

PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES
MELLITUS TIPE II DI RUANG ABIMANYU
RSUD JOMBANG**



FIRA AYU SANTIKA

201210007

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III-KEPERAWATAN FAKULTAS
VOKASI INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELLITUS
TIPE II DI RUANG ABIMANYU RSUD JOMBANG**

(Studi Di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Jombang)

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat pendekatan gelar ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep) Pada program Studi Diploma III Keperawatan
Institut Teknologi Sains Dan Kesehatan Insan Cendekia Medika
Jombang

FIRA AYU SANTIKA

201210007

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III-KEPERAWATAN FAKULTAS
VOKASI INSTITUT TEKNOLOGI SANS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA**

JOMBANG

2023

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Fira Ayu Santika
NIM : 201210007
Jenjang : Diploma
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus Tipe II Di Ruang Abimayu RSUD Jombang

Merupakan karya tulis ilmiah yang secara keseluruhan benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 14 Agustus 2023
Yang menyatakan

Fira Ayu Santika
NIM. 201210007



SURAT PENYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Fira Ayu Santika
NIM : 201210007
Jenjang : Diploma
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus Tipe II Di Ruang Abimanyu di RSUD Jombang

Merupakan karya tulis ilmiah dan artikel yang secara keseluruhan benar-benar bebas dari plagiasi. Apabila di kemudian hari terbukti melakukan proses plagiasi, maka saya siap di proses sesuai dengan hukum dan undang-undang yang berlaku. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 14 Agustus 2023
Saya yang menyatakan


Fira Ayu Santika
NIM. 20121007

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus Tipe II Di Ruang Abimanyu RSUD Jombang
Nama Mahasiswa : Fira Ayu Santika
NIM : 201210007
Program Studi : Diploma III Keperawatan

TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING
PADA TANGGAL 14 AGUSTUS 2023

Pembimbing Utama



Dr. H. Imam Fatoni, S.KM.,M.M
NIDN. 0729107203

Pemibimbing Anggota



Dwi Harianto, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0711048304

Mengetahui

Dekan Fakultas Vokasi



Sri Savekti, S.Si.,M.Ked
NIDN. 0725027702

Ketua Program Studi



Ucik Indrawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0716048102

LEMBAR PENGESAHAN KARYA TULIS ILMIAH

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus Tipe II Di Ruang Abimanyu RSUD Jombang
Nama Mahasiswa : Fira Ayu Santika
NIM : 201210007

Telah Diseminarkan Dalam Hasil Penelitian pada:

14 Agustus 2023

Menyetujui,

Dewan Penguji

Penguji Utama : Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep ()
NIDN. 07.23.048301
Penguji I : Imam Fatoni, S.KM.,M.M ()
NIDN. 0729107203
Penguji II : Dwi Harianto, S.Kep.,Ns.,M.Kep ()
NIDN. 0711048304

Mengetahui

Dekan Fakultas Yokasi

Sri Sayekti, S.St.,M.Ked
NIDN. 0725027702

Ketua Program Studi

Ucik Indrayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0716048102

RIWAYAT HIDUP

Penulis lahir di Sumenep, 10 November 2001 dari pasangan Sarbini dan Darna Wati, penulis adalah anak pertama dari tiga bersaudara.

Pada tahun 2008 penulis lulus dari TK Babusafiiil, tahun 2014 lulus dari SDN 2 Sapeken, tahun 2017 lulus dari SMPN 2 Sapeken, pada tahun 2020 penulis melanjutkan pendidikan di ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang dan memiliki program studi Diploma III Keperawatan dari 7 Program Studi 3 Vakultas yang ada di ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya

Jombang, 14 Agustus 2023
Yang menyatakan


Fira Ayu Santika
NIM. 201210007

MOTTO

“Jangan mudah menyerah semua pasti ada jalan keluarnya selagi ada usaha dan kemauan”

PERSEMBAHAN

Puji syukur Alhamdulillah saya panjatkan kehadiran Allah SWT. Atas karunia Ridho serta kemudahan yang Allah berikan akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat saya selesaikan.

Saya persembahkan karya tulis ilmiah ini untuk kedua orang tua saya, yang sudah ikhlas merawat saya, menemani saya disaat suka maupun duka, membesarkan saya tanpa mengeluh sedikit pun. Serta memberikan dan membiayai pendidikan saya baik dirumah maupun diluar rumah, terimakasih ini bapak atas segala doa dan dukungan yang luar biasa kepada saya sehingga karya tulis ilmiah ini terselesaikan.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT berkat Rahmat, Hidayah, dan Karunianya kepada kita semua sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II di RSUD Jombang” dapat terselesaikan dengan cepat waktu.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Diploma III Fakultas Vokasi Institut Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah penelitian ini penulis mengucapkan terimakasih kepada Ibu Ucik Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Kaprodi D-III Keperawatan. Bapak Dr. H. Imam Fatoni, SKM.,MM selaku pembimbing satu yang dengan sabar telah banyak memberikan pengarahan, bimbingan dan waktunya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah. Bapak Dwi Harianto., S.Kep.,Ns., M.Kep selaku pembimbing kedua yang telah mengarahkan dan membimbing saya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Besar harapan saya, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi saya khususnya, dan bagi pembaca pada umumnya, saya menyadari bahwa dalam Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran dari semua pihak sangat saya harapkan untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Jombang, 14 Agustus 2023
Yang mengatakan



Fira Ayu Santika
NIM. 201210007

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELLITUS TIPE II DI RUANG ABIMANYU RUMAH SAKIT UMUM DI JOMBANG

Oleh :

Fira Ayu Santika

Pendahuluan: Diabetes melitus merupakan penyakit metabolik yang ditandai dengan kadar gula darah yang tinggi (hiperglikemia) yang diakibatkan oleh gangguan sekresi insulin yang dapat menyebabkan kerusakan gangguan fungsi berbagai organ terutama mata, organ ginjal, saraf, jantung dan pembuluh darah lainnya. **Metode:** Penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kasus dengan menggunakan 2 klien Diabetes Mellitus sebagai subjek penelitian ini dengan masalah keperawatan resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara, observasi, dan dokumentasi. **Hasil:** Penelitian dari studi kasus yang telah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari pada Tn. W dan Tn. S di dapatkan bahwa klien mengalami masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Setelah dilakukan asuhan keperawatan klien menunjukkan kadar gula darah mengalami penurunan tetapi belum dalam rentang normal, sehingga tetap melakukan intervensi dilanjutkan. Kesadaran : Composmentis, GCS : 4-5-6, GDA Tn. W 239 mg/dl sedangkan GDA Tn. S 221 mg/dl. **Kesimpulan:** Berdasarkan evaluasi keperawatan pada klien 1 dan 2 selama 3 hari ditandai dengan kesemutan berkurang, nafsu makan membaik, keadaan umum cukup baik, kadar gula darah mengalami penurunan tetapi belum dalam rentang normal.

Kata kunci : Diabetes Mellitus, Klien, Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

ABSTRACT

NURSING CARE FOR TYPE II DIABETES MELLITUS CLIENTS IN THE ABHIMANYU ROOM OF THE GENERAL HOSPITAL IN JOMBANG

By :

Fira Ayu Santika

Introduction: Diabetes mellitus is a metabolic disease characterized by high blood sugar levels (hyperglycemia) caused by impaired insulin secretion which can cause damage to the function of various organs, especially the eyes, kidneys, nerves, heart and other blood vessel. ***Method:*** The research used in this study is a case study using 2 Diabetes Mellitus clients as subjects of this study with nursing problems at risk of instability of blood glucose levels. The data collection techniques used in this study were interviews, observation, and documentation. ***Results:*** Research from a case study that has been carried out nursing care for 3 days on Mr. W and Mr. S found that the client experienced the problem of unstable blood glucose levels associated with insulin resistance. After nursing care the client showed blood sugar levels decreased but not yet within the normal range, so the intervention continued. Awareness : Composmentis, GCS : 4-5-6, GDA Mr. W 239 mg/dl while GDA Mr. S 221 mg/dl. ***Conclusion:*** Based on nursing evaluation on clients 1 and 2 for 3 days characterized by reduced tingling, improved appetite, general condition is quite good, blood sugar levels have decreased but not yet within the normal range.

Keywords: Diabetes Mellitus, Clients, Risk of Blood Glucose Level Instability

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	I
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN	III
SURAT PENYATAAN BEBAS PLAGIASI.....	III
LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH.....	III
LEMBAR PENGESAHAN KARYA TULIS ILMIAH	V
RIWAYAT HIDUP	VI
MOTTO	VII
KATA PENGANTAR.....	VIII
ABSTRAK	IX
ABSTRACT	X
DAFTAR ISI.....	XI
DAFTAR GAMBAR.....	XIII
DAFTAR TABEL	XIV
DAFTAR LAMPIRAN	XV
DAFTAR SINGKATAN.....	XV
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 LATAR BELAKANG.....	1
1.1 Rumusan Masalah.....	3
1.2 Tujuan	3
1.3 Manfaat	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Konsep Diabetes Mellitus (DM) Tipe II	5
2.2 Konsep dasar Pemenuhan Nutrisi	14
2.3 Konsep Resiko Ketidakstabilan Glukosa Darah	19
2.4 Konsep Kerusakan Integritas Kulit.....	20
2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus	24
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	35
3.1 Desain Penelitian	35
3.2 Batas istilah (definisi operasional)	35

3.3	Partisipan	36
3.4	Lokasi dan Waktu.....	36
3.1	Pengumpulan Data.....	36
3.5	Uji Keabsahan Data	37
3.6	Analisis data	38
3.7	Etik penelitian	39
	BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	41
4.1	Hasil.....	41
4.2	Pembahasan.....	55
	BAB 5 KESIMPULAN DAN PENUTUP	60
5.1	Kesimpulan.....	60
5.2	Saran	61
	DAFTAR PUSTAKA.....	62

