THE MELATI HOSPITALS BANGIL

By :

EKANANDA MIFTACHUL JANA

Diabetes Mellitus is a metabolic disease that is chronic, characterized by increased blood glucose levels which the layman might call diabetes, as the result of any such interruption of insulin, insulin secretion. Insulin is a hormone that is secreted from the pancreas and is required in the process of metabolism of glucose. When insulin does not work as its functions then happened in the buildup of glucose blood circulation or hyperglycemia. Researchers aim to provide nursing care on the client that is experiencing Diabetes Mellitus with the risk of instability of blood glucose levels. In the Melati HOSPITALS Bangil on 26-28 April 2019.

The design of this study is descriptive using a case study method. The study was taken from Melati HOSPITALS Bangil. The number of researchers is the subject of two clients with problems of nursing and the same medical diagnosis

On the client with the issue of the risk of instability of the blood glucose levels of intervention used is NOC: blood glucose control NIC: hiperglikemi management. Based on the results of researchers in both the client obtained the distinction of the GDA's clients. Between client 1 lower than on client 2.

In a case study then researchers take the conclusions of the last evaluation results concluded that client 1 client while the issue is resolved in part 2 client while the issue is resolved. The advice given to clients. The client must often control their blood glucose levels and reducing the consumption of sugar so that it can take a decision in accordance with the problem as well as join the notice and carry out the action given by health workers.

Keyword: Diabetes Mellitus. The risk of instability of blood glucose levels.

DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	
SAMPUL DALAM.....	i
PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI	ii
PERNYATAAN KEASLIAN.....	iii
SURAT PERNYATAAN.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN.....	v
LEMBAR PENGESAHAN.....	vi
RIWAYAT HIDUP.....	vii
MOTTO.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
ABSTRAK.....	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
DAFTAR SINGKATAN.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Tujuan Penulisan.....	2
1.1 Tujuan umum.....	3
1.2 Tujuan khusus.....	3
1.4 Manfaat.....	4
1.1 Manfaat teoritis.....	4
1.2 Manfaat praktis.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Diabetes Mellitus.....	5
1.1 Defisini Diabetes Mellitus.....	5
1.2 Etiologi.....	5
1.3 Klasifikasi.....	7
1.4 Patofisiologi.....	8
1.5 WOC Diabetes Mellitus.....	11
1.6 Manifestasi Klinis.....	12
1.7 Komplikasi.....	13
1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	14
1.9 Penatalaksanaan.....	15
2.2 Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.....	16
2.1 Definisi Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.....	17
2.2 Faktor Resiko.....	17
2.3 Kondisi Klinis Terkait.....	17
2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	17
3.1 Pengkajian.....	18

3.2 Keluhan Utama.....	18
3.3 Riwayat Kesehatan Sekarang.....	18
3.4 Riwayat Kesehatan Dahulu.....	18
3.5 Riwayat Kesehatan Keluarga.....	18
3.6 Riwayat Psikososial.....	18
3.7 Pola Fungsi Kesehatan.....	18
3.8 Pemeriksaan Fisik.....	19
3.9 Diagnosa Keperawatan.....	25
3.10 Intervensi keperawatan.....	25
3.11 Implementasi Keperawatan	26
3.12 Evaluasi Keperawatan.....	27
 BAB 3 METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Peneliatian.....	30
3.2 Batasan Istilah.....	30
3.3 Partisipan.....	31
3.4 Lokasi dan Waktu Peneliatian.....	34
3.5 Pengumpulan Data.....	35
3.6 Uji Keabsahan Data.....	35
3.7 Analisa Data.....	35
 BAB 4 PENELITIAN HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil Penelitian.....	36
1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	36
1.2 Pengkajian.....	38
1.3 Hasil Laboratorium.....	40
1.4 Terapi.....	41
1.5 Analisa Data.....	41
1.6 Diagnosa Keperawatan.....	42
1.7 Intervensi Keperawatan.....	42
1.8 Implementasi Asuhan Keperawatan.....	43
1.9 Evaluasi Asuhan Keperawatan.....	45
4.2 Pembahasan.....	47
2.1 Pengkajian.....	47
2.2 Diagnosa Keperawatan.....	48
2.3 Intervensi Keperawatan.....	49
2.4 Implementasi Keperawatan.....	50
2.5 Evaluasi Keperawatan.....	50
 BAB 5 KESIMPULAN DAN PENUTUP	
5.1 Kesimpulan.....	51
5.2 Saran.....	52
 DAFTAR PUSTAKA.....	
Lampiran.....	6

DAFTAR GAMBAR

WOC Diabetes Mellitus.....11



GAMBAR TABEL

Tabel 4.1 Identitas klien.....	37
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit.....	38
Tabel 4.3 Pola Kesehatan.....	38
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik (B6).....	39
Tabel 4.5 Pemeriksaan Laboratorium.....	41
Tabel 4.6 Pemberian Terapi.....	42
Tabel 4.7 Analisa Data.....	42
Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan.....	43
Tabel 4.9 Intervensi Keperawatan.....	43
Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan klien 1 hari pertama.....	44
Tabel 4.11 Implementasi Klien 2.....	44
Tabel 4.12 Implementasi Klien 1 Hari Kedua.....	45
Tabel 4.13 Implementasi Klien 2.....	45
Tabel 4.14 Implementasi Klien 1 Hari Ketiga.....	45
Tabel 4.15 Implementasi Klien.....	45
Tabel 4.16 Evaluasi Klien 1 Hari pertama.....	46
Tabel 4.17 Evaluasi Klien 2.....	46
Tabel 4.18 Evaluasi Klien 1 Hari Kedua.....	47
Tabel 4.19 Evaluasi Klien 2.....	47
Tabel 4.20 Evaluasi Klien 1 Hari Ketiga.....	47
Tabel 4.21 Evaluasi Klien 2.....	48

DAFTAR SINGKATAN



BAB	:	Buang Air Besar
RISKESDAS	:	Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar
ADA	:	(American Diabetes Association)
IDDM	:	IDDM Insulin Dependen Diabetes Mellitus
NIDDM	:	NIDDM Non Insulin Dependen Diabetes Mellitus
BAK	:	Buang Air Kecil
DM	:	Diabetes Mellitus
GDS	:	Gula Darah Sewaktu
GDM	:	Gestatioanal Diabetes Mellitus
g/dl	:	gram/desi liter
mg/dl	:	milligram/desi lite
OHO	:	Obat Hipoglikemik Oral
osm	:	Osmolatitas
RSUD	:	RSUD Rumah Sakit Umum Daerah
WHO	:	<i>World Health Organization</i>
WOD	:	Wawara, Observasi, Dokumentasi
GCS	:	Glasgow Coma Scale
NIC	:	Nursing Intervention Klasifikasi
NOC	:	Nursing Outcome Clasification
CM	:	Composmentis

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 2 : Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 3 : Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 4 : Form Asuhan Keperawatan
- Lampiran 7 : Surat Penelitian Dari STIKes ICMe Jombang
- Lampiran 8 : Surat Balasan Penelitian Dari RSUD Bangil
- Lampiran 9 : Surat Keterangan Kelaikan Etik Penelitian
- Lampiran 10 : Lembar Konsultasi



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah terjadi karena tubuh tidak mampu menggunakan dan melepaskan insulin secara adekuat (Irianto, 2015). Glukosa yang di alirkan melalui darah merupakan sumber utama energi untuk sel-sel tubuh. Umumnya tingkat glukosa dalam darah bertahan pada batas-batas 4-8 mmol/L/hari (70/150) mg/dl, kadar ini meningkat setelah makan dan biasanya berada pada level terendah di pagi hari sebelum orang-orang mengkonsumsi makanan (Mayes, 2001). Ketidak stabilan glukosa darah merupakan variasi dimana kadar gula mengalami kenaikan atau penurunan dari rentang normal yaitu mengalami hiperglikemi atau hipoglikemi. Hiperglikemi merupakan keadaan kadar glukosa darah meningkat atau berlebih, sedangkan Hipoglikemi merupakan keadaan kadar glukosa darah dibawah normal (Nabyl, 2009).

Penyakit ini paling sering dijumpai dan prevalensi setiap tahunnya mengalami peningkatan di seluruh dunia (Hartono,2013). *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2011 jumlah penderita diabetes melitus di dunia mencapai 200 juta jiwa. Data terbaru tahun 2015 yang di tunjukkan oleh Perkumpulan Endokronologi (PERKENI) menyatakan bahwa jumlah penderita diabetes melitus di Indonesia telah mencapai 9,1 juta orang dan menempati urutan ke lima terbesar dalam jumlah penderita Diabetes Mellitus di dunia. Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu wilayah di Indonesia dengan prevelensi penderita Diabetes Mellitus sebesar 2,7% (Risksedas, 2018). Kasus penderita Diabetes

Mellitus 102.399 kasus (Dinkes Provinsi Jawa timur, 2012). Peneliti yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya dengan Diabetes Mellitus pada tahun 2009 sejumlah 15.961, meningkat pada jumlah 21.729 pada tahun 2010 (Perkeni, 2006).

Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah disebabkan oleh obesitas, kurang berolahraga, makan secara berlebihan, serta perubahan gaya hidup yang tidak sehat merupakan faktor utama. Pada kasus Diabetes Mellitus tipe 2 terdapat dua masalah yang berhubungan dengan insulin yaitu resistensi dan gangguan restensi. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu reaksi dalam metabolisme glukosa di dalam sel. Dengan demikian insulin tidak efektif untuk menstimulas pengambilan glukosa oleh jaringan. Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung melambat dan progresif maka Diabetes Mellitus dapat terjadi tanpa terdeteksi. Diabetes Mellitus membuat gangguan komplikasi melalui kerusakan pada pembuluh darah di seluruh tubuh disebut angiopatik diabetik. Penyakit tersebut berjalan kronis dan dibagi dua yaitu gangguan pada pembuluh darah besar (makrovaskuler) disebut *makroangopati* dan pembuluh darah halus (mikrovaskuler) disebut *mikroangopati* (Wijaya & Putri, 2013).

Upaya secara mandiri yang dilakukan oleh penderita Diabetes Mellitus yang meliputi edukasi terhadap klien dengan keluarga agar menjaga makan yang sehat dan menghindari kebiasaan makan-makanan yang tinggi kadar gulannya sesuai indikasi, pengobatan dan pencegahan komplikasi. Pencegahan penyakit diabetes melitus yang sangat penting yaitu melalui pengobatan diabetes mellitus untuk menormalkan kadar glukosa darah. Penatalaksanaan ini di capai dengan

melalui berbagai cara yaitu : diet , latihan , pemantauan , terapi dan pendidikan kesehatan (Elisabeth J. 2009) . Oleh karena itu penulis tertarik untuk mengetahui lebih lanjut tentang penyakit gangguan insulin khususnya Diabetes Melitus dalam sebuah karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus tipe 2 Dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Ruang Melati RSUD Bangil”

1.2 Rumusan masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada klien penyakit Diabetes Mellitus tipe 2 dengan masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa darah di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien penyakit Diabetes Mellitus tipe 2 dengan masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mampu melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Mellitus tipe 2 dengan masalah resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.
2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Mellitus tipe 2 dengan masalah resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

3. Mampu menyusun perencanaan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Mellitus tipe 2 dengan masalah resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.
4. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Mellitus tipe 2 dengan masalah resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.
5. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Mellitus tipe 2 dengan masalah resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini bisa menjadi referensi untuk peneliti lain yang serupa pada pasien Diabetes Mellitus tipe 2 dengan masalah Resiko Ketidakstabilan Glukosa Darah.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini dapat meningkatkan mutu pelayanan yang lebih baik pada pasien Diabetes Mellitus tipe 2 dan lebih memperhatikan kondisi klien dengan masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.

BAB 2

TINAJUAN PUSTAKA

2.1 Konsep (DM) *Diabetes Mellitus* Tipe 2

2.1.1 Definisi Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus adalah gangguan yang ditandai oleh hiperglikemia yang memengaruhi metabolisme karbohidrat, protein dan lemak. Yang terjadi akibat sekresi insulin atau kerja insulin (William & Wilkins, 2012). Diabetes Mellitus adalah gangguan kesehatan dengan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan oleh peningkatan kadar gula dalam darah akibat kekurangan insulin ataupun resistensi insulin dan gangguan metabolik (Isnati, 2007).

Diabetes Mellitus merupakan penyakit metabolik yang bersifat kronik, ditandai dengan meningkatnya kadar glukosa darah sebagai akibat dari adanya gangguan penggunaan insulin, sekresi insulin, atau keduanya (*American Diabetes Association ADA*, 2013). Insulin adalah hormon yang disekresi dari pankreas dan dibutuhkan dalam proses metabolisme glukosa. Saat insulin tidak bekerja sebagaimana fungsinya maka terjadi penumpukan glukosa di sirkulasi darah atau hiperglikemia (Price & Wilson, 2006).

2.1.2 Etiologi Diabetes Mellitus

Umumnya diabetes melitus disebabkan oleh rusaknya sebagian kecil atau besar dari sel-sel beta dari pulau *Langerhans* pada pankreas yang menghasilkan insulin, akibatnya terjadi kekurangan insulin. Disamping

itu ada beberapa faktor lain penyebab penyakit diabetes melitus, antara lain:

1. Pola makan

Makan secara berlebihan dan melebihi jumlah kadar kalori serta tidak diimbangi dengan sekresi insulin dalam jumlah yang memadai, yang dibutuhkan oleh tubuh dapat memicu timbulnya diabetes melitus.

2. Obesitas (kegemukan)

Orang gemuk dengan berat badan lebih dari 90 kg cenderung memiliki peluang untuk terkena penyakit diabetes melitus.

3. Faktor genetik

Diabetes melitus dapat diwariskan dari orang tua kepada anak. Gen penyebab diabetes melitus akan dibawa oleh anak jika orang tuanya menderita diabetes melitus, pewaris gen ini dapat sampai ke cucunya bahkan cicitnya walaupun kemungkinan kecil terjadi.

4. Pola hidup

Pola hidup juga sangat mempengaruhi faktor penyebab diabetes melitus, jika orang malas berolahraga memiliki resiko lebih tinggi untuk terkena penyakit diabetes melitus karena olahraga berfungsi untuk membakar kalori yang berlebihan didalam tubuh. Kalori yang tertimbun di dalam tubuh merupakan faktor utama penyebab diabetes melitus.

5. Kehamilan diabetes gestasional, akan hilang setelah melahirkan.

6. Bahan kimia yang dapat mengiritasi pankreas yang menyebabkan radang pankreas yang berakibat fungsi pankreas menurun sehingga ada sekresi hormon untuk proses metabolisme tubuh termasuk insulin. Segala jenis residu obat dalam waktu yang lama dapat mengiritasi pankreas.
7. Penyakit dan infeksi pada pankreas

Infeksi mikro organisme dan virus pada pankreas juga dapat menyebabkan radang pankreas yang berakibat fungsi pankreas turun sehingga tidak ada sekresi hormon untuk proses metabolisme tubuh (Hasdiana, 2012).