DAFTAR GAMBAR

Gambar Pathway Penyakit Diabetes Mellitus.....	9
--	---

DAFTAR TABEL

2.5 Tabel Intervensi Keperawatan	31
4.1 Identitas Klien	41
4.2 Riwayat Penyakit	42
4.3 Perubahan Pola Kesehatan	43
4.4 Pemeriksaan Fisik	44
4.5 Pemeriksaan Penunjang	46
4.6. Terapi Medik	47
4.7 Analisa Data Klien 1 Klien 2	48
4.8 Intervensi Keperawatan.....	49
4.9 Implementasi Klien 1	50
4.10 Implementasi Klien 2	51
4.11 Evaluasi Keperawatan Klien 1.....	52
4.12 Evaluasi Keperawatan Klien 2.....	53

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 2 : Sertifikat Uji Etik

Lampiran 3 : Format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah

Lampiran 4 : Surat Pernyataan Bebas Plagiasi

DAFTAR SINGKATAN

Lambang

1. % : Persen
2. ± : Kurang lebih

Singkatan

1. DM : Diabetes Mellitus
2. ADA : *American Diabetes Association*
3. WHO : *World Health Organization*
4. ICA : *Islet Cell Antibodies*
5. IAA : *Insulin Autoantibodies*
6. GADA : *Glutamic Acid Decarboxylase Antibodies*
7. GDS : Gula DraH Sewaktu
8. GDA : Gula Darah Acak
9. ITSkes : Institut Teknologi Sains dan Kesehatan
10. ICMe : Insan Cendekia Medika
11. RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah
12. IGD : Instalasi Gawat Darurat
13. No. RM : Nomor Rekam Medik
14. SDKI : Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
15. SLKI : Standar Luaran Keperawatan Indonesia
16. SIKI : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
17. TTV : Tanda-tanda vital
18. TD : Tekanan Darah
19. N : Nadi
20. RR : *Respiratory Rate*
21. S : Suhu
22. SpO₂ : *Saturation of Peripheral Oxygen*
23. BAK : Buang Air Kecil
24. BAB : Buang Air Besar

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes tipe II masalah gangguan metabolisme kronis yang menyebabkan gula darah tinggi dan ditandai dengan peningkatan gula darah atau hiperglikemia. Hal ini disebabkan adanya gangguan pada sekresi insulin (Fujirahmawati, 2021). Pada diabetes tipe II, ini adalah kondisi seluler dimana tubuh tidak dapat menggunakan hormon insulin dengan baik. Di seluruh dunia, diperkirakan satu dari 11 orang dewasa menderita diabetes. Dari jumlah tersebut, 90% adalah penderita diabetes tipe II. Penderita diabetes melitus tipe II terjadi pada orang dewasa dan anak-anak antara usia 20 sampai 79 tahun dan hadir dengan gejala klinis seperti sering haus (polidipsia), sering buang air kecil (poliuria), makan dan minum banyak (makan banyak), cepat penurunan berat badan, dan penglihatan yang buruk (Suwinawati, Ardiani dan Ratnawati, 2020). Selama metabolisme tubuh, hormon insulin bertanggung jawab untuk mengatur kadar gula darah. Hormon ini diproduksi di pankreas kemudian dikeluarkan untuk digunakan sebagai sumber energi. Jika tubuh kekurangan hormon insulin maka dapat menyebabkan hiperglikemia (Marsyawati, 2018).

World Health Organization (WHO), penderita diabetes melitus mencapai 422 juta jiwa, sedangkan menurut data *International Diabetes Federation* (2019), menyebutkan bahwa jumlah penderita penyakit diabetes mellitus pada orang dewasa usia (20- 79 tahun) telah meningkat dari 151 juta atau 4,6 (populasi global saat itu) menjadi 463 juta (9,3) dan diprediksi akan mengalami peningkatan sebanyak 578 juta (10,2) pada tahun 2030, dan 700 juta (10,9) pada

tahun 2045. Di Indonesia, diabetes menempati urutan ke empat dari jumlah penderita diabetes terbesar di dunia setelah Amerika Serikat, China dan India dengan persentase 2,1. Memprediksi jumlah penderita diabetes mellitus di Indonesia akan meningkat dari 8,4 juta pada tahun 2000 menjadi 21,2 juta pada tahun 2030 (Kemenkes RI, 2018. Prevalensi Diabetes Mellitus di provinsi Jawa Timur merupakan salah satu wilayah di Indonesia dengan prevelensi penderita diabetes mellitus sebesar 2,1 (Riskesdas, 2018). Kasus penderita diabetes mellitus sebanyak 102.399 kasus (Dinkes Provinsi Jawa timur, 2019).

Penyebab penyakit diabetes adalah bentuk gaya hidup yang tidak sehat, seperti kebiasaan mengonsumsi makanan cepat saji. Selain pengaruh genetik, resistensi insulin seringkali disebabkan oleh kurangnya aktivitas fisik, kelebihan berat badan, kebiasaan makan yang sering kali mencakup makanan tinggi gula dan rendah serat, merokok, tekanan darah tinggi, yang berhubungan dengan gaya hidup yang tidak sehat. Diabetes yang tidak ditangani dengan baik dapat menimbulkan komplikasi berupa gangguan saraf (neuropati), serta gangguan pada pembuluh darah besar (kapiler) dan kecil (mikrovaskular). Komplikasi makrovaskular biasanya menyerang jantung, otak, dan pembuluh darah, sedangkan komplikasi mikrovaskular dapat terjadi pada mata dan ginjal. Komplikasi neuropatologis juga dapat terjadi berupa neuropati motorik, sensorik, dan otonom (Ardini H.E., dkk, 2021).

Upaya perawat yang dilakukan adalah examiner kadar glukosa darah dan examiner tanda dan gejala hiperglikemia, menganjurkan kepatuhan terhadap diet mandiri yang dilakukan oleh penderita diabetes mellitus tipe II yang meliputi edukasi terhadap pasien dengan keluarga agar menjaga makan yang sehat dan

menghindari kebiasaan makan- makanan yang tinggi kadar gulannya sesuai indikasi, pengobatan dan pencegahan komplikasi disebut dengan tone- care diabetes (Sasmiyanto, 2020). tone care Diabetes merupakan integrase dari pendekatan teori model tone- care diabetes sebagai program atau tindakan yang harus dijalankan sepanjang kehidupan dan menjadi tanggung jawab penuh bagi setiap penderita diabetes mellitus itu sendiri (Mustika, 2018).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas maka rumusan masalahnya adalah bagaimana gambaran Pendidikan Kesehatan tentang Asuhan keperawatan dengan klien Diabetes Mellitus tipe II di Ruang Abimanyu RSUD Jombang.

1.3 Tujuan

1.1.1 Tujuan Umum

Memngidentifikasi asuhan keperawatan pada klien diabetes mellitus tipe II di Ruang Abimanyu RSUD Jombang.

1.1.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengkajian keperawatan pada klien diabetes mellitus tipe II DI Ruang Abimanyu RSUD Jombang
2. Mengidentifikasi diagnosis keperawatan pada klien diabetes mellitus tipe II DI Ruang Abimanyu RSUD Jombang
3. Mengidentifikasi intervensi keperawatan pada klien diabetes mellitus tipe II DI Ruang Abimanyu RSUD Jombang
4. Mengidentifikasi implementasi keperawatan pada klien diabetes mellitus tipe II DI Ruang Abimanyu RSUD Jombang

5. Mengidentifikasi evaluasi keperawatan pada klien diabetes mellitus tipe II DI Ruang Abimanyu RSUD Jombang

1.4 Manfaat

1.1.3 Manfaat Teoritis

Peningkatan ilmu pengetahuan dalam mencari pemecahan permasalahan kesehatan yang berhubungan dengan klien diabetes mellitus tipe II di Ruang Abimanyu RSUD Jombang

1.1.4 Manfaat Praktis

Manfaat dari penelitian ini bagi klien dan keluarga bermanfaat untuk mengenai bagaimana cara perawatan klien di rumah, bagi perawat sebagai bahan masukan dalam melaksanakan atau melakukan asuhan keperawatan, bagi institusi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Diabetes Mellitus (DM) Tipe II

Diabetes melitus (DM) merupakan sekelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan hiperglikemia akibat kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya (PERKENI, 2021). Diabetes tipe 2 merupakan penyakit dimana sel-sel tubuh gagal merespon produksi insulin secara penuh (resistensi insulin) (IDF, 2021). Diabetes adalah penyakit metabolik yang disebabkan oleh ketidakmampuan pankreas memproduksi cukup insulin bagi tubuh. Tubuh tidak mampu memproduksi insulin secara efektif dan menimbulkan gejala khas yang disebut pengecilan glukosa urin, atau glikosuria, yang ditandai dengan peningkatan kadar gula darah. Dari hasil diatas dapat disimpulkan bahwa diabetes merupakan suatu kelainan metabolisme yang terjadi pada pankreas karena pankreas tidak memproduksi insulin dalam jumlah yang cukup atau bahkan tidak ada sama sekali (Ria, 2020).

2.1.1 Etiologi

Penyebab dari penyakit diabetes mellitus:

1. Riwayat genetik

Riwayat keluarga merupakan faktor risiko diabetes. Sekitar 50% penderita diabetes tipe II memiliki orang tua penderita diabetes, dan lebih dari sepertiga penderita diabetes memiliki anggota keluarga penderita diabetes. Diabetes tipe II lebih terkait dengan genetika dari pada diabetes tipe II

2. Usia

Usia yang berisiko terkena diabetes tipe II adalah di atas 40 tahun. Tinggi usia sesuai dengan tingkat keterpaparan seseorang terhadap unsur-unsur di lingkungannya terutama makanan.

3. Obesitas

Obesitas merupakan faktor risiko diabetes yang paling penting untuk diperhatikan. Lebih dari 8 diantara 10 penderita diabetes tipe II adalah orang yang gemuk. Hal disebabkan karena semakin banyak jaringan lemak, maka jaringan tubuh dan otot akan semakin resisten terhadap kerja insulin, terutama jika lemak tubuh terkumpul di daerah perut. Lemak ini akan menghambat kerja insulin sehingga gula tidak dapat diangkut ke dalam sel dan menumpuk dalam peredaran darah.