2.1.3 Klasifikasi Diabetes Mellitus

Klasifikasi Diabetes Mellitus sebagai berikut:

1. Tipe 1: Diabetes Mellitus tergantung pada insulin (IDDM)

Diabetes mellitus yang disebut juga insulin dependent yaitu tubuh tergantung pada insulin karena tubuh tidak dapat menghasilkan insulin yang disebabkan oleh masalah genetik, virus atau penyakit autoimun.

2. Tipe 2: Diabetes Mellitus tidak tergantung pada insulin (NIDDM)

Diabetes yang membutuhkan insulin sementara atau seterusnya yang disebabkan oleh resistensi insulin, kekurangan insulin atau karena gangguan sekresi dan obesitas, usia maupun riwayat keluarga. Resistensi insulin adalah banyaknya jumlah insulin yang tidak berfungsi karena terhambatnya produksi glukosa oleh hati.

3. Diabetes Mellitus yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom.

4. Diabetes Mellitus Gestasional/Kehamilan (GDM).

Diabetes melitus yang terjadi hanya selama kehamilan dan akan pulih setelah melahirkan, dengan keterlibatan interleukin 6 dan protein reaktif C pada lintasan patogenesisnya (Padila,2012).

2.1.4 Patofisiologi Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus merupakan kumpulan gejala yang kronik dan bersifat sistemik dengan karakteristik peningkatan glukosa darah atau hiperglikemia yang disebabkan menurunnya sekresi atau aktifitas dari insulin sehingga mengakibatkan terhambatnya metabolisme karbohidrat, protein dan lemak (Tarwoto, dkk, 2012).

Glukosa secara normal bersirkulasi dalam jumlah tertentu dalam darah dan sangat dibutuhkan untuk kebutuhan sel dan jaringan. Glukosa dibentuk dihati dari makanan yang dikonsumsi. Makanan sebagian yang masuk digunakan untuk kebutuhan energi dan sebagian lagi disimpan dalam bentuk glikogen hati dan jaringan lainnya dengan bantuan insulin. Insulin merupakan hormon yang diproduksi oleh sel beta pulau langerhans pankreas yang kemudian produksinya masuk kedalam darah dengan jumlah sedikit kemudian meningkat jika ada makanan yang masuk. Pada orang dewasa rata-rata diproduksi 40-50 unit, untuk mempertahankan glukosa darah tetap stabil antara 70-120 mg/dl (Tarwoto, dkk, 2012).

Pada diabetes tipe 2 masalah utama adalah berhubungan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Resistensi insulin menunjukkan penurunan sensitifitas jaringan pada insulin. Normalnya insulin mengikat

reseptor khusus pada permukaan sel dan mengawali rangkaian reaksi meliputi metabolisme glukosa. Pada Diabetes Mellitus tipe 2 reaksi intra seluler dikurangi, sehingga menyebabkan efektivitas insulin menurun dalam menstimulasi penyerapan glukosa oleh jaringan dan pada pengaturan pembebasan oleh hati. Mekanisme yang pasti menjadi penyebab utama resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada Diabetes Mellitus tipe 2 tidak diketahui, meskipun faktor genetik berperan pertama (Tarwoto, 2012).

Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah penumpukan glukosa dalam darah, peningkatan sejumlah insulin harus disekresi dalam mengatur kadar glukosa darah dalam batas normal atau sedikit lebih tinggi kadarnya. Namun jika sel beta tidak dapat menjaga dengan meningkatkan kebutuhan insulin, mengakibatkan kadar glukosa meningkat dan Diabetes Mellitus tipe 2 berkembang (Tarwoto, dkk, 2012).

a. Menurunnya penggunaan glukosa

Pada diabetes sel-sel membutuhkan insulin untuk membawa glukosa hanya sekitar 25% untuk energi. Kecuali jaringan saraf eritrosit dan sel-sel usus, hati dan tubulus ginjal tidak membutuhkan insulin untuk transport glukosa. Sel-sel lain seperti jaringan adipose, otot jantung membutuhkan insulin untuk transport glukosa. Tanpa adekuat jumlah insulin, banyak glukosa tidak dapat digunakan. Dengan tidak adekuatnya insulin maka gula darah menjadi tinggi (hiperglikemia) karena hati tidak dapat menyimpan glukosa menjadi glikogen. Supaya

terjadi keseimbangan agar glukosa darah menjadi normal maka tubuh mengeluarkan glukosa dari ginjal sehingga banyak glukosa berda dalam urin disisi lain pengeluaran glukosa melalui urin menyebabkan diuretik osmotik dan meningkatnya jumlah air yang dikeluarkan hal ini beresiko terjadi defisit volume cairan (Tarwoto, 2012).

b. Meningkatnya mobilisasi lemak

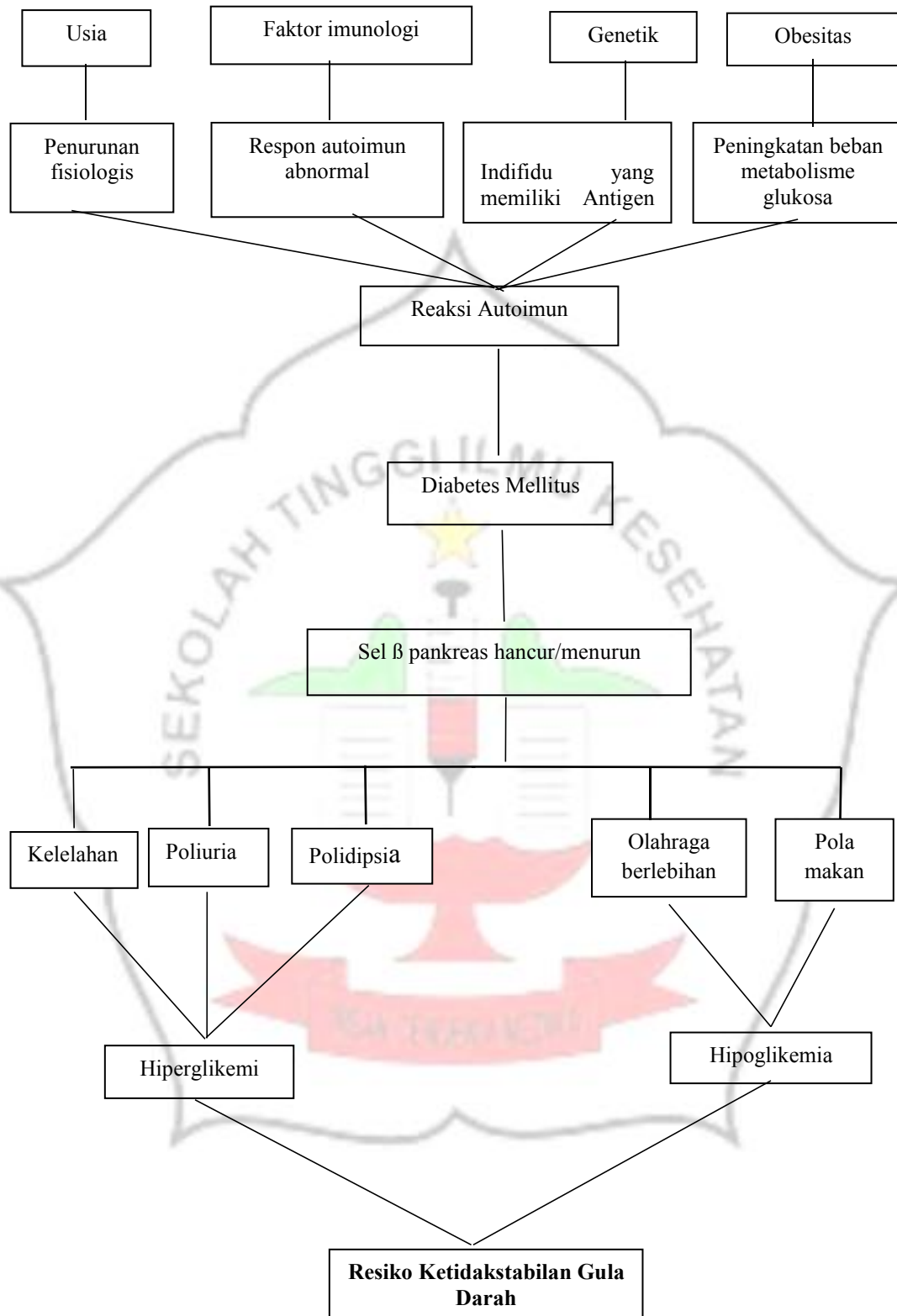
Pada diabetes tipe 1 lebih berat dibandingkan pada tipe 2 mobilisasi lemak yang dipecah untuk energi terjadi jika cadangan glukosa tidak ada. Hasil metabolisme lemak adalah keton. Keton akan terkumpul dalam darah, dikeluarkan lewat ginjal dan paru. Derajat keton dapat diukur dari darah dan urine. Jika kadarnya tinggi indikasi diabets tidak terkontrol (Tarwoto, 2012).

Keton mengganggu keseimbangan asam basa tubuh denagn memproduksi ion hidrogen sehingga pH menjadi turun dan asidosis metabolik dapat terjadi. Sekresi keton juga mengakibatkan kehilangan cairan. Jika lemak menjadi sumber energi utama maka lipid tubuh dapat meningkat, resiko atheroskeloris juga meningkat (Tarwoto, 2012).

c. Meningkatnya penggunaan protein

Kurangnya insulin berpengaruh pada pembuangan protein. Pada keadaan normal insulin berfungsi mensimulasi sintesis protein, jika terjadi ketidakseimbangan, asma amino dikonversi menjadi glukosa dihati sehingga kadar glukosa menjadi tinggi (Tarwoto,2012).

2.1.5 WOC Diabetes Mellitus (Setiaji, 2017)



Gambar 2.1 WOC Diabetes Mellitus (Setiaji, 2017).

2.1.6 Manifestasi klinis

Adanya penyakit diabetes melitus ini sering kali tidak di rasakan dan disadari oleh penderita beberapa keluhan dan gejala yang perlu dapat perhatian adalah:

1. Gejala akut

a. Banyak kencing (*poliuria*)

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

b. Banyak minum (*polydipsia*)

Rasa haus sering dialami penderita karena banyaknya cairan yang melalui kencing. Untuk menghilangkan rasa haus itu penderita banyak minum.

c. Banyak makan (*polifgia*)

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

d. Penurunan berat badan dan rasa lemah, mengantuk

2. Gejala kronis

a. Gangguan penglihatan, berupa pandangan yang kabur dan menyebabkan sering ganti kaca mata.

b. Gangguan saraf tepi berupa kesemutan, terutama pada malam hari sering terasa sakit dan rasa kesemutan dikaki.

- c. Rasa tebal pada kulit, yang menyebabkan penderita lupa memakai sandal dan sepatunya.
- d. Gangguan fungsi seksual dapat berupa gangguan ereksi, impoten yang disebabkan gangguan pada saraf bukan karena gangguan pada kekurangan hormone seks (testosterone) Keputihan. Pada penderita wanita, keputihan dan gatal sering dirasakan, hal ini disebabkan daya tahan tubuh penderita menurun (Suraoka.IP, 2012).

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi pada penyakit diabetes melitus dapat dibagi menjadi dua yaitu :

1. Komplikasi akut
 - a. Koma hiperglikemia disebabkan kadar gula sangat tinggi biasanya terjadi Diabetes Mellitus tidak tergantung pada insulin.
 - b. Ketoasi atau keracunan zat keton sebagai hasil metabolisme lemak dan protein terutama terjadi pada Diabetes Mellitus tergantung pada insulin.
 - c. Koma hipoglikemia akibat terapi insulin yang berlebihan atau tidak terkontrol.
2. Komplikasi kronis

Mikroangiopati (kerusakan pada saraf-saraf perifer) pada organ-organ yang mempunyai pembuluh darah kecil sehingga pada :

- a. *Retinopati diabetic* (kerusakan saraf retina dimata) sehingga menyebabkan kebutaan.

- b. *Neuropati* diabetika (kerusakan saraf-saraf perifer) mengakibatkan gangguan sensori pada organ tubuh.
 - c. *Nefropati* diabetika (kelainan atau kerusakan pada ginjal) dapat menyebabkan gagal ginjal
 - d. Kelainan pada jantung dan pembuluh darah seperti *miokard infark* maupun gangguan fungsi jantung karena arteriosklerosis
 - e. Penyakit vaskuler perifer.
 - f. Gangguan system pembuluh darah otak atau stroke.
3. Gangguan diabetika karena adanya neuropati dan terjadi luka yang tidak sembuh-sembuh.
4. Disfungsi erektil diabetika
- Angka kematian dari diabetes melitus terjadi akibat komplikasi seperti:
- a. Hiperglikemia atau hipoglikemia.
 - b. Meningkatkan resiko infeksi.
 - c. Komplikasi mikrovaskuler seperti retinopati, nefropati.
 - d. Komplikasi makrovaskuler seperti penyakit jantung koroner, stroke (Tarwonto, 2012).

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Untuk menentukan penyakit diabetes melitus, tanda dan gejala yang dialami pasien juga penting adalah dilakukan test diagnostik diantaranya:

a. Pemeriksaan gula darah puasa

Tujuan : menentukan jumlah glukosa darah pada saat puasa.

Pembatasan : tidak makan selama 12 jam sebelum test biasanya jam 08.00 pagi sampai jam 20.00, minum boleh.

Prosedur : darah diambil dari vena dan kirim ke laboratorium.

Hasil : Normal : 80-120 mg/100ml serum
Abnormal : 140 mg/100 ml atau lebih

b. Pemeriksaan gula darah posprandial

Tujuan : menentukan gula darah setelah makan

Pembatasan : tidak ada

Prosedur : pasien diberimakan kira-kira 100gr karbohidrat, dua jam kemudian diambil darah venanya.

Hasil : Normal : kurang dari 120 mg/100 ml serum

Abnormal : lebih dari 200 mg/100 ml atau Lebih

c. Pemeriksaan toleransi glukosa oral/oral glukosa tolerance test (TTGO)

Tujuan : menemukan toleransi terhadap respons pemberian glukosa.

Pembatasan : pasien tidak makan 12 jam sebelum test dan selamatest, boleh minum air putih, tidak merokok, ngopi atau minum the selama pemeriksaan (untuk mengukur respon tubuh terhadap karbohidrat), sedikit aktivitas, dan setres.

Prosedur : pasien diberi makan tinggi karbohidrat selama 3 hari sebelum test, kemudian puasa selama 12 jam, ambil darah puasa selama dan urin untuk pemeriksaan. Berikan 100 gr glukosa ditambah juice lemon melalui mulut, periksa darah dan urine 1,2,3,4, dan 5 jam setelah pemberian glukosa.

Hasil : Normal : puncaknya jam pertama setelah pemberian 200mg/dl dan kembali normal 2 atau 3 jam.

Abnormal : peningkatan glukosa pada jam pertama tidak kembali setelah 2 atau 3 jam, urine positive glukosa.

d. Pemeriksaan glukosa urine

Pemeriksaan ini kurang akurat karena hasil pemeriksaan ini banyak dipengaruhi oleh berbagai hal misalnya karena obat-obatan seperti aspirin, vitamin C dan beberapa antibiotic, adanya kelainan ginjal

dan pada lansia dimana ambang ginjal meningkat adanya glukosuria menunjukkan bahwa ambang terhadap glukosa terganggu.

e. Pemeriksaan ketone urine

Badan ketone merupakan produk sampingan proses pemecahan lemak, dan senyawa ini akan menumpuk pada darah dan urine. jumlah keton yang besar pada urine akan merubah pereaksi pada strip menjadi keunguan adanya ketonuria menunjukkan adanya ketoasidosis.

f. Pemeriksaan kolestrol dan kadar serum trigleserida, dapat meningkat karena ketidak adekuatan kontrol glikemik.

g. Pemeriksaan hemoglobin glikat (HbA1e)

Pemeriksaan lain untuk memantau rata-rata kadar glukosa darah adalah glykosulated haemoglobin (HbA1c), test ini mengukur prosentasi glukosa yang melekat pada hemoglobin (ADA, 2003 dalam black & Hawks, 2005, ignativicius & workman, 2006).

h. Pemeriksaan organ lain yang mungkin terkait dengan komplikasi seperti pemeriksaan mata, saraf, jantung dll (Tarwoto, 2013).

2.1.9 Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan pasien diabetes melitus adalah:

- a. Menormalkan fungsi dari insulin dan menurunkan kadar glukosa darah.
- b. Mencegah komplikasi vaskuler dan neuropati
- c. Mencegah terjadinya hipoglikemia dan ketoasidosis.

Prinsip utama pelaksanaan pasien diabetes melitus adalah mengontrol gula darah dalam rentang normal. Untuk mengontrol gula darah ada lima faktor penting yang harus diperhatikan yaitu:

a. Asupan makanan atau manajemen diet

Perhimpunan diabetes Amerika dan persatuan Dietetik Amerika merekomendasikan 50-60% kalori yang berasal dari :

1. Karbohidrat 60-70%
2. Protein 12-20%
3. Lemak 20-30%

b. Latihan fisik

Latihan dengan cara melawan tahanan dapat menambah laju metabolisme istirahat, menurunkan berat badan, stres dan menyegarkan tubuh.

c. Obat-obatan penurunan gula darah.

Terapi

1. Tablet OAD (Oral Antidiabetik)

a. *Sulfanilurea*

b. *Biguanida*

2. Insulin (Tarwono, 2012)

d. Pemantauan

Pemantauan kadar gula darah secara mandiri

2.2 Konsep Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

2.2.1 Definisi Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Resiko

terhadap variasi kadar glukosa/gula darah dari rentang normal (Tim Pokja, 2017)

2.2.2 Faktor Resiko

1. Asuapan diet tidak cukup
2. Gangguan status kesehatan
3. Gangguan status mental
4. Kehamilan
5. Keterlambatan perkembangan kognitif
6. Kurang pengetahuan tentang manajemen penyakit
7. Manajemen diabetes tidak tepat
8. Manajemen medikasi tidak efektif
9. Pemantauan glukosa darah tidak adekuat
10. Penambahan berat badan berlebihan

2.2.3 Kondisi Klinis Terkait

1. Diabetes Mellitus
2. Ketoasidosis diabetik
3. Hipoglikemia
4. Diabetes gestasional
5. Penggunaan kortikosteroid
6. Nutrisi parenteral total (TPN)

2.3 Konsep Asuhan keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Identitas pasien

- a. Inisial :
- b. Umur :
- c. Jenis kelamin :
- d. Suku/bangsa :
- e. Alamat :

2.3.2 Keluhan utama

Saat MRS (alasan utama masuk rumah sakit)

Saat pengkajian (yang paling dikeluhkan pasien)

2.3.3 Riwayat kesehatan sekarang

Pada riwayat sekarang berisi tentang perjalanan penyakit Diabetes Mellitus. biasanya mengeluh kesemutan, menurunnya berat badan, sering haus, dan nafsu makan meningkat.

2.3.4 Riwayat kesehatan dahulu

Berapa lama klien menderita Diabetes Mellitus, bagaimana penanganannya, mendapat terapi jenis insulin apa, bagaimana cara minum obatnya teratur apa tidak, apa saja yang dilakukan klien untuk menanggulangi penyakitnya.

2.3.5 Riwayat kesehatan keluarga

Adakah keluarga yang menderita penyakit Diabetes Mellitus

2.3.6 Riwayat Psikososial

Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan, dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit penderita Diabetes Mellitus.

2.3.7 Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola persepsi

Pola persepsi menggambarkan persepsi klien terhadap penyakitnya tentang pengetahuan dan penatalaksanaan penderita diabetes melitus dengan ketidakstabilan gula darah

2. Pola nutrisi

Penderita diabetes melitus sering mengeluh dengan mual, muntah, haus, dan terjadi penurunan berat badan.

3. Pola eliminasi

Pada pola eliminasi perlu dikaji adanya perubahan ataupun gangguan pada kebiasaan BAB dan BAK.

4. Pola aktivitas/istirahat

Sering mengalami susah tidur, lemah, letih, tonus otot menurun.

5. Nilai dan keyakinan

Gambaran tentang penyakit diabetes melitus tentang penyakit yang dideritanya menurut agama dan kepercayaan, kecemasan akan kesembuhan, tujuan dan harapan akan sakitnya

2.3.8 Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum: tampak lemah

b. Tanda-tanda vital

(Tekanan darah menurun, nafas sesak, nadi lemah dan cepat, suhu meningkat, distress pernafasan sianosis).

c. TB/BB

Sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan

d. Kepala

Kulit kepala:

Tujuan : untuk mengetahui turgor kulit dan tekstur kulit untuk mengetahui adanya lesi atau bekas luka.

Inspeksi : lihat ada atau tidak adanya lesi, warna kehitaman/kecoklatan, edema, dan distribusi kulit rambut.

Palpasi : diraba dan tentukan turgor kulit elastic atau tidak, teksturnya kasar atau halus, akral dingin/ hangat.

e. Rambut

Tujuan : untuk mengetahui warna, tekstur dan percabangan pada rambut dan untuk mengetahui mudah rontok dan kotor.

Inspeksi : distribusi rambut merata atau tidak, kotor atau tidak, bercabang.

Palpasi : mudah rontok atau tidak, tekstur kasar atau halus.

f. Mata (Tidak ada yang spesifik)

Tujuan : untuk mengetahui bentuk dan fungsi matadan juga untuk mengetahui adanya kelainan atau pandangan pada mata.

Inspeksi : kelopak mata ada lubang atau tidak, reflek kedip baik atau tidak, konjungtiva dan sclera merah atau konjungtivitis, iktirik/ indikasi hiperbilirubin atau gangguan pada hepar, pupil isokor, miosis, atau medriasis.

Palpasi : tekan secara ringan untuk mengetahui adanya(tekanan intra okuler) jika ada peningkatan akan teraba keras, kaji adanya nyeri tekan.

g. Hidung

Tujuan : untuk mengetahui bentuk dan fungsi hidung dan mengetahui adanya inflamasi aau sinusitis.

Inspeksi : apakah hidung simetris, apakah ada inflamasi, apakah ada secret.

Palpasi : apakah ada nyeri tekan massa.

h. Mulut

Tujuan : untuk mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut, dan untuk mengetahui kebersihan mulut.

Inspeksi : amati bibir apa ada kelainan congenital (bibir sumbing), warna, kesimetrisan, kelembaban

pembengkakan, lesi, amati jumlah dan bentuk gigi, berlubang, warna plak, kebersihan gigi.

Palpasi : pegang dan tekan daerah pipi kemudian rasakan ada massa atau tumor, pembekakan dan nyeri.

i. Telinga

Tujuan : untuk mengetahui kedalaman telinga luar, saluran telinga, gendang telinga.

Inspeksi : daun telinga simetris atau tidak, warna, ukuran, bentuk, kebersihan lesi.

Palpasi : tekan daun telinga apakah ada respon nyeri, rasakan kelenturan kartilago.

j. Leher

Tujuan : untuk menentukan struktur integritas leher, untuk mengetahui bentuk dan organ yang berkaitan dan untuk memeriksa system limfatik.

Inspeksi : amati mengenai bentuk, warna kulit, jaringan parut, amati adanya pembengkakan kelenjar tiroid, amati kesimetrisan leher dari depan belakang dan samping.

Palpasi : letakkan tangan pada leher klien, suruh pasien menelan dan rasakan adanya kelenjar tiroid.

k. Abdomen

Tujuan : untuk mengetahui bentuk dan gerakan perut, mendengarkan bunyi peristaltic usus, dan mengetahui respon nyeri tekan pada organ dalam abdomen.

Inspeksi : bentuk perut, warna kulit, adanya reaksi, adanya ketidak simetrisan

Palpasi : adanya respon nyeri tekan

Auskultasi: bising usus normal 10-12x/menit

1. Muskulokoletal

Tujuan : untuk mengetahui mobilitas kekuatan otot dan gangguan- gangguan pada daerah tertentu

Inspeksi : mengetahui ukuran dari adanya aerofildan hipertrofil, amati kekuatan otot dengan member penahanan pada anggota gerak atas dan bawah.

2.3.9 Diagnosa keperawatan yang muncul

1. Resiko ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang manajemen penyakit.
2. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan adanya gangren pada ekstrimitas.
3. Keterbatasan mobilitas fisik berhubungan dengan rasa nyeri pada luka.
4. Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan yang kurang (Nanda NOC NIC 2015-2017).

2.3.10 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dan perencanaan merupakan tahap ketiga dari proses keperawatan dimana perawat menetapkan tujuan dan hasil yang diharapkan bagi pasien yang ditentukan selama tahap

intervensi keperawatan, dibuat prioritas dengan kolaborasi klien dan keluarga, konsultasi tim kesehatan lain, telaah literature, modifikasi asuhan keperawatan dan catat informasi yang relavan tentang kebutuhan keperawatan kesehatan klien dan penatalaksanaan klinis (Muttaqin, 2008).

Table intervensi keperawatan Nanda NOC NIC 2015- 2017

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Resiko Ketidaksstabilan Kadar Glukosa Darah	NOC Kontrol kadar glukosa darah	NIC 1. Managemen hiperglikemi
Definisi:Resiko terhadap variasi kadar gula/gula dalam rentang normal	Indikator a. Glukosa darah b.Hemoglobin Glikosilat c. Fruktosamin d. Urin glukosa e. Urin keton	a. Monitor kadar glukosa darah sesuai kebutuhan b. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi c. Monitor ketonurine,sesuai indikasi d. Monitor AGD,elektrolit dan kadar betahidroksibutirat,sesuai yang tersedia e. Monitor nadi dan tekanan darah ortostatik,sesuai indikasi f. Berikan insulin sesuai resep g. Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pencegahan, pengenalan tanda-tanda hiperglikemi dan managemen hiperglikemi
Faktor Resiko	Skala	h. Dorong pemantauan sendiri pada glukosa darah i. Bantu pasien dalam mengintepretasikan kadar glukosa darah j. Review riwayat kadar glukosa darah pasien dan/atau keluarga k. Instruksikan pemeriksaan ketonurine, sesuai kebutuhan l. Instruksikan pentingnya pemeriksaan ketonurine dan indikasi, sesuai kebutuhan m. Instruksikan pasien untuk melaporka kadar ketonurine yang sedang atau tinggi pada petugas kesehatan
a. asuapan diet tidak cukup	1. Deviasi berat dari kisaran normal	n. Instruksikan pada pasien dan keluarga mengenai manajemen diabetes selama periode sakit, termasuk penggunaan insulin dan obat oral,monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat,dan kapan mencari bantuan petugas kesehatan, sesuai kebutuhan
b. gangguan status kesehatan fisik	2. Deviasi yang cukup besar dari kisaran normal	o. Berikan bantuan untuk penyesuaian regimen pengobatan untuk mencegah atau merawat hiperglikemi (misalnya, peningkatan insulin atau agen oral), sesuai indikasi
c. gangguan status mental	3. Deviasi sedang dari kisaran normal	p. Fasilitasi kepatuhan terhadap diet dan regimen latihan
d. kehamilan	4. Deviasi ringan sedang dari kisaran normal	
e. keterlambatan perkembangan	5. Tidak ada deviasi kisaran normal	
f. kognitif	1. Manajemendiri diabetes	
g. kurang pengetahuan tentang manajemen penyakit	a. Menerima diagnosis b. Mencari informasi tentang metode untukmengelola disritmia c. Berparsitipasi dalam pengambilan keputusan kesehatan	
h. manajemen diabetes tidak tepat	d. Menjalankan aturan pengobatan sesuai resep e. Memantau denyut dan irama nadi radialis	
i. manajemen medikasi tidak efektif		
j. pemantauan glukosa darah tidak adekuat		
k. penambahan berat badan berlebihan		
l. penurunan berat ba dan		

m. periode pertumbuhan cepat	g. Memantau palpitasi jantung	q. Tes kadar glukosa darah anggota keluarga
n. rata-rata aktivitas harian kurang dari yang dianjurkan menurut jenis kelamin dan usia	h. Memantautekanan darah	2. Pengajaran peresepan diet
o. stress berlebihan	Skala	a. Kaji pola makan pasien saat ini dan sebelumnya, termasuk makanan yang disukai dan pola makan saat ini
p. o. tidak menerima diagnosis	1. Tidak menunjukkan	b. Kaji pasien dan keluarga mengenai pandangan,kebudayaan,dan factor lain yang mempengaruhi kemauan pasien dalam mengikuti diet yang di sarankan
	2. Jarang menunjukkan	c. Kaji adanya keterbatasan finansial yang dapat mempengaruhi pembelian makanan yang disarankan
	3. Kadang-kadang menunjukkan	d. Ajarkan pasien nama-nama makanan yang sesuai dengan diet yang disarankan
	4. Sering menunjukkan	e. Jelaskan pada pasien mengenai tujuan kepatuhan terhadap diet yang disaranan terkait dengan kesehatan secara umum
	5. Secarakonsisten menunjukkan	f. Informasikan pada pasien jangka waktu pasien harus mengikuti diet yang disarankan
Kriteria Hasil		g. Instruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan
1. Penerima kondisi kesehatan		h. Informasikan pada pasien kemungkinan interaksi obat dan makanan yang akan tersaji
2. Perilaku Diet sehat		i. Instruksikan pasien untuk membaca label dan memilih makanan yang sesuai
3. Dapat mengontrol kadar glukosa darah		j. Observasi bagaimana pasien memilih makanan
4. Dapat mengontrol stress		k. Instruksikan kepada pasien untuk merencanakan diet yang sesuai
5. Dapat memamanajemen dan mencegah penyakit semakin parah		l. Rekomendasikan beberapa buku resep makanan yang sesuai dengan diet yang disarankan
6. Tingkat pemahaman untuk pencegahan komplikasi		m. Dukung informasikan yang disampaikan tenaga kesehatan lain
7. Dapat meningkatkan istirahat		n. Tekankan pentingnya pengetahuan yang berkelanjutan dan beritahu pasien jika harus merubah program diet yang disarankan segera mungkin
8. Mengontrol perilaku		3. Manajemen hipoglikemi
9. berat badan		a. Aktivitas-aktivitas identifikasi pasien yang berisiko mengalami hipoglikemia
10. Pemahaman manajemen		b. Kenali tanda dan gejala hipoglikemi
11. Diabetes		c. Monitor tanda dan gejala hipoglikemia
12. Status nutrisi adekuat		d. Berikan sumber karbohidrat sederhana, sesuai indikasi, berikan sumber karbohidrat kompleks sesuai indikasi
13. Olahraga teratur		e. Hubungi petugas gawat darurat jika diperlukan
		f. Berikan glukosa secara intravena, sesuai indikasi
		g. Pertahankan akses intravena
		h. Pertahankan kepatenan jalan napas jika diperlukan