4. Diet dan gaya hidup

Diet tinggi lemak dan kalori cenderung meningkatkan risiko anda terkena diabetes. Gaya hidup yang buruk adalah gaya hidup yang penuh dengan tekanan psikologis dan jauh dari nilai-nilai spiritual seperti stres sesekali dan jangka panjang, kecemasan dan ketakutan yang berlebihan. Hal ini bisa dibidang merupakan faktor terbesar yang membuat seseorang rentan terhadap penyakit serius, baik diabetes maupun penyakit serius lainnya. Selain itu, aktivitas fisik yang rendah juga berpeluang menjadi predisposisi seseorang terkena diabetes. (Susanti, 2019).

2.1.2 Klafifikasi

Pada tahun 2020, menurut *American Diabetes Association* (ADA), diabetes diklasifikasikan sebagai diabetes tipe I, diabetes tipe II, diabetes mellitus gestasional, dan bentuk diabetes lainnya. Namun jenis diabetes yang paling banyak terjadi adalah diabetes mellitus tipe I dan diabetes mellitus tipe II.

1. Diabetes melitus tipe I

Diabetes mellitus adalah proses autoimun atau idiopatik yang dapat menyerang orang itu segala usia, tetapi lebih sering terjadi pada anak- anak. Pasien dengan diabetes tipe I membutuhkan suntikan insulin setiap hari untuk mengontrol gula darah (IDF, 2019). Terkait dengan antibodi berupa *Islet Cell Antibodies* (ICA), *Insulin Autoantibodies* (IAA), dan *Glutamic Acid Decarboxylase Antibodies* (GADA), DM jenis ini biasa disebut dengan *Insulin Dependent Diabetes* (IDDM).). 90% anak dengan IDDM memiliki tipe antibodi ini

2. Diabetes mellitus tipe II

Diabetes mellitus tipe II, atau diabetes melitus, umumnya dikenal sebagai non-insulin dependent diabetes mellitus (NIDDM), adalah jenis diabetes melitus yang paling umum, yang terdiri dari sekitar 85% pasien diabetes. Kondisi ini ditandai dengan resistensi insulin dengan defisiensi insulin relatif. Diabetes mellitus jenis ini lebih sering terjadi pada orang yang berusia di atas 40 tahun, tetapi juga dapat terjadi pada dewasa muda dan anak-anak.

3. Diabetes melitus terdiagnosis pada trimester kedua atau ketiga kehamilan dan tidak ada riwayat diabetes sebelum hamil (ADA, 2020).

4. Bentuk diabetes lainnya

Contoh diabetes bentuk lain (ADA, 2020):

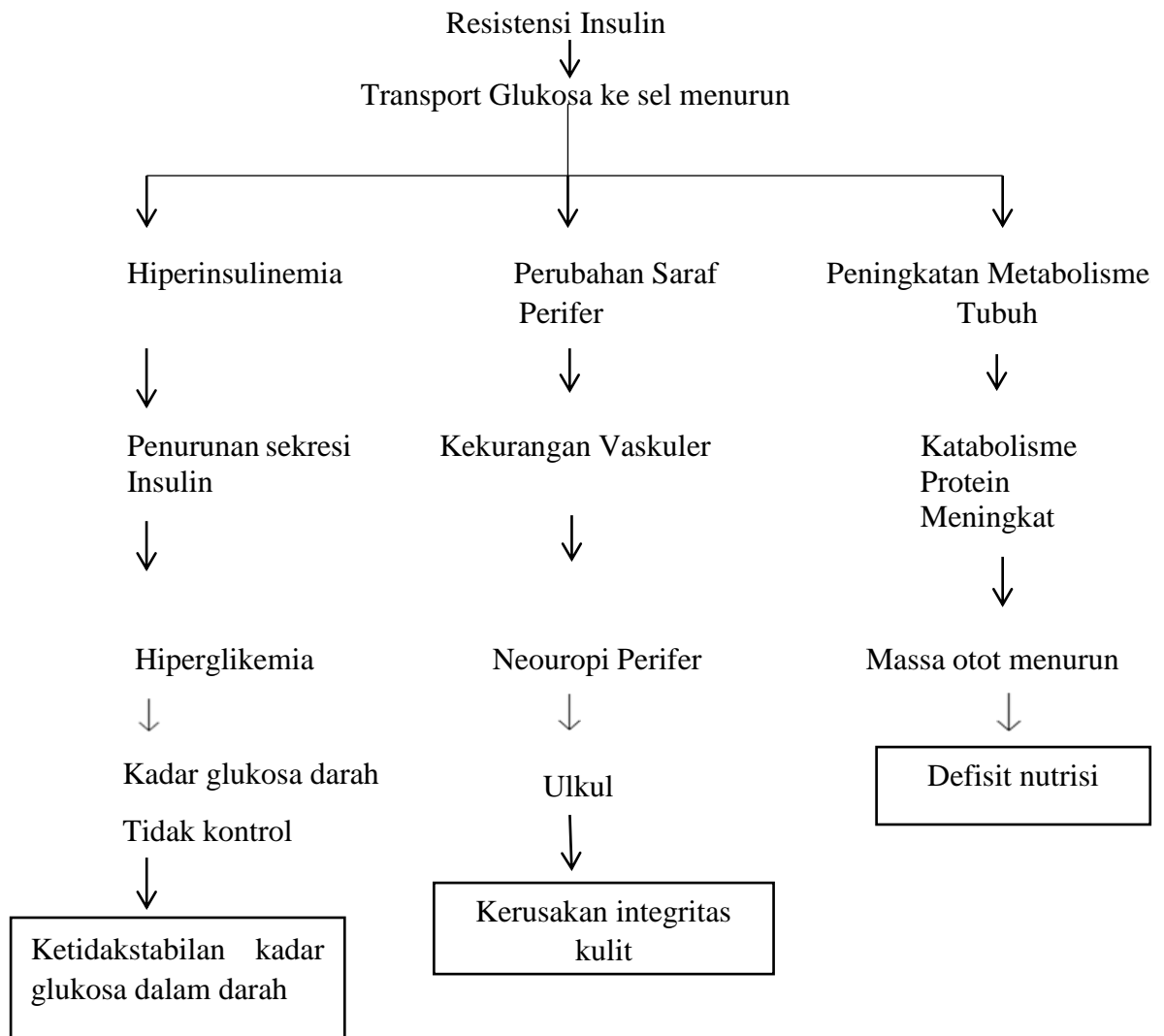
- a. Sindrom mononukleosis diabetik (diabetes bayi)
- b. Penyakit pankreas
- c. Diabetes mellitus kimiawi (penggunaan glukokortikoid dalam pengobatan HIV/AIDS atau setelah transplantasi organ)

2.1.3 Pathofisiologi

Resistensi insulin dan gangguan fungsi sel beta pankreas merupakan dua penyebab patofisiologi utama diabetes melitus tipe II secara genetik. Bagi orang yang kelebihan berat badan atau obesitas, resistensi insulin sering terjadi. Karena insulin tidak dapat bekerja maksimal pada sel otot, lemak, dan hati sehingga menyebabkan pankreas memproduksi insulin lebih banyak. Ketika sel beta pankreas tidak dapat memproduksi cukup insulin, resistensi insulin meningkat sehingga menyebabkan gula darah meningkat. meningkatkan gula darah.

Pada diabetes tipe II, di satu sisi merusak sel beta, dan di sisi lain memperburuk resistensi insulin, membuat diabetes tipe II lebih progresif. (Dekroli, 2019).

2.1.4 Pathway



2.1.5 Manifestasi klinis

Perkeni (2021) membagi proses diagnosis diabetes menjadi dua bagian utama berdasarkan ada tidaknya gejala khas diabetes.

1. Gejala khas diabetes meliputi triad diabetes, yaitu:
 - a. Poliuria (sering buang air kecil), pengeluaran urin yang meningkat bila kadar glukosa meningkat melebihi ambang ginjal untuk penyerapan glukosa, terjadi glukosuria. Ini menyebabkan diuresis osmotik, manifestasi klinisnya adalah polyuria.
 - b. Polidipsia (sering haus), rasa haus yang berlebihan akibat gula darah yang tinggi menyebabkan sel-sel dalam tubuh mengalami dehidrasi parah. Ini karena glukosa tidak dapat dengan mudah melewati pori-pori membran sel. Kelelahan dan kelemahan otot diakibatkan oleh katabolisme protein di otot dan sebagian besar ketidakmampuan sel menggunakan glukosa untuk energi. Aliran darah yang buruk juga berkontribusi terhadap kelelahan pada penderita diabetes kronis.
 - c. Polifagia (banyak makan), peningkatan rasa lapar karena penurunan aktivitas kenyang di hipotalamus. Karena metabolisme karbohidrat, glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel sehingga menyebabkan sel kelaparan. Gejala khas diabetes lainnya adalah penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan.
2. Gejala yang tidak khas dari diabetes antara lain lemas, kesemutan, luka yang tidak kunjung sembuh, gatal, penglihatan kabur, disfungsi ereksi (pria) dan gatal (wanita). Poliuria, polidipsia, penurunan berat badan, pesta makan, dan penglihatan kabur Gangguan pertumbuhan dan kerentanan terhadap berbagai

infeksi juga dapat dikaitkan dengan hiperglikemia kronis.

2.1.6 Komplikasi

Tergantung pada komplikasi diabetes, gangguan pembuluh darah dapat berupa pembuluh besar dan kecil, serta gangguan sistem saraf atau neuropati. Gangguan ini dapat terjadi pada pasien dengan diabetes tipe II yang sudah berlangsung lama atau pada pasien dengan diabetes tipe II yang baru didiagnosis. Komplikasi makrovaskular biasanya mengenai jantung, otak, dan pembuluh darah, sedangkan komplikasi mikrovaskular dapat terjadi pada mata dan ginjal. Keluhan neuropati baik neuropati motorik, sensorik, maupun otonom sering terjadi pada pasien diabetes (Perkeni, 2021).

2.1.7 Pemeriksaan diagnostic

Pemeriksaan diagnostik diabetes mellitus dibagi menjadi.

1. Kadar glukosa.
 - a. Gula darah sewaktu/random $>200\text{mg/dl}$
 - b. Gula darah puasa/nucher $>140\text{ mg/dl}$
 - c. Gula darah 2 jam pp (post prandial) $>200\text{mg/dl}$
2. Aseton plasma: hasil (+) mencolok
3. Aseton lemak bebas: peningkatan lipid dan kolestrol
4. Osmolaritas serum ($>330\text{ osm/l}$)
5. Urinalisis: proteuria, ketonuria, glukosoria

Apabila terdapat gejala diabetes mellitus salah satu dari gula darah (puasa $>140\text{mg/dl}$, 2 jam pp $>200\text{mg/dl}$, random $>200\text{mg/dl}$). Tidak terdapat gejala diabetes mellitus tetapi terdapat 2 hasil dari gula darah (puasa $>140\text{mg/dl}$, 2 jam pp $>200\text{mg/dl}$, random $>200\text{mg/dl}$).

2.1.8 Penatalaksanaan

Langkah pertama untuk mengelola diabetes adalah manajemen tanpa obat, dalam bentuk perencanaan makanan dan aktivitas fisik. Jika tujuan pengendalian diabetes yang diuraikan dalam langkah-langkah ini tidak tercapai, lanjutkan dengan pengobatan/terapi farmakologis. Penatalaksanaan diabetes mellitus meliputi empat pilar utama, antara lain edukasi, terapi nutrisi medis, olahraga, dan farmakoterapi (PERKENI, 2021). Pada dasarnya penatalaksanaan ini dilakukan dengan dua pendekatan yaitu pengobatan nonfarmakologi dan terapi obat.

1. Program edukasi

Promosi kesehatan harus selalu ditawarkan sebagai bagian dari upaya pencegahan dan sebagai bagian penting dari penatalaksanaan diabetes mellitus secara komprehensif. Diabetes mellitus tipe II biasanya terjadi ketika gaya hidup dan pola perilaku sudah mapan. Pemberdayaan penderita diabetes membutuhkan partisipasi aktif dari pasien, keluarga dan masyarakat. Tim kesehatan bekerja dengan pasien untuk mengubah perilaku. Pendidikan diperlukan untuk keberhasilan perubahan perilaku (PERKENI, 2021).

2. Perencanaan makan

Fokus dalam perencanaan makan pada pasien diabetes adalah pengendalian glukosa, lipid, dan hipertensi. Pada pasien obesitas, penurunan berat badan dan diet rendah kalori meningkatkan kadar glukosa darah jangka pendek dan berpotensi meningkatkan kontrol metabolik jangka panjang. Penurunan berat badan ringan atau sedang (5-10 kg) dapat meningkatkan kontrol diabetes bahkan ketika berat badan ideal tidak tercapai. Penurunan berat badan dapat dicapai dengan mengurangi asupan energi secara moderat dan meningkatkan

pengeluaran energi. Standar yang dianjurkan adalah makanan dengan komposisi gizi yang seimbang antara karbohidrat, protein dan lemak, sesuai dengan tingkat gizi yang baik: karbohidrat (45%-65%), protein (10%) dan lemak (20-25%). Jumlah kalori disesuaikan dengan jenis kelamin, usia, aktivitas, berat badan, dan stres metabolik (PERKENI, 2021).

3. Latihan fisik

Latihan Olahraga teratur 3-5 kali/minggu, sekitar 30-45 menit, total 150 menit/minggu, antar latihan hingga 2 hari berturut-turut. Selain menjaga kebugaran, olahraga juga dapat membantu penurunan berat badan dan meningkatkan sensitivitas insulin, yang pada akhirnya meningkatkan kontrol gula darah. Latihan didorong dalam bentuk latihan aktivitas aerobik, seperti: berjalan, bersepeda, berlari, dan berenang. Olahraga harus disesuaikan dengan usia dan kebugaran (PERKENI, 2021).

4. Penatalaksanaan farmakologis

Menurut PERKENI (2021), alat penatalaksanaan farmakologis untuk diabetes adalah sebagai berikut:

a. Obat hipoglikemik oral

Menurut mekanisme kerjanya, obat hipoglikemik oral dibagi menjadi 5 kelompok: obat. peningkatan sekresi insulin, khususnya sulfonilurea dan glinida, peningkat sensitivitas insulin, yaitu metformin dan *Thiazolidinediones*, penghambat alfa-glukonsidase (metformin), penghambat dipeptidil peptidase-4 dan penghambat kotransporter natrium glukosa 2.

b. Obat Hipoglikemik Suntik

1) Insulin

Secara total, sekitar 20-25% pasien diabetes tipe II kemudian membutuhkan insulin untuk mengontrol kadar gula darah yang tidak stabil. Pada pasien yang tidak dapat mengontrol gula darah yang tidak stabil dengan kombinasi sulfonilurea dan metformin, langkah selanjutnya adalah insulin. Insulin dibagi menjadi empat jenis sesuai dengan durasi tindakan: insulin kerja cepat, insulin kerja pendek, insulin kerja menengah, dan insulin kerja panjang.

2) GLP-1RA

Ini disuntikkan di bawah kulit untuk menurunkan gula darah dengan meningkatkan jumlah GLP-1 dalam darah. Berdasarkan cara kerjanya, golongan obat ini dibagi menjadi dua kategori: short-acting dan long-acting.

2.2 Konsep dasar Pemenuhan Nutrisi

Penyakit diabetes mellitus banyak dikenal orang sebagai penyakit yang erat kaitannya dengan asupan makanan. Asupan makanan seperti karbohidrat/gula, protein, lemak, dan energi yang berlebihan dapat menjadi faktor resiko awal kejadian diabetes mellitus. Semakin berlebihan asupan makanan maka semakin besar pula kemungkinan akan menyebabkan diabetes mellitus (Putu Eka & Mochamad, 2021).

2.2.1 Keseimbangan energy

1. Pemasukkan energy

Pemasukkan energi merupakan energi yang dihasilkan selama oksidasi

makanan. Makanan merupakan sumber energi utama manusia. Dari makanan yang dimakan kemudian di pecahkan secara kimiawi menjadi Satu kilo kalori juga disebut satu kalori besar atau kkal, satu kkal = 1 K atau sama dengan 1.000 kalori.

2. Pengeluaran energi

Pengeluaran energi adalah energi yang digunakan oleh tubuh untuk mendukung jaringan dan fungsi-fungsi organ tubuh. Cadangan energi tubuh terbentuk senyawa fosfat seperti Adenosine Triphosfat (ATP).

3. *Basal metabolisme rate* (BMR)

Basal metabolism rate (BMR) adalah energy yang digunakan tubuh pada saat istirahat yaitu untuk kegiatan fungsi tubuh seperti pergerakan jantung, pernapasan, peristaltik usus dan kegiatan kelenjar-kelenjar tubuh. Kebutuhan kalori basal dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, tinggi dan berat badan, kelainan endokrin, suhu lingkungan, keadaan sakit, keadaan hamil dan keadaan stress dan ketegangan (Trombokon, M., et al,2020).

2.2.2 Macam-macam nutrisi

1. Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber utama makanan dalam diet. Tiap gram karbohidrat memproduksi 4 kkal dan berfungsi sebagai bahan bakar utama (glukosa) untuk otak, otot rangka selama latihan, produksi eritrosit dan leukosit serta fungsi sel pada medulla ginjal. Monosakarida seperti glukosa (dekstrosa) atau fruktosa tidak dapat dihancurkan ke unit karbohidrat yang lebih kecil.

2. Protein

Protein merupakan sumber energi (4 kkal/g) dan berfungsi sebagai sintesis (pembangunan) jaringan tubuh dalam pertumbuhan, pertahanan dan perbaikan. Kolagen, hormon, enzim, sel imun, Deoxyribo Nucleic Acid (DNA) dan Ribonukleat Acid (RNA) semua tersusun dari protein.

3. Lemak

Lemak (lipid) adalah zat gizi yang paling tinggi kalori, memberikan lemak 9 kkal/gram, lemak tersusun atas trigliserida dan asam lemak. Trigliserida dan bersirkulasi dalam darah dan terbuat dari tiga asam lemak yang berikatan dengan gliserol

4. Air

Air adalah komponen tubuh yang paling penting karena fungsi sel bergantung pada lingkungan air. Air membentuk 70-80 % dari berat tubuh total, presentase air jauh lebih besar untuk orang kurus daripada orang yang obesitas karena otot terdiri atas lebih banyak air daripada jaringan yang lain, kecuali darah bayi memiliki presentase paling banyak air dan lansia memiliki presentase air paling sedikit.

5. Vitamin

Vitamin adalah substansi organik yang jumlahnya sedikit dalam makanan yang penting untuk metabolisme normal. Vitamin adalah zat kimia yang dibutuhkan sebagai katalis dalam reaksi biokimia, saat kebutuhan akan vitamin tertentu cukup untuk memenuhi kebutuhan katalis, persediaan vitamin katalis yang lain bertindak sebagai zat kimia bebas dan sering menjadi zat toksik bagi tubuh

6. Mineral

Mineral adalah elemen anorganik yang penting untuk tubuh sebagai katalis dalam reaksi biokimiawi. Mineral diklasifikasikan sebagai makromineral saat kebutuhan hariannya 100 mg atau lebih dan sebagai mikromineral atau elemen mikro saat kebutuhan hariannya kurang dari 100 mg.

2.2.3 Gangguan nutrisi pada diabetes mellitus

Diabetes melitus merupakan gangguan kebutuhan nutrisi yang ditandai dengan adanya gangguan metabolisme karbohidrat akibat kekurangan insulin atau penggunaan karbohidrat secara berlebihan. Defisit nutrisi pada diabetes melitus menjadi hal yang penting diperhatikan disebabkan karena ketidakmampuan pasien penderita diabetes melitus dalam mendapat dan mengolah makanan, kurang pengetahuan mengenai gizi esensial dan diet seimbang, tidak nyaman selama atau setelah makan, disfagia, anoreksia (kehilangan nafsu makan), mual atau muntah, dan sebagainya. Pencernaan dan penyerapan zat gizi yang tidak sesuai disebabkan karena produksi hormon yang tidak memadai.