-
- i. Lindungi dari trauma
 - j. Kaji ulang kejadian sebelum terjadinya hipoglikemia untuk mengetahui penyebab
 - k. Berikan umpan balik atas kepatuhan manajemen diri pasien untuk mengatasi hipoglikemia
 - l. Instruksikan pasien dan orang terdekat mengenai tanda dan gejala, faktor resiko dan penanganan hipoglikemi
 - m. Instruksikan pasien untuk selalu menyediakan sumber karbohidrat sederhana
 - n. Beritahu keluarga terdekat cara penggunaan dan pemberian *glucagon* yang tepat
 - o. Instruksikan pasien untuk selalu patuh terhadap dietnya, tetapi insulinnya, dan melakukan olahraga
 - p. Bantu pasien dalam menentukan keputusan dalam rangka pencegahan hipoglikemia
 - q. Dorong pasien untuk selalu memonitor kadar glukosa darahnya
 - r. Kolaborasikan dengan pasien dan tim perawatan (misalnya; terapi insulin lebih dari satu kali/hari
-

(Nanda NOC NIC 2015-2017)

2.3.11 Implementasi Keperawatan

Merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai- mulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Adapun tahap-tahap dalam tindakan keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Tahap 1 : Persiapan

Tahap awal tindakan keperawatan ini perawat mengevaluasi hasil identifikasikan pada tahap perencanaan.

2. Tahap 2 : Pelaksanaan

Fokus tahap pelaksanaan tindakan keperawatan adalah kegiatan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan : independen, dependen, dan interpenden.

3. Tahap 3 : Dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

2.3.12 Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan.

Evaluasi adalah kegiatan yang di sengaja dan terus – menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota tim kesehatan lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi dan strategi evaluasi. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak dan untuk melakukan pengkajian ulang (Lismidar, 1990 dalam Padila, 2012).

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Studi kasus yang menjadi pokok bahasan penelitian ini adalah digunakan untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien diabetes melitus dengan masalah resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah di Ruang Melati RSUD Bangil.

3.2 Batasan Istilah

Untuk menghindari kesalahan dalam memahi judul penelitian, maka peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Asuhan keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi dan respon unik individu pada suatu kelompok dan perseorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami, baik aktual maupun potensial.
2. Klien adalah individu yang mencari atau menerima perawatan medis. Klin dalam studi kasus ini adalah 2 klien dengan diagnosa medis dan masalah keperawatan yang sama.
3. Diabetes melitus merupakan penyakit menahun dan tidak dapat disembuhkan. Dan merupakan salah satu gangguan metabolik kronik yang disebabkan oleh gaya hidup yang tidak sehat yang ditandai dengan hiperglikemia. Penanganan diabetes melitus yang tidak tepat

4. Definisi Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah merupakan resiko terhadap variasi kadar glukosa/gula darah dari rentang normal yang dapat mengganggu kesehatan (Tim Pokja, 2017).
5. Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah merupakan hambatan kemampuan untuk Resiko terhadap variasi kadar glukosa /gula darah dari rentang normal, yang dapat mengganggu kesehatan.

3.3 Partisipan

Partisipan adalah sejumlah orang yang turut berperan serta dalam suatu kegiatan, keikutsertaan dan peran serta. Subyek yang digunakan dalam penelitian ini adalah 2 klien:

1. 2 klien yang mengalami diabetes melitus tipe 2
2. 2 klien yang mengalami ketidakstabilan glukosa darah
3. 2 klien yang berjenis kelamin laki-laki dengan usia 50-60 tahun
4. 2 klien yang dirawat baru di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan
5. 2 klien dan keluarga yang bersedia untuk dilakukan penelitian studi kasus

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.3.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang Melati RSUD Bangil yang beralamat di jln. Raya Raci Bangil Pasuruan.

3.3.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan april 2019.

3.5 Pengumpulan Data

Agar dapat diperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini, sangatlah diperlukan teknik mengumpulkan data. Adapun teknik tersebut adalah :

1. Wawancara adalah percakapan yang bertujuan, biasanya antara dua orang yang diarahkan oleh seorang dengan maksud memperoleh keterangan. Dalam studi kasus ini, peneliti menggunakan 2 jenis wawancara, yaitu autoanamnesa (wawancara langsung dengan klien) dan aloanamnesa (wawancara dengan keluarga klien).

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi merupakan hasil perbuatan jiwa secara aktif dan penuh perhatian untuk menyadari adanya rangsangan. Pengamatan dapat dilakukan dengan seluruh alat indera, tidak terbatas hanya pada apa yang dilihat (Saryono, 2013 dalam Muhklis 2016). Alasan peneliti melakukan observasi adalah untuk menyajikan gambaran realistik perilaku atau kejadian, untuk menjawab pertanyaan, untuk membantu mengerti perilaku manusia dan untuk evaluasi yaitu melakukan pengukuran terhadap aspek tertentu untuk melaksanakan umpan balik terhadap pengukuran tersebut. Pemeriksaan fisik pada studi kasus ini menggunakan pendekatan haad to toe pada sistem tubuh klien.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah kegiatan mencari data atau variabel dari sumber berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, agenda, dan sebagainya. Yang diamati dalam studi dokumentasi adalah

benda mati (Suryono, 2013 dalam Muhklis 2016). Dalam studi kasus ini menggunakan studi dokumentasi berupa catatan hasil data rekam medis, review literatur dan pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrumen utama), uji keabsahan data dilakukan dengan:

1. Memperpanjang waktu pengamatan / tindakan
2. sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu pasien, perawat dan keluarga pasien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

3.7 Analisa Data

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

dalam intervensi tersebut (Tri, 2015 dalam Muhklis). Urutan dalam analisis adalah:

1. Pengumpulan Data.

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan/implementasi, dan evaluasi.

2. Mereduksi Data.

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip. Data yang terkumpul kemudian dibuat koding yang dibuat oleh peneliti dan mempunyai arti tertentu sesuai dengan topik penelitian yang diterapkan. Data obyektif dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan daiagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3. Penyajian Data.

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

4. Kesimpulan.

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi.

3.8 Etik Penelitian

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian berhubungan langsung dengan manusia, maka segi penelitian harus di perhatikan. Masalah etika yang harus di perhatikan antara lain:

1. *Infomed consent* (Persetujuan)

Infomed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan menggunakan lembar persetujuan. Infomed consent tersebut diberikan sebelum dilakukan penelitian dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan infomed consent adalah agar subjek mengetahui dan mengerti tujuan penelit, mengetahui dampaknya. Jika pasien tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa infom yang ada di dalam infomed consent tersebut antara lain: partisipasi pasien, tujuan dilakukan tindakan, jenis data yang di butuhkan, komitmen, prosedur yang di laksanakan, potensial masalah yang terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah di hubungi, dan lain-lain.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Masalah etika keperawatan adalah masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan tidak menggnakan atau tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukaur dan hanya menuliskan kode atau inisial pada lembasar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan di sajikan.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Malah ini merupakan masalah etika dengan memberikan aman kerahasiaan hasil penelitian baik informasi atau masalah lain. Semua informasi yang di kumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan di laporkan dalam hasil reset.



BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data

Pengkajian dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Jl. Raya Raci Masangan No.9 Bangil Ruang Bangsal Melati G1, dengan kapasitas 16 kamar tidur dengan klien 12 yang opname disertai ruangan dan ventilasi yang bersih.

4.1.2 Pengkajian

1. Pengkajian Klien

Tabel 4.1 Identitas Klien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Ruang Melati RSUD Bangil.

Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
Nama	Tn. A	Tn. H
Umur	54 tahun	59 tahun
Jenis kelamin	Laki-laki	Laki-laki
Pendidikan	SMPb	SMA
Pekerjaan	Petani	Petani
Statu perkawinan	Sudah Menikah	Sudah Menikah
Alamat	Bangil, Pasuruan	Keraton, pasuruan
Suku/Bangsa	Jawa	Jawa
Tanggal MRS	24 April 2019	25 April 2019
Tanggal Pengkajian	26 April 2019	26 April 2019
Jam Pengkajian	11.00 WIB	11.30 WIB
No. RM	0543xxx	0544xxx
Diagnosa Masuk	Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus

Sumber : Data Primer (2019)

1. Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Ruang Melati RSUD Bangil.

Riwayat Penyakit	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama	Klien mengatakan tangan dan kaki sering kesemutan.	Klien mengatakan tangan dan kaki kesemutan.
Riwayat Penyakit Sekarang	Pada hari rabu tanggal 24 April 2019 pukul 13.20 WIB tangan dan kaki kesemutan, lemas, mual, badan panas sehingga pasien di bawa ke RSUD Bangil untuk di periksakan, setelah di lakukan pemeriksaan pasien di nyatakan harus rawat inap di Ruang Melati.	Pada hari kamis tanggal 25 April 2019 pukul 07.00 WIB tangan dan kaki kesemutan, nafsu makan menurun, mual-mual, lemas, badan panas sehingga di bawa ke RSUD Bangil untuk dilakukan pemeriksaan, setelah di lakukan pemeriksaan pasien dinyatakan harus di rawat di Ruang Melati.
Riwayat Penyakit Sekarang	Klien mengatakan ±10 tahun memiliki riwayat Diabetes Mellitus.	Klien mengatakan ±12 tahun memiliki riwayat Diabetes Mellitus.
Riwayat Penyakit	Klien 1	Klien 2
Riwayat Penyakit Keluarga	Keluarga pasien mengatakan jika tidak ada riwayat Diabetes Mellitus dari ayah dan ibu klien.	Keluarga pasien mengatakan jika tidak ada riwayat Diabetes Mellitus dari ayah dan ibu klien.
Riwayat psikososial	Respon klien terhadap penyakitnya: klien menanggapi penyakitnya sebagai ujian dari tuhan.	Respon klien terhadap penyakitnya: klien menanggapi penyakitnya sebagai ujian dari tuhan.
Riwayat Spiritual	Klien selalu berikhtiar akan kesembuhannya, klien jarang melakukan ibadah.	Klien selalu berikhtiar akan kesembuhannya, klien jarang melakukan ibadah.

Sumber : Data Primer (2019)

2. Perubahan Pola Kesehatan

Tabel 4.3 Pola kesehatan Klien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Ruang Melati RSUD Bangil.

Pola kesehatan	Klien 1	Klien 2
Pola Manajemen Kesehatan	Klien mengatakan saat sakit berobat ke dokter yang berada disekeliling rumahnya, klien bahkan sering memeriksakan kesehatannya ke tenaga medis setempat, berhubung penyakitnya perlu perawatan lebih lanjut klien akhirnya berobat ke RSUD Bangil.	Klien mengatakan saat sakit berobat ke dokter yang berada disekeliling rumahnya, klien bahkan sering memeriksakan kesehatannya ke tenaga medis setempat, berhubung penyakitnya perlu perawatan lebih lanjut klien akhirnya berobat ke RSUD Bangil.

Pola Nutrisi	<p>Pasien mengatakan sebelum sakit selera makan baik, makan 3x sehari dengan nasi, sayur, lauk. Minum air putih ±1500ml/hari.</p> <p>Di Rumah Sakit : Klien mengatakan selera makan menurun, karena tidak terbiasa makan makanan diet yang diberikan oleh tim gizi, makan 3x dengan menu nasi, sayur, lauk. Minum air putih ±600ml/hari, klien diit rendah garam.</p>	<p>Pasien mengatakan sebelum sakit selera makan baik, makan 3x sehari dengan nasi, sayur, lauk. Minum air putih ±1500ml/hari.</p> <p>Di Rumah Sakit : Klien mengatakan slera makan menurun, karena tidak terbiasa makan makanan diet yang diberikan oleh tim gizi, makan 3dengan menu nasi, sayur, lauk pauk. Minum air putih ±600ml/hari, klien diit rendah garam.</p>
Pola Eliminasi	<p>Di Rumah : klien mengatakan BAK 4-7x/hari warna kuning jernih, bau khas urine. BAB 1x/hari</p> <p>Di Rumah Sakit : BAK ±200cc/jam bau khas urine Belum BAB</p>	<p>Di Rumah : Klien mengatakan BAK 4-7x/hari warna kuning jernih, bau khas urine. BAB 1x/hari</p> <p>Di Rumah Sakit : BAK ±250cc/ jam bau khas urine. Igin BAB tapi sulit</p>
Pola Istirahat	<p>Di Rumah: Klien mengtakan ketika istirahat tidur dirumah 7-8 jam/hari dengan kelengkapan selimut dan lampu yang menyala.</p> <p>Di Rumah Sakit: Klien mengatakan susah tidur, tidur ± 4-5 jam/hari dengan perlengkapan selimut dan lampu menyala.</p>	<p>Di Rumah : Klien mengatakan ketika isstirahat tidur dirumah 7-8 jam/hari dengan kelengkapan sselimut dan lampu mati.</p> <p>Di Rumah Sakit : klien mengatakan susah tidur, tidur 5 jsam/hari dengan selimut dan lampu menyala.</p>
Pola reproduksi dan seksual	<p>Di Rumah: Klien saat masih sehat dapat melakukan aktivitas sendiri tanpa bantuan orang lain, mandi dan bekerja</p> <p>Di Rumah Sakit: Klien saat sakit hanya dapat berbaring ditempat tidur dan mandi diseka oleh keluarga.</p>	<p>Di Rumah: Klien saat masih sehat dapat melakukan aktivitas sendiri tanpa bantuan orang lain, mandi dan bekerja</p> <p>Di Rumah Sakit: Klien saat sakit hanya dapat berbaring ditempat tidur dan mandi diseka oleh keluarga.</p>

Sumber : Data Primer (2019)

3. Pemeriksaan Fisik (pendekatan *head to toe* pendekatan sistim)

Tabel 4.4 Pemeriksaan fisik Klien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Ruang Melati RSUD Bangil.