2.2.4 Pengetahuan pada diabetes mellitus

Terapi nutrisi merupakan aspek penting dari penatalaksanaan diabetes mellitus secara menyeluruh, yang membutuhkan keterlibatan multidisiplin oleh petugas kesehatan, pasien, serta keluarga pasien. Prinsip pengaturan diet pada penyandang diabetes mellitus adalah menu seimbang sesuai kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing pasien, serta perlu ditekankan pentingnya keteraturan jadwal, jenis dan jumlah makanan. Kebutuhan kalori dilakukan dengan memperhitungkan kalori basal, kebutuhan kalori ini besarnya 25 (perempuan) -30 kalori (lakilaki)/kg BB ideal, ditambah atau dikurangi tergantung dari beberapa

faktor seperti jenis kelamin, umur, aktivitas, berat badan, dll. Perhitungan berat badan ideal (BBI) dilakukan dengan rumus borca yang dimodifikasi yaitu:

Komposisi makanan yang dianjurkan terdiri dari :

2.2.5 Hambatan dalam pemenuhan nutrisi pada diabetes mellitus

1. Perasaan takut mengkonsumsi gula Banyak penderita diabetes mellitus dan keluarga mengira bahwa sumber kenaikan kadar gula karena pengaruh konsumsi yang manismanis, padahal di laporkan bahwa sebanyak 90% penderita diabetes mellitus dipengaruhi oleh pola hidup yang tidak sehat terutama karena mengkonsumsi karbohidrat berlebih. *Carbohydrate counting* merupakan suatu cara perencanaan makan penderita diabetes melitus dengan terapi insulin agar memperoleh jumlah asupan makanan optimal sesuai kebutuhan. Ketika seseorang terdiagnosis diabetes mellitus maka ia harus membuat perencanaan pola makan untuk menjaga kadar gula dalam darahnya. Manusia mengembangkan pengetahuannya untuk mengatasi kebutuhan kelangsungan hidupnya.
2. Diet yang sudah ditentukan tidak sesuai selera dan bosan dengan menu diet diabetes mellitus diet yang bersifat membatasi akan merubah gaya hidup dan dirasakan pasien sebagai gangguan serta tidak disukai bagi banyak penderita diabetes mellitus karena makanan dan minuman merupakan aspek penting dalam sosialisasi, klien sering merasa disingkirkan ketika berada bersama orang lain hanya karena ada beberapa pilihan makanan saja yang tersedia dan tidak sesuai selera sehingga hal ini dirasakan membosankan.

2.3 Konsep Resiko Ketidakstabilan Glukosa Darah

2.3.1 Definisi

Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah merupakan resiko rentang terhadap varian gula/glukosa darah dari rentang normal. Diagnosis ini muncul karena berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang manajemen diabetes (misalnya, rencana tindakan), tingkat perkembangan, asupan diet, pemantauan glukosa darah tidak tepat, kurang penerimaan terhadap diagnosis, kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes (misalnya mematuhi rencana tindakan), manajemen medikasi, status kesehatan, tingkat aktivitas fisik, status kesehatan fisik, kehamilan, periode pertumbuhan cepat, stress, penambahan berat badan, dan penurunan berat badan (Nurmawati, 2019).

2.3.2 Faktor resiko

1. Manajemen medikasi tidak terkontrol.
2. Ketidaktepatan informasi tentang glukosa darah
3. Asupan diet yang kurang
4. Rata-rata aktivitas harian kurang dari yang dianjurkan menurut gender dan usia.
5. Kurangnya pengetahuan tentang manajemen penyakit (Decrolo, 2019).

2.3.3 Kondisi klinis terkait

1. Diabetes Mellitus.
2. Diabetes gestasional
3. Ketoasidosis diabetik
4. Hipoglikemia
5. Penggunaan kortikosteroid (Nurmawati, 2019).

2.4 Konsep Kerusakan Integritas Kulit

2.4.1 Definisi kerusakan integritas kulit

Kerusakan integritas jaringan kulit adalah keadaan dimana seseorang individu mengalami atau beresiko terhadap kerusakan jaringan epidermis dan dermis atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan ligamen) (Suryati, Primal,& Pordiati, 2019).

2.4.2 Anatomi fisiologi kulit

Kulit menutupi dan melindungi permukaan tubuh dan bersambung dengan selaput lendir yang melapisi rongga-rongga dan lubang-lubang masuk. Kulit mempunyai banyak fungsi di dalamnya terdapat ujung saraf peraba, membantu mengatur suhu tubuh dan mengendalikan hilangnya air dari tubuh. Kulit dibagi menjadi dua lapisan yaitu Epidermis dan Dermis.

1. Epidermis tersusun atas epitelium berlapis dan terdiri atas sejumlah lapisan sel yang tersusun atas dua lapisan tampak yaitu selapis lapisan tanduk dan selapis zona germinalis.
 - a. Lapisan tanduk terletak paling luar dan tersusun atas tiga lapisan sel yang membentuk epidermis yaitu:
 - 1) Stratum Korneum: Selnya tipis, datar, seperti sisik dan terus menerus dilepaskan.
 - 2) Stratum Lusidum: Selnya mempunyai batas tegas tetapi tidak ada intinya.
 - 3) Stratum Granulosum: Selapis sel yang jelas tampak berisi inti dan juga granulosum.
 - 4) Zona Germinalis terletak dibawa lapisan tanduk dan terdiri atas dua

lapis sel epitel yang berbentuk tegas yaitu:

- a) Sel berduri: Sel dengan fibril halus yang menyambung sel satu dengan yang lainnya.
- b) Sel basal: Sel ini terus memproduksi sel epidermis baru.

2. Dermis adalah lapisan kulit yang tersusun atas jaringan fibrus dan jaringan ikat yang elastik. Lapisan kulit yang lebih tebal berisi ikatan kolagen dan serat elastis menyokong epidermis. Ujung akhir saraf sensoris, yaitu puting peraba, terletak di dalam dermis. Pelengkap Kulit: rambut, kuku, dan kelenjar sebaceous

Fungsi Kulit:

- a. Perlindungan Lapisan epidermis atau lapisan terkematu merupakan lapisan perlindungan daripada kemasukan bakteria, ini merupakan perlindungan tahap pertama. Lapisan berkematu yang senantiasa gugur, menyebabkan bakteria sukar membiak dan bertapak tetap pada kulit.
- b. Kulit sebagai organ pengatur panas kulit adalah organ utama yang berurusan dengan pelepasan panas dari tubuh, dengan cara:
 - Penguapan : jumlah keringat yang dibuat tergantung dari banyaknya darah yang mengalir melalui pembuluh dalam kulit.
 - Pemancaran : panas dilepas pada udara sekitar. Konduksi : panas dialihkan ke benda yang disentuh.
 - Konveksi : udara yang telah menyentuh permukaan tubuh diganti dengan udara yang lebih dingin.
- c. Tempat penyimpanan air, jaringan adipose di bawah kulit merupakan tempat penyimpanan lemak yang utama pada tubuh.

3. Sintesis vitamin D. Apabila lapisan kulit ini terdedah kepada sinaran ultraungu, sinaran ultraungu ini akan diserap oleh kulit dan bertindak ke atas prekursor, seterusnya menukarkannya kepada vitamin D (Gunawan, Yuswar, & Robiyanto, 2018).

2.4.3 Tanda dan gejala kerosakan integritas kulit

Menurut (SDKI, 2019) tanda dan gejala untuk diagnosa kerosakan integritas kulit adalah:

1. Tanda dan gejala mayor:

Subyektif : negatif (-)

Objektif : kerosakan jaringan dan/atau lapisan kulit.

2. tanda dan gejala minor:

Subjektif : negative (-)

Objektif : nyeri, pendarahan, kemerahan, hematoma

2.4.4 Penyebab kerosakan integritas kulit

Menurut (Monica 2018) penyebab kerosakan integritas kulit adalah:

1. Perubahan sirkulasi
2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
3. Kekurangan atau kelebihan volume cairan
4. Penurunan mobilitas
5. Bahan kimia iritatif
6. Suhu lingkungan yang ekstrim
7. Faktor mekanis (misalnya penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elekris (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi).
8. Efek samping terapi radiasi

9. Kelembapan
 10. Proses penuaan
 11. Neuropati perifer
 12. Perubahan pigmentasi
 13. Perubahan hormonal
- 2.4.5 Proses terjadinya luka

1. Proses terjadinya luka

Pada awalnya luka gangren tidak dapat timbul sendiri tanpa adanya suatu penyakit yang mendasarinya. Luka gangren timbul diakibatkan karena suatu penyakit diabetes mellitus, sering dikenal sebagai penyakit “kencing manis”. Diabetes mellitus jika tidak ditangani dengan baik akan mengakibatkan timbulnya komplikasi, yang meliputi: kelainan vaskuler, retinopati, nefropati diabetes, neuropati diabetes dan ulkus kaki diabetes. Gangren yang timbul pada penderita diabetes mellitus ini disebabkan karena diabetes yang jangka panjang yang tidak terobati. Hal ini merupakan penyebab dasar terjadinya gangren. Salah satu komplikasi yang sangat ditakuti penderita diabetes adalah gangren atau kaki diabetik. Komplikasi ini terjadi karena terjadinya kerusakan saraf, sehingga pasien tidak dapat membedakan suhu panas dan dingin, rasa sakit pun berkurang.

Gangren diabetik ini dapat terjadi pada setiap bagian tubuh yang terendah diujung terutama pada ekstremitas bawah, diantaranya di karenakan 3 sebab yang mendasarinya. Yang pertama, berkurangnya sensasi rasa nyeri neuropat membuat pasien tidak menyadari bahkan sering mengabaikan luka yang terjadi karena tidak dirasakannya. Luka timbul spontan sering disebabkan

karena trauma misalnya kemasukan pasir, tertusuk duri, lecet akibat pemakaian sepatu/sandal yang sempit dan bahan yang keras. Mulanya hanya kecil, kemudian meluas dalam waktu yang tidak begitu lama. Luka akan menjadi borok dan menimbulkan bau yang disebut gas gangren. Jika tidak dilakukan perawatan akan sampai ke tulang yang mengakibatkan infeksi tulang (osteomyelitis). Upaya yang dilakukan untuk mencegah perluasan infeksi terpaksa harus dilakukan amputasi pemotongan tulang (Susanti,2019).

2.4.6 Proses perawatan luka

1. Persiapan alat

a. Persiapan Alat Steril

Sarung tangan, pincet anatomis, pincet chirurgie, gunting lurus/bengkok, kasa steril sesuai kebutuhan, kasa penekan/depres, mangkok kecil, antiseptic bila diperlukan.

b. Persiapan alat non steril

Gunting veband, plaster/hipefik, bengkok, tempat sampah medis, yod bensin, larutan NaCl 0,9%, semua alat tersedia dalam naki atau kereta.

c. Persiapan pasien

- 1) Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan
- 2) Meminta persetujuan pasien
- 3) Mengatur posisi pasien sesuai dengan kebutuhan

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus

2.5.1 Pengkajian

Menurut Potter dan Perry (2021), pengkajian keperawatan adalah ide dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data

tentang klien agar masalah dapat diidentifikasi dan diidentifikasi serta dikenali. Ketahui kebutuhan kesehatan dan perawatan Anda. pelanggan. Baik secara fisik, mental, sosial dan lingkungan.

1. Identitas Pasien

Identitas pasien meliputi: Nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bangsa/suku, pekerjaan, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit, nama penanggung jawab, keluarga yang dapat dihubungi, pekerjaan penanggung jawab, no registrasi rekam medis.

2. Keluhan utama

Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan utama meliputi Keluhan yang sering ditemukan adalah keluhan penurunan berat badan, kelelahan, keterbatasan gerak yang menyebabkan keterbatasan mobilitas fisik, gula darah yang tidak stabil.

3. Riwayat kesehatana

a. Riwayat kesehatan sekarang

Kaji apakah keluhan utama pasien, kaji keadaan umum pasien, kaji kesadaran, mengukur tekanan darah, frekuensi nadi, GCS, frekuensi napas, dan temperatur kulit pasien.

b. Riwayat kesehatan dahulu

Kaji apakah klien pernah mengalami penyakit sebelumnya, apakah klien perokok aktif atau perokok pasif, kaji apakah klien pernah mengonsumsi obat dan kaji riwayat alergi pasien.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Kaji apakah ada anggota keluarga klien yang memiliki penyakit yang sama

atau apakah ada penyakit keturunan dalam silsilah keluarga.

4. Riwayat pola kebiasaan sehari-hari

a. Kebutuhan nutrisi dan cairan

Klien dengan diabetes mengalami perubahan pada pola nutrisi dan cairan. Dengan begitu perlu dikaji pola makan dan komposisi, berapa banyak dalam porsi, jenis minum dan berapa banyak jumlahnya.

b. Kebutuhan eliminasi

Kaji dari konsistensi, banyaknya, warna dan baunya feses dan urin, serta apakah ada gangguan eliminasi atau tidak.

c. Kebutuhan tidur dan istirahat

Pola tidur dan istirahat akan sedikit menurun, klien akan gelisah /sulit tidur.

d. Kebutuhan aktivitas

Kaji dalam aktivitas klien jelas akan terganggu karena keterbatasan aktivitas, seperti ; letih, lemah, sulit bergerak /berjalan, kram otot, tonus otot menurun.

e. Kebutuhan rasa nyaman

Dalam rasa nyaman klien biasanya akan mengalami gelisah.

f. Kebutuhan personal hygiene Personal hygiene tidak dapat terpenuhi karena keterbatasan dalam melakukan aktivitas.

g. Sirkulasi

Adanya riwayat hipertensi, kebas, kesemutan pada ekstremitas, ulkus pada kaki yang penyembuhannya lama, perubahan tekanan darah

5. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Kaji perubahan kesadaran.

b. Indeks masa tubuh (IMT)

Indeks massa tubuh dihitung sebagai berat badan dalam kilo gram (kg) dibagi tinggi badan dalam meter dikuadratkan (m^2) dan tidak terkait dengan jenis kelamin. Penggunaan IMT hanya berlaku untuk orang dewasa yang berusia 18 tahun ke atas. IMT tidak diterapkan pada bayi, anak, remaja, ibu hamil dan olahragawan, serta tidak dapat diterapkan dalam keadaan khusus (penyakit lainnya), seperti edema, asites, dan hematomegali.

Rumus menentukan IMT:

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (cm)}^2}$$

Indeks masaa tubuh banyak digunakan di rumah sakit untuk mengukur status gizi pasien karena IMT dapat memperkirakan ukuran tubuh yang sekalipun hanya ekstinasi, tetapi lebih akurat dari pada pengukuran berat badan saja. Di samping itu, pengukuran IMT lebih banyak dilakukan saat ini karena orang kelebihan berat badan atau yang gemuk lebih beresiko untuk penderita penyakit diabetes, penyakit jantung, stroke, hipertensi, osteoarthritis, dan beberapa bentuk penyakit kanker. Klasifikasi IMT, maka pembagian IMT dapat dibagi sebagai berikut:

1. Kategori Indeks	2. IMT (kg/cm)
Berat badan kurang (underweight)	<18,5
Berat badan normal	18,5–22,9
Berat berlebih (overweight)	≥ 23,0
Obes derajat I	23,0 -24,9
Obes derajat II	>30

c. Tanda-tanda vital

Frekuensi nadi dan tekanan darah : takhipnea (pada kondisi ketoasidosis). Demam (pada penderita dengan komplikasi infeksi pada luka atau jaringan lain., hipotermi pada penderita yang mengalami infeksi atau penurunan metabolik akibat menurunnya input nutrisi secara drastic.

d. Pemeriksaan fisik (head to toe)

Pemeriksaan kesehatan diabetes meliputi meliputi :

1) Kepala

Pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemato atau riwayat operasi.

2) Mata

Pada klien diabetes melitus biasanya di temukan gangguan penglihatan atau mata kabur, hal ini menunjukkan terjadinya komplikasi aterosklerosis.

3) Hidung Biasanya pada klien diabetes mellitus pada hidungnya tidak mengalami masalah.

4) Mulut

Pada klien diabetes melitus umumnya, saat di lakukan pemeriksaan

inspeksi di dapatkan mulut kering (dehidrasi akibat diuresis osmosis) dan pucat (apabila mengalami asidosis atau penurunan perfusi jaringan pada stadium).

5) Leher

Inspeksi : Adanya tampak bendungan vena jugularis

Palpasi : Adanya pembesaran limfe leher dapat muncul apabila infeksi sistemik.

6) Thorax

Inspeksi : Bentuk dada pectus carinum simetris kanan kiri, tidak ada dyspnea, tidak ada retraksi otot dada.

Palpasi : Ekspansi dada simetri.

Perkusi : Interkosta kanan 1-5 resonan, interkosta 6 redup. Sebelahkiri interkosta 1-4 resonan, interkosta 5 dan 6 redup.

Auskultasi: suara nafas vesicular. Auskultasi jantung S1 dan S2 tunggal reguler, tidak ada mur-mur, dan tidak ada bruit.

7) Abdomen

Inspeksi : Tidak ada joundis, warna kulit sama dengan warna sekitar, perut tidak membesar, vena tidak membesar.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Pada kuadran kanan atas terdengar timpani. Pada kuadran kiri atas terdengar redup, kuadran kiri bawah dan kanan bawah juga terdengar timpani.

Auskultasi : Peristaltik usus terdengar 5-15x/menit.

8) Eksremitas

Pada klien diabetes melitus umumnya ditemukan rasa kesemutan, penurunan kekuatan otot sampai kelumpuhan. Pada saat dilakukan pemeriksaan inspeksi umum ada luka atau warna kehitaman bekas luka, kelembaban di daerah sekitar ulkus, kemerahan kulit pada sekitar luka.

Pada pemeriksaan palpasi biasanya turgor menurun

2.5.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa Keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual atau resiko mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, mencegah atau menghalangkan masalah kesehatan klien yang ada pada tanggung jawabnya.

1. Resiko Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.
2. Gangguan kerusakan integritas kulit jaringan.
3. Potensial Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi (keinginan untuk makan)

2.5.3 Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah sebuah proses penyusunan terapi yang digunakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, pemulihan serta mengurangi masalah-masalah kesehatan Pasien individu, keluarga dan komunitas (Tim pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnose Keperawatan	SLKI	SIKI
Defisit nutrisi berhubungan dengan factor psikologi (keinginan untuk makan)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam, diharapkan klien mampu: Status nutrisi . Ekspektasi: membaik 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik Membaik	Manajemen nutrisi Obserpasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makananyang disukai 4. Identifikasi kebutuhankaloridan jenis nutriennasogastric 5. Monitor asupan makan 6. Monitor berat badan 7. Monitor hasilpemeriksaan laboratorium Terapiotik 1. Lakukan oral hygenesebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi penentuanpedoman diet Edukasi 1. anjurkan posisi duduk,jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan 18.
Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin	Asuhan keperawatan Selama 3 x 24 jam, diharapkan klien mampu: Kestabilan kadar glukosa darah Ekspektasi: 1. Menurun 2. Cukup menurun sedang 3. Cukup meningkat 4. Meningkatkan	Manajemen hiperglikekia Observasi : 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis, penyakit kambuh) 3. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 4. Monitor tanda dan gejala hiperglimia (mis, polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, pandangan kabur, sakit kepala 5. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 1. Berikan asupan cairan oral Edukasi 1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/Dl 2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri

		<p>3. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian insulin jika perlu</p>
<p>Gangguan kerusakan integritas kulit jaringan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka Integritas kulit dan jaringan pada klien dapat membaik dengan kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perfusi jaringan menurun 2. Kerusakan jaringan menurun 3. Kerusakan lapisan kulit menurun 4. Hematoma menurun 5. Tekstur membaik 	<p>Perawatan Integritas kulit</p> <p>Obeservasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas). <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubah posisi tiap 2 jam Jika tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, Jika perlu. 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 4. Hindari produk berhadan alcohol pada kulit <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion serum). 2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan tim medis pembersihan luka

2.5.4 Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan di dalam asuhan keperawatan. Tindakan keperawatan terdiri dari tindakan independen (secara mandiri) dan kolaborasi antar tim medis. Dalam tindakan independen, aktivitas perawat didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan berdasarkan dari keputusan pihak lain. Sedangkan tindakan kolaborasi merupakan tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama (Syaridwan,2019).