observasi	Klien 1	Klien 2
S	36,9°C	36,7°C
N	84x/menit	86x/menit
TD	125/80mmHg	130/80mmHg
GCS	4,5,6	4,5,6
Kesadaran	Composmentis	Composmentis
Kedadaan Umum	Lemas	Lemas
GDA	555mg/dl	458mg/dl
Pemeriksaan Fisik (6B)		

<i>Breathing</i> (B1)	<p>Inspeksi : Bentuk dada simetris, pola napas teratur/vesikular, pergerakan dinding dada normal, tidak ada tarikan otot bantu, RR: 22x/menit.</p> <p>Palpasi: Tidak ada nyeri tekan dan benjolan</p> <p>Perkusi: Sonor (paru kanan dan kiri normal)</p> <p>Auskultasi: Suara normal (vesikular).</p>	<p>Inspeksi : Bentuk dada simetris, pola nafas teratur/vesikular, pergerakan dinding dada normal, tidak ada tarikan otot bantu, RR : 20x/menit.</p> <p>Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan benjolan</p> <p>Perkusi : Sonor (paru kanan dan kiri normal)</p> <p>Auskultasi : Suara normal (vesikular).</p>								
<i>Bleeding</i> (B2)	<p>Inspeksi : Konjungtiva pucat, sklera putih</p> <p>Palpasi : Tidak ada nyeri tekan CRT <2 detik</p> <p>Perkusi : Pekak</p> <p>Auskultasi : Suara jantung reguler</p> <p>TD : 125/80mmHg</p> <p>N :84x/menit</p>	<p>Inspeksi : Konjungtiva pucat, sklera putih</p> <p>Palpasi : Tidak ada nyeri tekan CRT <2 detik</p> <p>Perkusi : Pekak</p> <p>Auskultasi : Suara jantung reguler</p> <p>TD : 130/80mmHg</p> <p>N : 86x/menit</p>								
<i>Brain</i> (B3)	<p>Inspeksi : Kesadaran Composmentis</p> <p>GCS : 4,5,6</p> <p>Palpasi : Tidak ada nyeri tekan</p>	<p>Inspeksi : Kesadaran composmentis</p> <p>GCS : 4,5,6</p> <p>Palpasi : Tidak ada nyeri tekan</p>								
<i>Observasi Bladder</i> (B4)	<p>Inspeksi : Tidak terpasang kateter</p> <p>Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih.</p>	<p>Inspeksi : Tidak terpasang kateter</p> <p>Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih.</p>								
<i>Bowel</i> (B5)	<p>Inspeksi : Mukosa bibir kering, tidak terpaang NGT, tidak ada nyeri telan, tidak mual, bentuk abdomen simetris.</p> <p>Palpasi : Tidak ada benjolan dan nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar</p> <p>Perkusi : Timpani</p> <p>Auskultasi : Bising usus 12x/menit</p> <p>Inspeksi : Lemas karena tangan dan kaki kesemutan.</p>	<p>Inspeksi : Mukosa bibir kering, tidak terpaang NGT, tidak ada nyeri telan, tidak mual, bentuk abdomen simetris.</p> <p>Palpasi : Tidak ada nenjolan dan nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar.</p> <p>Perkusi : Timpani</p> <p>Auskultasi : Bising usus 12x/menit</p> <p>Inspeksi : Lemas karena tangan dan kaki kesemutan.</p>								
<i>Bone</i> (B6)	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	5	5	5	5	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	5	5	5	5
5	5									
5	5									
5	5									
5	5									
<i>Data Psikososial Spiritual</i>	<p>Palpasi : Kulit kering, akral dingin</p> <p>Klien aktif dalam lingkungan masyarakat, mengikuti seluruh rangkaian kegiatan yang ada didalam lingkungannya yaitu beragama islam dan selalu menjalankan kewajiban selayaknya orang islam lainnya yaitu beribadah.</p>	<p>Palpasi : Kulit kering, akral dingin</p> <p>Klien aktif dalam lingkungan masyarakat, mengikuti seluruh rangkaian kegiatan yang ada didalam lingkungannya yaitu beragama islam dan selalu menjalankan kewajiban selayaknya orang islam lainnya yaitu beribadah.</p>								

Sumber : Data Primer (2019)

4.1.3 Hasil Laboratorium

4. Pemeriksaan diagnostik

Tabel 4.5 Pemeriksaan Laboratorium Klien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Ruang Melati RSUD Bangil.

Pemeriksaan	Hasil		Nilai Normal
	Klien 1 26 April 2019	Klien 2 26 April 2019	
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Leukosit	18,99	13,50	3,70 - 10,1
Limfosit	17,1	8,2	
Monosit	0,5	3,0	
Eosinofil	1,1	1,9	
Basofil	0,1	1,9	
Neutrfil%	H 86,3	61,1	39,3 - 73,7
Limfosit%	18,9	22,3	18,0 - 48,3
Monosit%	5,6	H 13,7	4,40 - 12,7
Eosinofil%	0,8	0,7	0,600 - 7,30
Basofil%	0,6	H 2,3	0,00 - 1,70
Eritrosit	5,411	9,341	4,2 - 11,0
Hemoglobin	14,8	L 6,40	12,0 - 16,0
Hematokrit	L 31,43	L 20,34	38 - 47
MCV	81,86	88,25	81,1 - 96,0
MCH	28,81	27,76	27,0 - 31,2
MCHC	34,20	31,9	31,8 - 35,4
RDW	12,90	11,9	11,5 - 14,5
PLT	366	273	155 - 366
MPV	6,960	7,267	6,90 - 10,6
KIMIA GINJAL			
FAAL GINJAL			
BUN	16,5	H 22	7,8 - 20,23
Kreatin	0,9	0,7	0,6 - 1,0
ELEKTROLIT			
Natrium	L 128,00	L 125,50	135 - 147
Kalium	3,90	4,30	3,5 - 5
Klorida	96,00	H 107,10	95 - 105
Kalsium	1,200	L 1,05	1,16 - 1,32
GULA DARAH			
Glukosa Darah Sewaktu	555	458	<200

4.1.4 Terapi

Tabel 4.6 Pemberian Terapi Klien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Ruang Melati RSUD Bangil.

Terapi		Tanggal 26-04-2018	
Klien 1		Klien 2	
Infus NaCl	14 tpm	Infus NaCl	14 tpm
Injeksi ranitidin	50mg	Insulin	24 unit / 24 jam
Injeksi ketorolac	30mg	Injeksi Ranitidin	2x1 amp (50mg)
Insulin	18 unit / 24 jam	Injeksi ceftriasone	2x1 gr

4.1.5 Analisa Data

Tabel 4.7 Analisa Data Kien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Ruang Melati RSUD Bangil.

Data	Etiologi	Masalah keperawatan
Data subjektif : Klien mengatakan kaki dan tangan kesemutan Data objektif : Keadaan Umum : Lemah Kesadaran : Composmentis GCS : 4 5 6 CRT : <2 detik TTV S : 36,9°C N : 84x/menit TD : 125/80mmHg GDA : 555mg/dl Klien tampak lemah	Klien Hiperglikemi	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah
Data subjektif : Klien mengatakan kaki dan tangan kesemutan Data objektif : Keadaan Umum : Lemah Kesadaran : Composmentis GCS : 4 5 6 CRT : <2 detik TTV S : 36,7°C N : 86x/menit TD : 130/80mmHg GDA : 458mg/dl Klien tampak lemas	Klien Hiperglikemi	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah

4.1.6 Diagnosa Keperawatan

- a. Diagnosa Keperawatan Klien 1 Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan Dengan Hiperglikemi.
- b. Diagnosa Keperawatan Klien 2 Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan Dengan Hiperglikemi.

4.1.7 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan Kien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Ruang Melati RSUD Bangil.

Diagnosa Keperawatan	NOC (Tujuan, Kriteria, Hasil)	NIC
Klien 1 Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah diharapkan gula darah klien bisa stabil dengan kriteria hasil: Kriteria Hasil 1. Perilaku Diet sehat 2. Dapat mengontrol tanda-tanda Hiperglikemi 3. Dapat mengontrol stress 4. Dapat memajemen hiperglikemi dan mencegah penyakit semakin parah 5. Mengontrol perilaku berat badan 6. Olahraga teratur (ROM) Skala a. Tidak pernah menunjukan b. Jarang menunjukan c. Kadang-kadang menunjukan d. Sering menunjukan e. Secara konsisten menunjukan	Manajemen Hiperglikemi 1. Monitor kadar glukosa darah sesuai indikasi 2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi, poliuria, polifagia, polidipsi, kelemahan, latergi, malaise, pandangan kabur, atau sakit kepala, 3. Berikan insulin sesuai resep 4. Dorong asupan cairan oral 5. Monitor status cairan intake output sesuai kebutuhan 6. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemi 7. Dorong pemantauan tanda-tanda hiperglikemi 8. Anjurkan klien untuk melakukan olahraga sesuai dengan kondisi tubuh 9. Kolaborasi dengan tim kesehatan dalam pemberian obat
Klien 2 Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah diharapkan gula darah klien bisa stabil dengan kriteria hasil : Kriteria hasil : 1. Perilaku diet sehat	Manajemen hiperglikemi 1. Monitor kadar glukosa darah sesuai indikasi 2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi, poliura, polifagia, polidipsi, kelemahan, alergi, malasie, pandangan kabur, atau sakit

2. Dapat mengontrol tanda-tanda Hiperglikemi	3. Berikan insulin sesuai resep
3. dapat mengontrol stres	4. Dorong asupan cairan secara oral
4. Dapat manajemen hiperglikemi dan mencegah penyakit semakin parah	5. Monitor status cairan intake output sesuai kebutuhan
5. Mengontrol perilaku berat badan	6. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemi
6. Olahraga teratur	7. Dorong pemantauan tanda-tanda hiperglikemi
Skala	8. Anjurkan klien untuk olahraga sesuai dengan kondisi tubuh
a. Tidak pernah menunjukkan	9. Kolaborasi dengan tim kesehatan dalam pemberian obat
b. Jarang menunjukkan	
c. Kadang-kadang menunjukkan	
d. Sering menunjukkan	
e. Secara konsisten menunjukkan	

Sumber : Bluechek (2019)

4.1.8 Implementasi Asuhan Keperawatan

Tabel 4.9 Implementasi Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus tipe 2 Dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Ruang Melati RSUD Bangil.

Hari/ Tanggal	Waktu	Implementasi	Paraf
26 April 2019 (klien 1)	08.00	a. Melakukan pemeriksaan GDA dengan stik. GDA : 555 mg/dL	
	08.10	b. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi, poliuria, polifagia, polidipsi, kelemahan, latergi, malase, pandangan kabur atau sakit kepala.	
	08.15		
	08.25	c. Monitoring insulin sesuai resep 18 unit / 24 jam	
	08.35	d. Mendorong asupan cairan oral	
	08.40	e. Monitor status cairan intake output sesuai kebutuhan	
	08.45	f. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemi	
	08.50	g. Mendorong pemantauan tanda-tanda hiperglikemi	
	09.00	h. Menganjurkan klien untuk melakukan olahraga (ROM aktif)	
		i. Melakukan kolaborasi dengan tim kesehatan dalam pemberian obat	
26 April 2019 (klien 2)	11.00	a. Melakukan pemeriksaan GDA dengan stik. GDA : 458 mg/dL	
	11.10	b. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi, poliuria, polifagia, polidipsi, kelemahan, latergi, malase, pandangan kabur atau sakit kepala	
	11.15		
	11.25	c. Monitor insulin sesuai resep 24 unit / 24 jam	
	11.35	d. Mendorong asupan cairan oral	
	11.40	e. Monitor status cairan intake output sesuai kebutuhan	
	11.45	f. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemi	
	11.50	g. Mendorong pemantauan tanda-tanda hiperglikemi	
	12.00	h. Menganjurkan klien untuk melakukan olahraga (ROM aktif)	
		i. Melakukan kolaborasi dengan tim kesehatan dalam pemberian obat	

27 April 2019 (klien 1)	08.00	a. Melakukan pemeriksaan GDA dengan stik. GDA : 401 mg/dL
	08.10	b. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi, poliuria, polifagia, polidipsi, kelemahan, latergi, malase, pandangan kabur atau sakit kepala
	08.15	
	08.25	c. Monitor insulin sesuai resep 18 unit / 24 jam
	0835	d. Mendorong asupan cairan oral
	08.40	e. Monitor status cairan intake output sesuai kebutuhan
	08.45	f. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemi
	08.50	g. Mendorong pemantauan tanda-tanda hiperglikemi
	09.00	h. Menganjurkan klien untuk melakukan olahraga (ROM aktif)
27 April 2019 (klien 2)	11.00	a. Melakukan pemeriksaan GDA dengan stik. GDA : 250 mg/dL
	11.10	b. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi, poliuria, polifagia, polidipsi, kelemahan, latergi, malase, pandangan kabur atau sakit kepala
	11.15	
	11.25	c. Monitor insulin sesuai resep 24 unit / 24 jam
	11.35	d. Mendorong asupan cairan oral
	11.40	e. Monitor status cairan intake output sesuai kebutuhan
	11.45	f. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemi
	11.50	g. Mendorong pemantauan tanda-tanda hiperglikemi
	12.00	h. Menganjurkan klien untuk melakukan olahraga (ROM aktif)
28 April 2019 (klien 1)	8.00	a. Melakukan pemeriksaan GDA dengan stik. GDA : 240 mg/dL
	08.10	b. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi, poliuria, polifagia, polidipsi, kelemahan, latergi, malase, pandangan kabur atau sakit kepala
	08.15	
	08.25	c. Monitor insulin sesuai resep 18 unit / 24 jam
	0835	d. Monitor status cairan intake output sesuai kebutuhan
	08.40	e. Menganjurkan klien untuk melakukan olahraga (ROM aktif)
		f. Melakukan kolaborasi dengan tim kesehatan dalam pemberian obat
28 April 2019 (klien 2)	11.25	a. Melakukan pemeriksaan GDA dengan stik. GDA : 247 mg/dL
	11.35	b. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi, poliuria, polifagia, polidipsi, kelemahan, latergi, malase, pandangan kabur atau sakit kepala
	11.40	
	11.45	c. Monitor insulin sesuai resep 24 unit / 24 jam
	11.50	d. Monitor status cairan intake output sesuai kebutuhan
	12.00	e. Menganjurkan klien untuk melakukan olahraga (ROM aktif)
		f. Melakukan kolaborasi dengan tim kesehatan dalam pemberian obat

4.1.9 Evaluasi Asuhan Keperawatan

Tabel 4.15 Evaluasi Asuhan Keperawatan Pada Klien 1 Diabetes Mellitus tipe 2 Dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Ruang Melati RSUD Bangil.