2.5.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan proses keperawatan mengukur respon Pasien terhadap tindakan keperawatan dan perkembangan kesehatan klien dapat dilihat dari hasil pengkajian Pasien yang tujuannya adalah memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Dalam hal ini evaluasi diklasifikasikan menjadi 2 yaitu:

1. Evaluasi Formatif

Dimana evaluasi ini dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respon segera.

2. Evaluasi Sumatif

Merupakan Rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis situasi Pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan, Disamping itu evaluasi menjadi alat ukur atas tujuan yang mempunyai kriteria tertentu untuk membuktikan yaitu:

- a. Tercapai : Perilaku Pasien sesuai pernyataan tujuan dalam waktu atau tanggal yang ditetapkan ditujuan.
- b. Tercapai sebagian : Pasien menunjukkan perilaku tetapi tidaksebaik yang ditentukan dalam pernyataan tujuan

- c. Belum tercapai : Pasien tidak mampu sama sekali menunjukkan perilaku yang diharapkan sesuai dengan pernyataan tujuan. Dalam hal ini ada beberapa bentuk format dokumentasi yang dapat digunakan perawat untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah Pasien yaitu :

SOAP

Format SOAP umumnya digunakan untuk pengkajian awal Pasien.

S : Subjektif yang berisikan pernyataan atau keluhan dari Pasien berdasarkan keluhan yang hanya dirasakannya.

O : Objektif yang berisikan data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga dengan pengukuran yang valid.

A : Analisis berisikan kesimpulan dari objektif dan subjektif mengenai masalah yang di alami Pasien diabetes mellitus perkembangan kesehatan Pasien meningkat atau tidak.

P : Planning yang berisikan rencana tindakan yang akan dilakukan selanjutnya kepada Pasien diabetes mellitus berdasarkan data darianalisis.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Rencana yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian deskriptif studi kasus. Penelitian studi kasus adalah suatu penelitian yang dilakukan secara intensif terinci dan mendalam terhadap suatu organisasi, lembaga atau gejala tertentu (Farrell, 2018). Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu masalah melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Jenis penelitian studi kasus deskriptif ini dengan menggunakan metode observasi partisipatif. Metode observasi partisipatif yaitu pengalaman terhadap subjek untuk mendapatkan informasi secara mendalam dan penelitian ikut terlibat dalam kegiatan tersebut. Dalam studi kasus ini penelitian menggunakan dua klien yang dikaji sesuai keluhan yang diberi asuhan keperawatan.

Studi kasus ini adalah digunakan untuk mengekspresikan asuhan keperawatan pada Klien yang mengalami Diabetes Mellitus di RSUD Jombang.

3.2 Batas istilah (definisi operasional)

Untuk Menghindari kesalahan dalam memahami isi penelitian, maka penelitian ini memberikan penjelasan sebagai berikut:

1. Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau serangkaian kegiatan praktik keperawatan yang diberikan langsung kepada klien dalam berbagai pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan pada aturan keterlibatan profesional dan merupakan inti praktik keperawatan (Dito Anugroho, 2018).

2. Penderita diabetes mellitus dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai seseorang dengan kondisi terjadinya kenaikan gula darah diatas 200 mg/dl yang sudah didiagnosis oleh dokter (Safitri & putriningrum, 2019).
3. Kadar glukosa darah studi kasus ini didefinisikan sebagai hasil pemeriksaan glukosa darah sewaktu (GDS), glukosa darah puasa (GDP), dan glukosa darah acak (GDA).

3.3 Partisipan

Pada penelitian menggunakan 2 klien yang terdiagnosis diabetes mellitus di ruangan abimanyu RSUD Jombang dengan kriteria sebagai berikut:

1. Klien dengan kesadaran composmentis
2. Klien diabetes melitus yang jenis kelamin laki-laki
3. Klien bersedia menjadi responden dan inform consent
4. Klien diabetes mellitus yang berusia diatas 40 tahun

3.4 Lokasi dan Waktu

1. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di ruangan abimanyu RSUD Jombang

2. Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan bulan Desember sampai bulan juni 2023

3.5 Pengumpulan Data

Tehnik pengumpulan data merupakan bagian terpenting penelitian ini. diperlukan teknik mengumpulkan data dalam penelitian ini dilakukan untuk mengumpulkan informasi yang diperlukan untuk membahas data yang digunakan dalam penelitian. Ada beberapa teknik pengumpulan data, yaitu:

1. Wawancara

Wawancara digunakan sebagai teknik pengumpulan data ketika peneliti melakukan penelitian pendahuluan untuk menemukan topik penelitian, dan menanyakan identitas klien, menanyakan keluhan utama, menanyakan riwayat medis dan keluarga saat ini dan sebelumnya, menanyakan informasi pasien kepada keluarga, observasi/tindak lanjut.

2. Observasi

Observasi adalah kompleks yang mencakup banyak proses biologis dan psikologis yang berbeda. Peneliti mengamati langsung klien dan keluarganya. Untuk memperoleh data, peneliti melakukan observasi terhadap status klinis pasien dan keluarga dengan melakukan pengkajian fisik.

3. Studi dokumentasi

Kumpulkan data dengan memeriksa data terkait masalah dari penyakit diabetes mellitus. Berdasarkan penelitian ini diharapkan diperoleh data-data yang diperlukan. Dengan meninjau dan menganalisis catatan medis seperti hasil pemeriksaan diagnostik, tes laboratorium, dan program terapiobat, peneliti mengumpulkan data yang dapat digunakan sebagai data pendukung untuk memperkuat hasil penelitian dan observasi.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data/informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validasi tinggi. Disamping integritas penelitian (karena penelitian menjadi instrument utama, uji keabsahan data dilakukan dengan:

1. Triangulasi sumber untuk memeriksa reliabilitas data, keragaman sumber dilakukan dengan cara data yang diperoleh dari sumber yang berbeda sebagai interpretasi dan mengkategorikan pendapat dari semua sumber data yang sama, mana pendapat yang berbeda dan mana yang spesifik. Data yang dianalisis oleh peneliti untuk menarik kesimpulan kemudian diminta persetujuan dengan semua sumber data tersebut.
2. Informasi tambahan menggunakan dari tiga sumber data utama yaitu keluarga klien, perawat, dan klien lain yang ada disampingnya (tim pokja,2019).

3.7 Analisis data

Analisa data dilakukan sejak peneliti berada di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul, analisa data dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan data penunjang, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam bentuk pembahasan, tehnik analisa yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Tehnik analisis digunakan dengan cara observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan data penunjang oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data selanjutnya dimana data di interpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut (Dito Anugroho, 2018).

Urutan dalam analisa adalah:

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi, dan studi dokumen (WOD). 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. Reduksi data

Data reduksi data menekankan pada pemokus data yang akan di ambil oleh peneliti. Proses ini berlangsung sejak awal pertanyaan penelitian dibuat sampai data penelitian dikumpulkan.

3. Penyajian data

Penyajian data studi kasus ini disajikan dalam panel analisis data proses keperawatan yang meliputi data fokus, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, praktik keperawatan, dan pengkajian keperawatan. Data tersebut kemudian disesuaikan dengan permasalahan dalam penelitian yaitu diabetes mellitus.

4. Kesimpulan

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

3.8 Etik peneltian

Beberapa prinsip etik yang perlu diperhatikan dalam penelitian antara lain.

1. *Informed consent* (persetujuan menjadi responden), dimana subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian akan dilaksanakan mempunyai hak untuk berpartisipasi atau menolak menjadi

responden. Pada *Informed consent* juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.

2. *Anamimity* (tanpa nama), dimana subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus di rahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama.
3. Confidentiality (rahasia), kerahasiaan dari responden di jamin dengan jalan mengamburkan identitas dari responden (Nurmawati, 2018).

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Penulis mengambil data penelitian di rumah sakit umum daerah jombang di Ruang Abimanyu. Di ruangan Abimanyu sendiri terbagi menjadi empat ruang yaitu: ruang Abimanyu 1 (HCU) ditempati klien dengan diagnosis hipertensi dan cva infark, Abimanyu 2 ditempati klien dengan diagnosis diabetes mellitus, Abimanyu 3 ditempati klien dengan diagnosis ispa, Abimanyu 4 dengan diagnosis hipertensi, cva infark, dan gagal jantung.