Hari/Tanggal	Waktu	Evaluasi
26 April 2019	12.00	S : Klien mengatakan kaki dan tangan kesemutan O : Keadaan umum : Lemah Kesadaran : Compsmentis

GCS : 4-5-6
 CRT : <2 detik
 GDA : 555 mg/dL
 1. Perilaku diet sehat
 2. Dapat mengontrol tanda-tanda hiperglikemi
 3. Dapat mengontrol stres
 4. Dapat memajemen hiperglikemi dan mencegah penyakit semakin parah
 5. Tingkat pemahaman untuk mencegah komplikasi
 6. Pemahaman managmen diabetes
 7. Status nutrisi adkuat
 8. Olahraga teratur (ROM aktif)
 A : Masalah belum teratasi
 P : Lanjutkan interfensi 1-8

Tabel 4.16 Evaluasi Asuhan Keperawatan Pada Klien 2 Diabetes Mellitus tipe 2 Dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Ruang Melati RSUD Bangil.

Hari/Tanggal	Waktu	Evaluasi
26 April 2019	15.00	<p>S : Klien mengatakan kaki dan tangan kesemutan O : Keadaan umum : Lemah Kesadaran : Compsmentis GCS : 4-5-6 CRT : <2d detik GDA : 458 mg/dl 1. Perilaku diet sehat 2. Dapat mengontrol tanda-tanda hiperglikemi 3. Dapat mengontrol stres 4. Dapat memajemen hiperglikemi dan mencegah penyakit semakin parah 5. Tingkat pemahaman untuk mencegah komplikasi 6. Pemahaman managmen diabetes 7. Status nutrisi adkuat 8. Olahraga teratur (ROM aktif) A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan interfensi 1-8</p>

Tabel 4.17 Evaluasi Asuhan Keperawatan Pada Klien 1 Diabetes Mellitus tipe 2 Dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Ruang Melati RSUD Bangil.

Hari/Tanggal	Waktu	Evaluasi
27 April 2019	14.00	<p>S : Klien mengatakan kaki dan tangan kesemutan O : Keadaan umum : Lemah Kesadaran : Compsmentis GCS : 4-5-6 CRT : <2detik GDA : 401 mg/dl 1. Perilaku diet sehat 2. Dapat mengontrol kadar gula darah 3. Tingkat pemahaman untuk mencegah komplikasi 4. Pemahaman managmen diabetes 5. Status nutrisi adkuat 6. Olahraga teratur (ROM aktif) A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan interfensi 1-6</p>

Tabel 4.18 Evaluasi Asuhan Keperawatan Pada Klien 2 Diabetes Mellitus tipe 2 Dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Ruang Melati RSUD Bangil.

Hari/Tanggal	Waktu	Evaluasi
27 April 2019	16.00	<p>S :Klien mengatakan kaki dan tangan kesemutan sudah berkurang</p> <p>O : Keadaan umum : Lemah Kesadaran : Compsmentis GCS : 4-5-6 CRT : <2 detik GDA : 250 mg/dl</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku diet sehat 2. Dapat mengontrol kadar gula darah 3. Pemahaman managmen diabetes 4. Tingkat pemahaman untuk mencegah komplikasi 5. Status nutrisi adkuat 6. Olahraga teratur (ROM aktif) <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan interfensi 1-6</p>

Tabel 4.19 Evaluasi Asuhan Keperawatan Pada Klien 1 Diabetes Mellitus tipe 2 Dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Ruang Melati RSUD Bangil.

Hari/Tanggal	Waktu	Evaluasi
28 April 2019	14.00	<p>S :Klien mengatakan kaki dan tangan kesemutan sudah berkurang</p> <p>O : Keadaan umum : Lemah Kesadaran : Compsmentis GCS : 4-5-6 CRT : <2 detik GDA : 240 mg/dl</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku diet sehat 2. Dapat mengontrol kadar gula darah 3. Status nutrisi adkuat 4. Olahraga teratur (ROM aktif) <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan interfensi 1-4</p>

Tabel 4.20 Evaluasi Asuhan Keperawatan Pada Klien 2 Diabetes Mellitus tipe 2 Dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Ruang Melati RSUD Bangil.

Hari?Tanggal	Waktu	Evaluasi
28 April 2019		<p>S : Klien mengatakan kaki dan tangan kesemutan sudah berkurang</p> <p>O : Keadaan umum : Lemah Kesadaran : Compsmentis GCS : 4-5-6 CRT : <2 detik GDA : 247 mg/dl</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku diet sehat 2. Dapat mengontrol kadar gula darah 3. Olahraga teratur (ROM aktif) <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan interfensi 1-3</p>

4.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang di lakukan pada Tn. A dan Tn. H di Ruang Melati RSUD Bangil pada kasus Diabetes Mellitus tipe 2 dengan masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah didapatkan pengkajian pada :

4.2.1 Pengkajian

1. Data subjektif

Klien 1 mengatakan pada hari rabu tanggal 26 April 2019 pukul 13.20 WIB tangan dan kaki kesemutan, lemas, mual dan badan panas.

Klien 2 mengatakan pada hari kamis tanggal 25 April 2019 pukul 07.00 WIB tangan dan kaki kesemutan, nafsu makan menurun, lemas, mual-mual, panas dan lemas.

Diabetes Mellitus merupakan penyakit metabolik yang bersifat kronik, ditandai dengan meningkatnya kadar glukosa darah sebagai akibat dari adanya gangguan penggunaan insulin, sekresi insulin, atau keduanya. Pada klien diabetes Mellitus terjadi pada pola makan tidak teratur sehingga mengakibatkan terjadinya Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (*American Diabets Assocation ADA, 2013*).

Hasil penelitian klien 1 dan klien 2 mengalami Diabetes Mellitus dengan tanda dan gejala kesemutan, mual muntah, nafsu makan menurun, lemas.

2. Data Objektif

Data objektif dari penelitian kedua klien mengalami Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah sehingga mengakibatkan nafsu makan menurun, kesemutan. Klien 1 lebih dulu mengalami resiko

ketidakstabilan kadar glukosa darah dibandingkan klien 2. dengan hasil laboratorium klien 1 GDA 555 mg/dl dan klien 2 GDA 458 mg/dl.

Diabetes Mellitus merupakan penyakit metabolik yang bersifat kronik, ditandai dengan meningkatnya kadar glikosa darah sebagai akibat dari adanya gangguan penggunaan insulin, sekresi insulin, atau keduanya. Pada klien diabetes Mellitus terjadi pada pola makan tidak teratur sehingga mengakibatkan terjadinya Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (*American Diabets Assocation ADA, 2013*).

Penelitian dari klien 1 dan klien 2 Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah menyebabkan hiperglikemi dan hipoglikemi yang bisa menyebabkan kelelahan, poliuria, polifagia, polidipsi, pola makan yang buruk kondisi ini menyebabkan habatan klien saat bekerja.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2 peneliti menunjukkan masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah. Hal ini dibuktikan klien 1 GDA 555 mg/dl dan klien 2 GDA 458 mg/dl.

Definisi Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Resiko terhadap variasi kadar glukosa/gula darah dari rentang normal (Tim Pokja, 2017).

Menurut peneliti masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar glukosa Darah pada Klien Diabaeat Mallitus tipe 2 disebabkan oleh obesitas, kurang berolahraga, pola makan yang buruk dan gaya hidup yang tidak sehat.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilakukan dalam studi kasus ini mengarah Nursing Outcom Classification (NOC) dan Nursing Income Classification (NIC) yang meliputi monitor kadar gula darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemi, memberi insulin sesuai resep, identifikasi penyebab hiperglikemi, dorong pemantauan sendiri kadar gula darah, monitor status intake output sesuai kebutuhan.

Intervensi yang diberikan pada klien dengan masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah meliputi manajemen hiperglikemi untuk mengontrol kadar glukosa darah, manajemen hipoglikemi untuk mengontrol kadar glukosa darah, persepian diet untuk mengatur pola makan klien (Herdman & Kamitsuru).

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan NIC adalah : manajemen hiperglikemi, monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemi, beri insulin sesuai resep, identifikasi penyebab hiperglikemi, dorong pemantauan sendiri kadar gula darah, monitor status intake output sesuai kebutuhan.

Menurut peneliti berdasarkan penelitian implementasi sesuan NIC yang diberikan kepada klien Diabetes Mellitus dengan melakukan manajemen hiperglikemi, monitor glukosa darah dengan melakukan pemeriksaan GDA dengan stik pada klien.

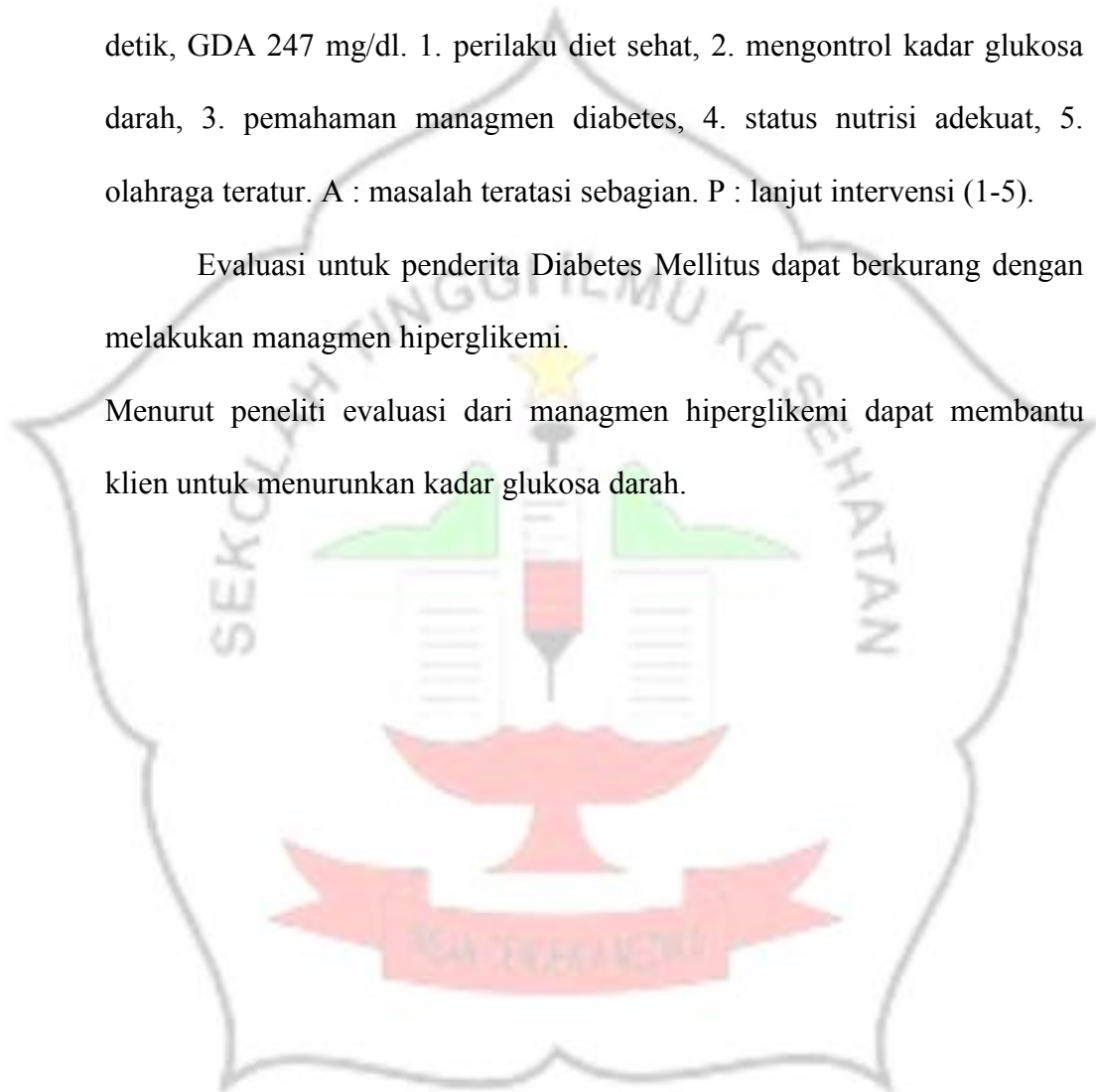
4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tanggal 28 April 2019 pada klien 1 S : klien mengatakan kaki dan tangan kesemutan sudah berkurang, kesadaran Composmentis, GCS

4-5-6, CRT <2 detik, GDA 240 mg/dl. 1. perilaku diet sehat, 2. dapat mengontrol kadar glukosa darah, 3. pemahaman manajemen diabetes, 4. status nutrisi adekuat, 5. olahraga teratur. A : masalah teratasi sebagian. P : Lanjut intervensi (1-5).
klien 2 S : klien mengatakan kaki dan tangan kesemutan sudah berkurang, kesadaran Composmentis, GCS 4-5-6, CRT <2 detik, GDA 247 mg/dl. 1. perilaku diet sehat, 2. mengontrol kadar glukosa darah, 3. pemahaman manajemen diabetes, 4. status nutrisi adekuat, 5. olahraga teratur. A : masalah teratasi sebagian. P : lanjut intervensi (1-5).

Evaluasi untuk penderita Diabetes Mellitus dapat berkurang dengan melakukan manajemen hiperglikemi.

Menurut peneliti evaluasi dari manajemen hiperglikemi dapat membantu klien untuk menurunkan kadar glukosa darah.



BAB 5

KESIMPULAN DAN PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan klien yang mengalami Diabetes Mellitus tipe 2 pada Tn. A dan Tn. H Dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Ruang Melati RSUD Bangil maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang di buat berdasarkan laporan kasus adalah sebagai berikut:

A. Kesimpulan

Berdasarkan data yang di peroleh dapat di ambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian yang telah di lakukan penulis pada tanggal 26 April 2019 diperoleh data subjektif Tn. A yang mengeluhkan kesemutan kaki dan tangan, mual, lemas, badan panas. Data objektif klien kesemutan data laboratorium GDA : 555 mg/dl sedangkan pada Tn. H data subjektif yaitu kesemutan, mual, nafsu makan menurun, panas, lemas. Data objektif kesemutan di bagian tangan dan kaki data laboratorium GDA : 458 mg/dl.
2. Diagnosa utama pada klien Tn. A dan Tn. H adalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Hiperglikemi di dukung dengan data Tn. A mengeluhkan kesemutan kaki dan tangan, mual, lemas, badan panas. Data Laboratorium GDA : 555 mg/dl. Sedangkan Tn. H mengeluhkan kesemutan kaki dan tangan, mual, nafsu makan menurun, panas, lemas. Data Laboratorium GDA : 458 mg/dl.

3. Intervensi keperawatan yang di berikan kepada klien sesuai dengan NIC 2015 mengenai manajmen Hiperglikemi adalah mengontrol kadar glukosa darah.
4. Implementasi keperawatan yang di lakukan adalah dengan mengontrol kadar glukosa darah pada Tn. A dan Tn. H dan mengamati respon klien.
5. Evaluasi keperawatan pada klien tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari hasil evaluasi Tn. A dan Tn. H mengatakan kesemutan sudah berkurang. Perbedaan Tn. A kadar glukosa darah lebih rendah dari Tn. H.

5.2 Saran

1. Bagi Klien dan Keluarga

Sebaiknya meningkatkan pengetahuan pada klien Diabetes Mellitus dan keluarga dengan cara memberikan HE (Head Education) sehingga dapat melakukan tindakan yang di berikan oleh peneliti.

2. Bagi Perawat

Peneliti ini mampu memberikan motivasi perawat di Rumah Sakit dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebaiknya penelitian lebih di tingkatkan lagi agar masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah pada klien Diabetes Mellitus bisa teratasi dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Amir, Suchi M, 2015,'Kadar Glukosa Darah Sewaktu Pada Asuhan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Bahu Kota Manado
- Bachri, Arie Syaeful 2016, 'Hubungan Antara Self-Care Dengan Kualitas Hidup pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Poli Klinik Penyakit Dalam RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta' , Skripsi, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jendral Achmad Yani Yogyakarta
- Bulletchek. 2013. Nursing Intervetion Classification (NIC). Missouri : Elsevier
- Bulletchek. 2013. Nursing Outcom Classification (NOC). Missouri : Elesvier
- ICME Stikes. 2019. Buku Panduan Penyusun Karya Tulis Ilmiah : Studi kasus Bangil : Stikkes Icme
- TIM Pokja SDKI PPNI. 2016. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Edisi 1 Jakarta Selatan
- Khasanah, Uswatun, 2016, Upaya Memenuhi Kestabilan Gula Darah Pada Pasien Diabetes mellitus Di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro
- Kurniawan, Danang. 2016, Penilaian Tingkat Kesadaran. Update 15 maret 2016, dilihat 28 januari 2018,<http://danangkurniawan04.blogspot.com/2016/03/penilaian-tingkat-kesadaran.html?m=1>
- Mustika, Noor Rachami Wulan, 2012, Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Ny. Y Dengan Diabetes Mellitus tipe II (Hipoglikemi Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sragen
- Nursalam. 2014. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta Selatan : Salemba Medika
- Padila. 2012. Buku Ajaran Medukal Bedah. Bengkulu : Nuha Medika
- Perkeni. Konsensus Pengolahan Dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Indonesia. Perkumpulan Endokrinologi Indonesia. 2015
- Sugiono. 2013. Metode Penelitian Kwantitatif Dan Kualitatif. Baandung CV Alfabeta
- Wijaya, A.S & Putri, Y.M. 2013. Keperawatan Medikal Bedh 2. Bengkulu : Nuha Medika

Lampiran 2

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ekananda Miftachul Janah


NIM : 161210012

Adalah mahasiswa D-III Keperawatan STIKes ICMe Jombang yang akan melakukan karya tulis ilmiah dalam bentuk studi kasus tentang “Asuhan keperawatan pada klien diabetes mellitus tipe 2 dengan masalah resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah di ruang melati rumah sakit Umum daerah bangil pasuruan” sebagai upaya dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif. Tugas akhir ini bermanfaat sebagai meningkatkan mutu pelayanan dan perawatan pada klien Diabetes Mellitus tipe 2 Dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.

Untuk itu saya mohon partisipasi Bapak/Ibu menjadi responden dalam karya tulis ilmiah ini. Semua data yang telah dikumpulkan akan dirahasiakan. Data responden disajikan untuk keperluan karya tulis ilmiah ini. Apabila dalam penelitian ini responden merasa tidak nyaman dengan kegiatan yang dilakukan, maka responden dapat mengundurkan diri.

Apabila Bapak/Ibu bersedia menjadi responden, silahkan menandatangani pada lembar persetujuan yang telah disediakan. Atas perhatian dan partisipasinya saya ucapkan terimakasih.

Hormat Saya,



Ekananda Miftachul Janah

INFORMED CONSENT

(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)

Yang bertandaatangan dibawah ini :

Nama : A.....
Umur : 54 tahun.....
Jenis Kelamin : Laki - laki.....
Pekerjaan : Petani.....
Alamat : Bangir pasuruan.....

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Judul karya tulis ilmiah “ Asuhan Keperawatan pada Klien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan”
2. Tujuan karya tulis ilmiah melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Klien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.
3. Manfaat yang akan diperoleh hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pengetahuan dan manfaat kepada klien dan keluarga untuk dapat mengetahui cara perawatan diri yang benar pada klien Diabetes Mellitus Tipe 2.

Responden mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan karya tulis ilmiah tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

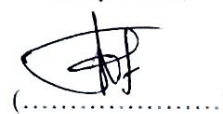
Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Pasuruan. April 2019

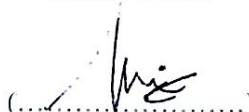
Peneliti,


(.....)

Responden,


(.....)

Saksi Pertama


(.....)

INFORMED CONSENT

(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : H.....
Umur : 59 Tahun.....
Jenis Kelamin : Laki - laki.....
Pekerjaan : Petani.....
Alamat : Kraton Pasuruan.....

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Judul karya tulis ilmiah " Asuhan Keperawatan pada Klien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan"
2. Tujuan karya tulis ilmiah melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Klien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.
3. Manfaat yang akan diperoleh hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pengetahuan dan manfaat kepada klien dan keluarga untuk dapat mengetahui cara perawatan diri yang benar pada klien Diabetes Mellitus Tipe 2.

Responden mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan karya tulis ilmiah tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Pasuruan, April 2019

Peneliti,


(.....)

Responden,


(.....)

Saksi Pertama


(.....)



**PRAKTIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
STIKES ICME JOMBANG
2019**

PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Pengkajian tgl. : Jam :
MRS tanggal : No. RM :
Diagnosa Masuk :

A. IDENTITAS PASIEN

Nama : Penanggung jawab biaya :
Usia : Nama :
Jenis kelamin : Alamat :
Suku : Hub. Keluarga :
Agama : Telepon :
Pendidikan :
Alamat :

B. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

1. Keluhan Utama :
2. Riwayat Penyakit Sekarang :

C. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

1. Riwayat Penyakit Kronik dan Menular ya, jenis : tidak
2. Riwayat Penyakit Alergi ya, jenis : tidak
3. Riwayat Operasi ya, jenis : tidak

D. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

ya : tidak
jelaskan :

E. POLA KEGIATAN SEHARI – HARI

POLA KEGIATAN	DI RUMAH	DI RUMAH SAKIT
Makanan Frekuensix/hr Jenis..... Diet Pantangan Alergi makanan yang disukai Minum Frekuensi..... x/hari Jenis..... Alergi		
Eliminasi BAB		

Frekuensix/hari warna konsistensi BAK FrekuensiX/Hari Warna Alat bantu		
Kebersihan Diri Mandi.....X/hari Keramasx/hari Sikat GigiX/Hari Memotong Kuku..... Ganti Pakaian Toileting		
Istirahat/Tidur Tidur siang.....jam Tidur Malamjam Kebiasaan Merokok/Jamu		

F. OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda-tanda vital

S : °C N : x/mnt TD : mmHg
RR : x/mnt

Masalah Keperawatan:

2. Sistem Pernafasan (B₁)

a. Hidung:

Pernafasan cuping hidung ada simetris
Septum nasi
simetris
Lain-lain

Masalah Keperawatan:

b. Bentuk dada s etris asimetris barrel chest

Funnel chest Pigeons chest

c. Keluhan s ak batuk nyeri waktu napas

d. Irama napas t teratur tidak teratur

e. Suara napas v icular ronchi D/S wheezing D/S rales D/S

Lain-lain:

3. Sistem Kardiovakuler (B₂)

a. Keluhan nyeri dada ya tidak

b. Irama jantung teratur tidak teratur

c. CRT < 3 detik > 3 detik

d. Konjungtiva pucat ya tidak

e. JVP normal meningkat menurun

Lain-lain :

Masalah Keperawatan:

4. Sistem Persarafan (B₃)

a. Kesadaran kompos mentis apatis somnolen sopor koma

GCS :

b. Keluhan pusing ya tidak

c. Pupil isokor anisokor

Masalah Keperawatan:

d. Nyeri tidak ya, skala nyeri : lokasi :
Lain-lain :

5. Sistem Perkemihan (B₄)

- a. Keluhan : kencing menetes inkontinensia retensi
 gross hematuri disuria po ri
 oliguri anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll) ya tidak
- c. Kandung kencing : membesar ya tidak
nyeri tekan ya tidak
- d. Produksi urine : ml/hari warna : bau :
- e. Intake cairan : ora cc/hr parenteral : cc/hr
- Lain-lain :

Masalah Keperawatan:

6. Sistem Pencernaan (B₅)

- a. TB : cm BB : kg
- b. Mukosa mulut : lembab kering merah stomatitis
- c. Tenggorokan nyeri telan sulit menelan
- d. Abdomen sup tegang nyeri tekan, lokasi :
 Luka operasi jeja lokasi :
Pembesaran hepar ya tida
Pembesaran lien ya tida
Ascites ya tida
Mual ya tida
Muntah ya tida
Terpasang NGT ya tida
Bising usus : x/mnt
- e. BAB : x/hr, konsistensi : lunak cair lendir/darah
 konstipasi inkontinensia kolostomi
- f. Diet hdat lunak cair
Frekuensi : x/hari jumlah: jenis :

Masalah Keperawatan:

7. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen (B₆)

- a. Pergerakan sendi bebas terbatas
- b. Kelainan ekstremitas ya tidak
- c. Kelainan tl. belakang ya tidak
- d. Fraktur ya tidak
- e. Traksi/spalk/gips ya tidak
- f. Kompartemen sindrom ya tidak
- g. Kulit ikterik sianosis kemerahan hiperpigmentasi
- h. Akral hangat panas dingin kering basah
- i. Turgor baik kurang jelek
- j. Luka : jenis : luas : bersih kotor
- Lain-lain :

Masalah Keperawatan:

8. Sistem Endokrin

- a. Pembesaran kelenjar tyroid ya tidak
- b. Pembesaran kelenjar getah bening ya tidak
- Lain-lain :

Masalah Keperawatan:

G. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

1. Persepsi klien terhadap penyakitnya
 cobaan Tuhan hukuman lainnya

Masalah Keperawatan :

2. Ekspresi klien terhadap penyakitnya
 murung gelisah tegang marah/menangis
3. Reaksi saat interaksi kooperatif tak kooperatif curiga
4. Gangguan konsep diri ya tidak

Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

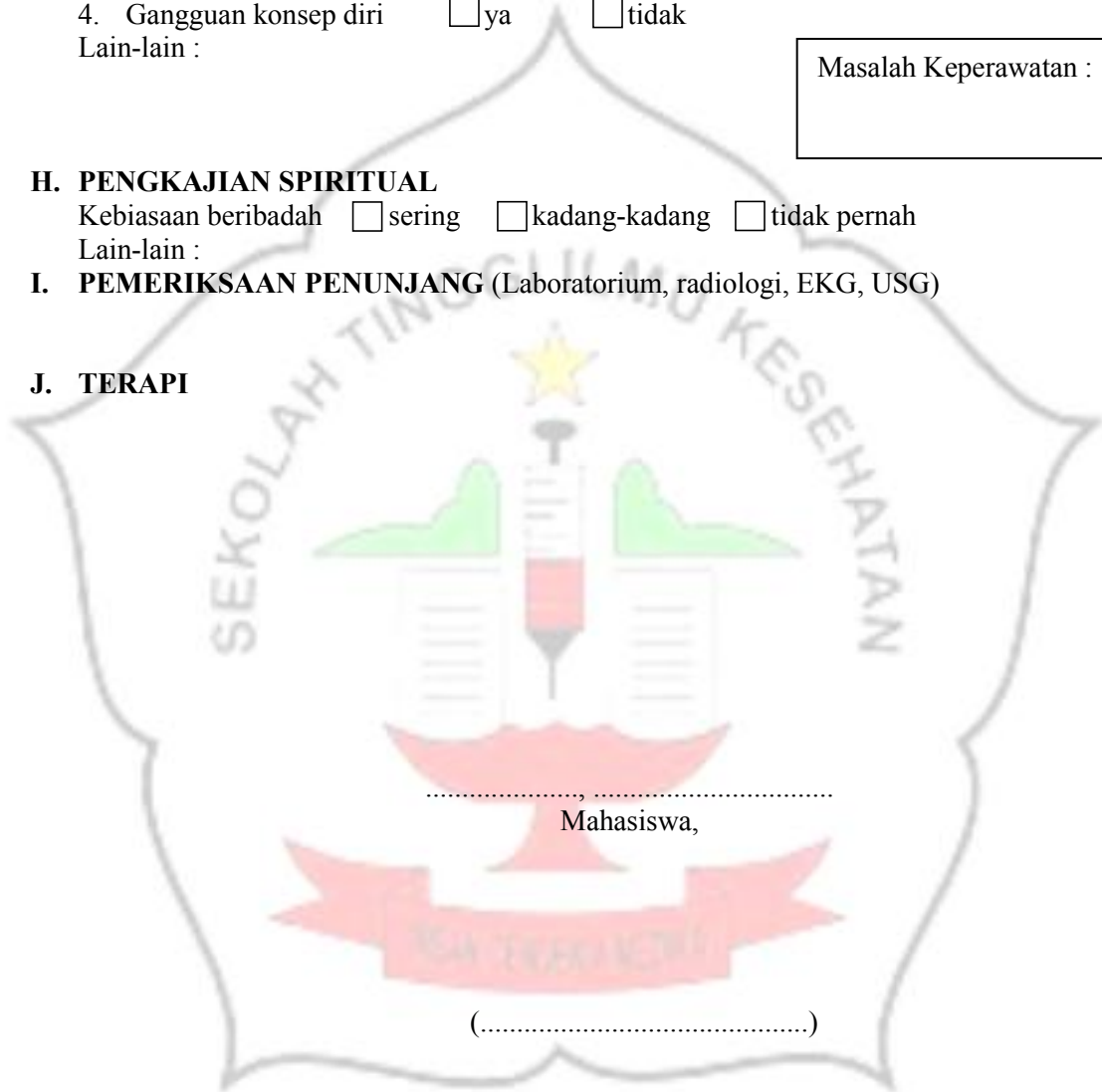
H. PENGKAJIAN SPIRITUAL

Kebiasaan beribadah sering kadang-kadang tidak pernah

Lain-lain :

I. PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, radiologi, EKG, USG)

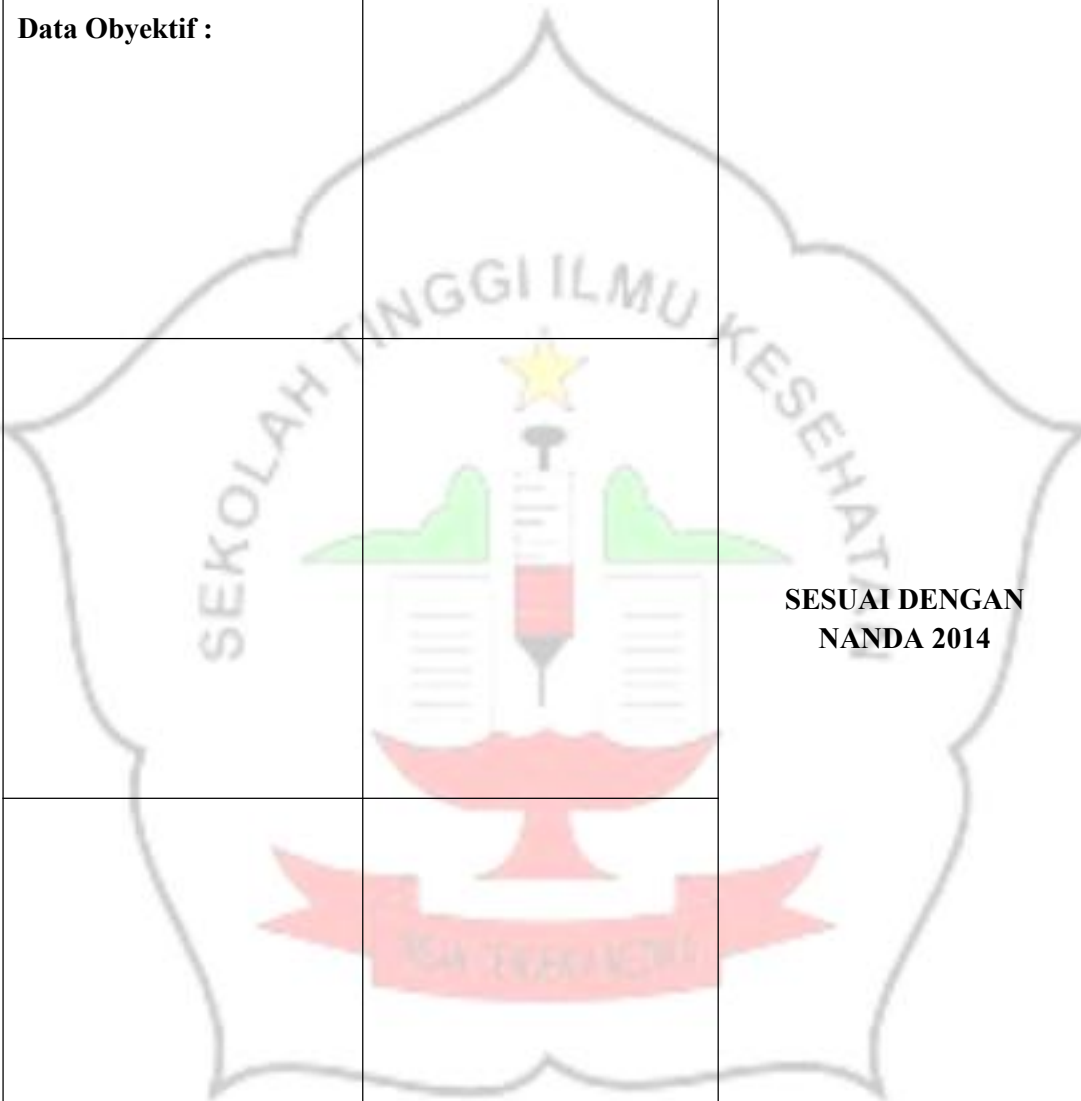
J. TERAPI



ANALISA DATA

Nama :.....

No.RM:

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
<p>Data subyektif :</p> <p>Data Obyektif :</p>		
		
<p>SESUAI DENGAN NANDA 2014</p>		

Diagnosa Keperawatan yang muncul (Tipe PES minimal 3)

1.
2.
3.

- 4.
- 5.



Intervensi Keperawatan

Hari/tanggal	No. diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Waktu	Rencana tindakan	Rasional
		Mengandung SMART			

Mengandung SMART

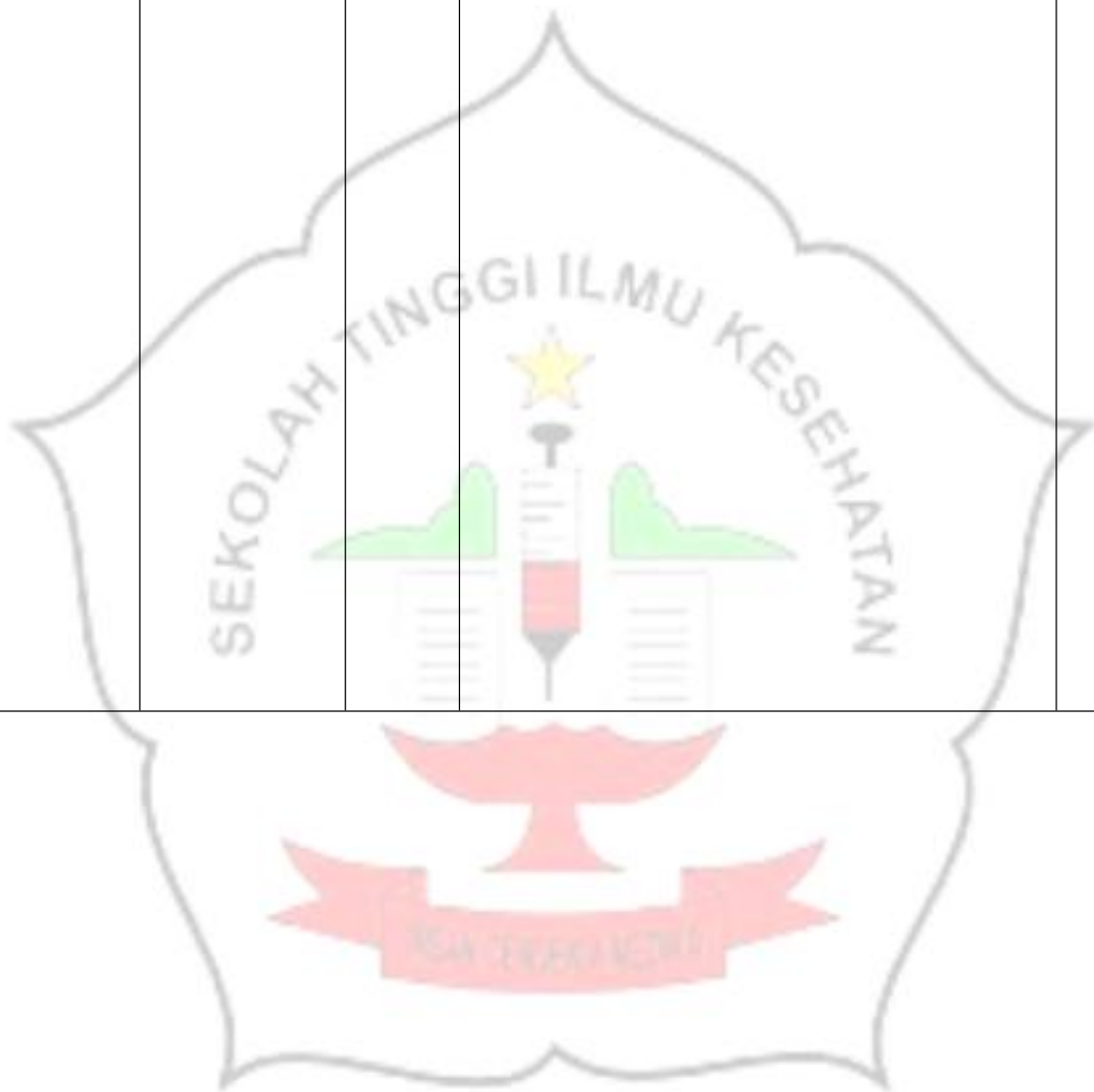
Implementasi Keperawatan

Nama :.....

No.

RM :

Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Implementasi keperawatan	Paraf



Evaluasi Keperawatan

Nama :.....

No.RM :

Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Perkembangan	Paraf
			<p>S :</p> <p>O :</p> <p>A :</p> <p>P :</p> 	

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

STKES ICME JOMBANG

RUANG RSUD BANGIL PASURUHAN

<p><i>DICHARGE PLANNING</i></p>	<p>No. Reg : Nama : Jenis Kelamin : Alamat :</p>
<p>Tanggal MRS: Tanggal KRS:</p>	<p>Tanggal/Tempat Kontrol :</p>
<p>Dipulangkan dari RSUD JOMBANG dengan keadaan :</p> <p><input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Pulang paksa</p> <p><input type="checkbox"/> Pindah RS lain <input type="checkbox"/> Meninggal</p> <p><input type="checkbox"/> Meneruskan dengan obat jalan</p>	
<p>Aturan Diet :</p>	
<p>Obat-obatan yang masih diminum dan jumlahnya :</p>	
<p>Cara perawatan luka di rumah :</p>	

<p>Aktivitas dan Istirahat :</p>		
<p>Lain-lain :</p>		
<p>Yang di bawa pulang (Hasil Lab, Foto, ECG) :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Lablembar <input type="checkbox"/> Foto..... lembar <input type="checkbox"/> USGlembar </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> EKGlembar <input type="checkbox"/> CT Scanlembar <input type="checkbox"/> lain-lainlembar </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Lablembar <input type="checkbox"/> Foto..... lembar <input type="checkbox"/> USGlembar	<input type="checkbox"/> EKGlembar <input type="checkbox"/> CT Scanlembar <input type="checkbox"/> lain-lainlembar
<input type="checkbox"/> Lablembar <input type="checkbox"/> Foto..... lembar <input type="checkbox"/> USGlembar	<input type="checkbox"/> EKGlembar <input type="checkbox"/> CT Scanlembar <input type="checkbox"/> lain-lainlembar	
<p>Saya selaku keluarga menyatakan telah mendapat penyuluhan hal-hal tersebut di atas oleh mahasiswa D3 KEPERAWATAN STIKES ICME dan telah mengerti.</p> <p style="text-align: right;">Jombang , 20...</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <p>Pasien/Keluarga</p> <p>(.....)</p> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <p>Perawat</p> <p>(.....)</p> </td> </tr> </table>	<p>Pasien/Keluarga</p> <p>(.....)</p>	<p>Perawat</p> <p>(.....)</p>
<p>Pasien/Keluarga</p> <p>(.....)</p>	<p>Perawat</p> <p>(.....)</p>	

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"



SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

No. : 018/KTI/BAAK/K31/073127/II/2019
Lamp. : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth. Direktur RSUD Bangil
di
Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Skripsi/Karya Tulis Ilmiah yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan Studi di Program Studi **D-III Keperawatan** Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan Ijin Penelitian kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : Ekananda Miftachul Janah

NIM : 16 121 0012

Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Klien Diabetes Mellitus Tipe 2 dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (di Ruang Melati RSUD Bangil)

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Skripsi/Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut di atas.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Jombang, 27 Februari 2019

H. Inam Fatoni, SKM., MM
NIK: 03.04.022



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153
Telp.(0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



Bangil, 1 April 2019

Nomor : 445.1/1124.5/424.202/2019 Kepada
Lampiran : - Yth. Ketua Stikes Insan Cendekia Medika
Hal : Persetujuan Penelitian Jl. Kemuning 57
JOMBANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor :
018/KTI/BAAK/K31/073127/II/2019 tanggal 27 Februari 2019 perihal
Permohonan Ijin Penelitian atas nama :

Nama : EKANANDA MIFTACHUL JANAH
NIM : 161210012
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus
Tipe 2 Dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar
Glukosa Darah (Di Ruang Melati Rsud Bangil)

maka pada prinsipnya kami MENYETUJUI yang bersangkutan untuk
melakukan Penelitian di RSUD Bangil selama 1 (satu) bulan terhitung
mulai tanggal 1 – 30 April 2019,

Dengan ketentuan :

1. Menaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Setelah berakhirnya penelitian wajib menyerahkan laporan hasil penelitian kepada Seksi Diklat RSUD Bangil.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara
diucapkan terima kasih.

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Plt. Kepala Bidang Penunjang



Drg. DYAH RETNO LESTARI, M.Kes
Pembina

NIP. 19710404 200604 2 019

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruangan Melati RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153
Telp.(0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
PELAKSANAAN PENELITIAN**

ETHICAL CLEARANCE

NO : 445.1/1085.5/424.202/2019

TIM ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD BANGIL KAB. PASURUAN, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELLITUS TIPE 2 DENGAN MASALAH RESIKO KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH (DI RUANG MELATI RSUD BANGIL)

PENELITI UTAMA : EKANANDA MIFTACHUL JANNAH

TEMPAT PENELITIAN : RSUD BANGIL KAB. PASURUAN

DINYATAKAN LAIK ETIK

PASURUAN, 28 MARET 2019

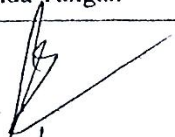







A.n KETUA TIM ETIK PENELITIAN

SEKRETARIS

SHAFaat PRANATA, S.Kep.Ns.

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama mahasiswa : Ekananda Miftachul Jandah
 NIM : 161210012
 Program Studi : D III Keperawatan
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.
 Pembimbing I : Dr. Hariyono, S.kap., Ns., M.kap.


Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
12 Februari 2019	Konsul judul dan bab 1	
18-02-2019	Konsul bab 1	
27-02-2019	Konsul bab 1	
11-03-2019	Konsul bab 1-2	
18-03-2019	Konsul bab 2	
25-03-2019	Konsul bab 2-3	
13-04-2019	Konsul bab 3	
20-04-2019	ACC sidang proposal	

Pembimbing I


()

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama mahasiswa : Ekananda M.J
 NIM : 161210012
 Program Studi : D 3 Keperawatan
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus tipe 2
 Dengan Masalah Risiko ketidakstabilan Gula Darah
 Pembimbing I : Glukosa Darah







Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
23 - April - 2019	Konsultasi bab 4	
28 - Juni - 2019	Konsultasi bab 4 - 5	
13 - Juli - 2019 Acc bab 5	

Pembimbing I

(.....)

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama mahasiswa : Ekananda Miftachul Jannah
 NIM : 161210012
 Program Studi : D III KEPERAWATAN
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus tipe 2 dengan Masalah Risiko ketidakstabilan kadar Glukosa Darah
 Pembimbing I : Hayatur Rosyidah, S.kep., Ns., M.kep



Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
14-02-2019	Konsultasi Teori & judul	
21-02-2019	Revisi bab I	
03-03-2019	Ace bab I, bab II	
12-03-2019	Revisi bab II, bab III	
19-03-2019	Revisi bab III	
16-04-2019	Ace bab I & II	

Pembimbing II

(.....)

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama mahasiswa : Ekananda M.J
 NIM : 161210012
 Program Studi : D3 Keperawatan
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Kian Diabetes Mellitus tipe 2
 Dengan Masalah Resiko Ketidakstabilan kadar Glukosa
 Pembimbing II : Darah

Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
11/2014 /A	Revisi bab 1	
12/2014 /A	Revisi bab 2, 3, 4, 5 dan penutup	

Pembimbing II

(.....)