4.1.2 Pengkajian

Table 4.1 Identitas Klien

IDENTITAS KLIEN	KLIEN 1	KLIEN 2
Nama	Tn. W	Tn. S
Tempat, tanggal lahir	Jombang, 24-06-1967	Jombang, 10-03-1961
Umur	58 tahun	67 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMA	SD
Pekerjaan	Perangkat desa	Tidak bekerja
Alamat	Pelem, Jombang	Paterongan, Jombang
Jenis kelamin	Laki-laki	Laki-laki
NO. RM	50-05-xx	57-58-xx
Diagnosis	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
TGL MRS	09-06-2023	08-06-2023
TGL pengkajian	10-06-2023	10-06-2023

Sumber : Data Primer 2023

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

RIWAYAT PENYAKIT	KLIEN 1	KLIEN 2
Keluhan Utama	Klien mengatakan badan terasa lemas, mual	Klien mengatakan badan terasa lemas, pusing
Riwayat penyakit sekarang	Klien mengatakan pada 09 juli 2023 datang ke RSUD Jombang diantar keluarganya jam 09.00 wib, masuk IGD dengan keluhan, sering kesemutan, badan lemas, mual dan nafsu makan menurun, klien pernah melakukan amputasi di kaki sebelah kanan pada tahun 2021, TD:140/80 mmHg,, N: 88 x/mnt, RR: 20 x/mnt, S: 36,7° C, pada tanggal 09-06-2023 jam 11.00 wib klien dipindahkan ke ruang Abimanyu untuk mendapatkan perawatan intensif.	Klien mengatakan pada 08 juli 2023 datang ke RSUD Jombang diantar keluarga Jam 13.00 wib, masuk IGD dengan keluhan, sering kesemutang, badan lemas, pusing, nafsu makan menurun, klien pernah melakukan operasi pada tahun 2019. TD:150/80 mmHg, N: 68 x/mnt, RR: 20 x/mnt, S: 36,5° C, pada tanggal 08-06-2023 jam 14.00 wib. Klien dipindahkan ke ruang Abimanyu untuk mendapatkan perawatan intensif
Riwayat penyakit dahulu	Klien mengatakan memiliki riwayat Diabetes mellitus, yang di derita klien mulai ± 2 tahun lalu. klien biasanya akan kontrol kesehatan setiap 1 bulan sekali ke puskesmas	Klien memiliki riwayat diabetes mellitus, yang di derita melai ± 5 tahun lalu. klien biasanya akan kontrol kesehatan setiap 1 bulan sekali ke puskesmas
Riwayat penyakit keluarga	klien mengatakan di keluarga memiliki riwayat diabetes mellitus sejak dulu.	Klien mengatakan di keluarga tidak mempunyai riwayat penyakit seperti yang dialami klien saat ini

Sumber : Data Primer 2023

Tabel 4.3 perubahan pola kesehatan

POLA KESEHATAN	KLIEN 1	KLIEN 2
Pola nutrisi	<p>Di rumah :</p> <p>Klien mengatakan makan akan 3 skali sehari, nasi sayur serta lauk, minum \pm 1500 ml/hari</p> <p>Di Rs :</p> <p>Klien mengatakan makan 3x sehari, $\frac{1}{2}$ porsi dari RS diet DM, minum 1000 ml/hari</p>	<p>Di rumah :</p> <p>Klien mengatakan makan akan 3 skali sehari, nasi sayur serta lauk, minum \pm 17000 ml/hari</p> <p>Di Rs :</p> <p>Klien mengatakan makan 3x sehari, $\frac{1}{2}$ porsi dari RS diet DM, m inum 1200 ml/hari</p>
Pola Istirahat dan tidur	<p>Di rumah :</p> <p>Klien mengatakan tidur malam 6-7 jam/hari, dan tidur siang 1-2 jam/hari</p> <p>Di Rs :</p> <p>Klien mengatakan tidur siang 1-2 jam, dan tidur malam 4-5 jam sering terbangun kerana lampu hidup</p>	<p>Di rumah :</p> <p>Klien mengatakan tidur malam 7-8 jam/hari, dan tidur siang 1-2 jam/hari</p> <p>Di Rs :</p> <p>Klien mengatakan tidur siang 1-2 jam, dan tidur malam 4-5 jam sering terbangun</p>
Pola Eliminasi	<p>Di rumah :</p> <p>Klien mengatakan BAK 5-6 kali sehari, warna urine kuning jernih, bau khas urine, dan tidak ada keluhan saat BAK, klien BAB 1 kali sehari, dengan konsistensi lembek, warna kecolatan, bau khas feses, dan tidak ada keluhan saat BAB</p> <p>Di Rs :</p> <p>Klien mengatakan belum BAB semenjak MSR, BAK 3-4 kali sehari, warna urine kuning jernih, bau khas urine dan tidak ada keluhan saat BAK</p>	<p>Di rumah :</p> <p>Klien mengatakan BAK 6-7 kali sehari, warna urine kuning jernih, bau khas urine, dan tidak ada keluhan saat BAK, klien BAB 1 kali sehari, dengan konsistensi padat, warna kuning kecolatan, bau khas feses, dan tidak ada keluhan saat BAB</p> <p>Di Rs :</p> <p>Klien mengatakan belum BAB semenjak MSR, BAK 4-5 kali sehari, warna urine kuning jernih, bau khas urine dan tidak ada keluhan</p>

	saat BAK	
Pola Aktivitas	<p>Di rumah :</p> <p>Klien mengatakan sebelum sakit setiap hari bekerja, klien melakukan aktivitas secara mandiri setiap hari</p> <p>Di Rs :</p> <p>Klien mengatakan selama di RS hanya bisa berbaring di tempat tidur, aktivitas di bantu keluarga</p>	<p>Di rumah :</p> <p>Klien mengatakan sebelum sakit setiap hari membantu istrinya, klien melakukan aktivitas secara mandiri setiap hari</p> <p>Di Rs :</p> <p>Klien mengatakan selama di RS hanya bisa berbaring dan duduk di tempat tidur, aktivitas di bantu keluarga</p>

Sumber : Data Primer 2023

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

OBSERVASI	KLIEN 1	KLIEN 2
Keadan umum	<p>Penampilan :</p> <p>Keadaan cukup baik, klien tampak hanya berbaring, klien mengeluh nyeri di telapak kaki sebelah kiri, dan badan lemas</p> <p>Kesadaran:</p> <p>Composmentis</p> <p>GCS : 4-5-6</p> <p>GDA : 279</p> <p>BB :68 kg</p> <p>TB : 165 cm</p> <p>IMT :</p> <p>= $68 / (1,65 \times 1,65)$</p> <p>= 25</p> <p>TTV</p> <p>TD : 140/80 mmHg</p> <p>N : 88 x/mnt</p> <p>S : 36,6°C</p> <p>RR : 20 x/mnt</p>	<p>Penampilan :</p> <p>Keadaan cukup baik, klien tampak hanya berbaring di tempat tidur, klien mengeluh nyeri di pangkal paha sebelah kiri</p> <p>Kesadaran:</p> <p>Composmentis</p> <p>GCS : 4-5-6</p> <p>GDA : 250</p> <p>BB : 54 kg</p> <p>TB : 157 cm</p> <p>IMT :</p> <p>= $54 / (1,57 \times 1,57)$</p> <p>= 21,6</p> <p>TTV</p> <p>TD : 160/90 mmHg</p> <p>N : 86 x/mnt</p> <p>S : 39°C</p> <p>RR : 20 x/mnt</p>
Pemeriksaan fisik kepala	<p>Inspeksi :</p> <p>Bentuk kepala normal, rambut tebal hitam, tidak ada benjolan ataupun lesi</p> <p>palpasi :</p> <p>tidak ada nyeri</p>	<p>Inspeksi :</p> <p>Bentuk kepala normal, rambut tipis putih, tidak ada benjolan ataupun lesi</p> <p>Palpasi :</p> <p>tidak ada nyeri</p>

Mata	<p>Inspeksi : Bentuk mata simetris, kelopak mata tidak terdapat edema, alis tipis, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva pucat Palpasi : tidak teraba massa</p>	<p>Inspeksi : Mata simetris, kelopak mata tidak terdapat edema, alis tebal, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva pucat Palpasi : tidak teraba massa</p>
Hidung	<p>Inspeksi : Hidung simetris tidak ada peradangan, dan tidak ada secret Papasi : tidak ada benjolan dan nyeri tekan</p>	<p>Inspeksi : Hidung simetris tidak peradangan, dan tidak ada secret Palpasi : tidak ada benjolan dan nyeri tekan</p>
Mulut dan tenggorokan	<p>Inspeksi : Mukosa bibir kering, gigi tampak kekuningan, tidak terdapat karies Palpasi : tidak ada massa dan nyeri tekan</p>	<p>Inspeksi : Mukosa bibir lembab, gigi tampak kekuningan, tidak ada kesulitan menelan Palpasi : tidak ada massa dan nyeri tekan</p>
Leher	<p>Inspeksi : Tidak ada benjolan atau massa dan tidak ada lesi Palpasi : Tidak teraba adanya pembesaran tiroid</p>	<p>Inspeksi : Tidak ada benjolan atau massa da tidak ada lesi Palpasi : tidak teraba adanya pembesaran tiroid</p>
Thorax, paru jantung	<p>Inspeksi : Bentuk dada simetris, irama nafas teratur, frekuensi nafas normal, pergerakan dinding dada sama kanan dan kiri, tidak ada keluhan sesak Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada daerah dada Perkusi : Sonor (paru dada normal kiri dan kanan) Auskultasi : Suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan pada jantung (S1 S2) tunggal</p>	<p>Inspeksi : Bentuk dada simetris, irama nafas teratur, frekuensi nafas normal, pergerakan dinding dada sama kanan dan kiri, tidak ada keluhan sesak Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada daerah dada Perkusi : Sonor (paru dada normal kanan dankiri) Auskultasi : Suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan pada jantung (S1 S2) tunggal</p>
Abdomen	<p>Inspeksi : Perut tampak simetris</p>	<p>Inspeksi : Perut tampak simetris</p>

	Palpasi : Tidak ada nyeri tekan Perkusi : Suara timpani Auskultasi : Bising usus 10 x/mnt	Palpasi : Tidak ada nyeri tekan Perkusi : Suara timpani Auskultasi : bising usus 10 x/mnt
Genetalia	Inspeksi : Tidak ada lesi atau massa Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada kantung kemih	Inspeksi : Tidak ada lesi atau massa Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada kantung kemih
Eksremitas dan persendian	Inspeksi : Klien tampak lemas, warna kulit sawo matang, terpasang infus RL 500 ml/24 jam pada tangan kanan Palpasi : Adanya nyeri tekan pada kaki sebelah kiri Kekuatan otot : $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$	Inspeksi : Klien tampak lemas, warna kulit sawo matang, terpasang infus Nacl 20tmp/menit pada tangan kiri Palpasi : adanya nyeri tekan pada kaki sebelah kiri Kekuatan otot : $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$

Sumber : Data Primer 2023

Tabel 4.5 Pemeriksaan Penunjang

PEMERIKSAAN	HASIL		NILAI NORMAL
	Klien 1	Klien 2	
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	14.2 g/dl	16.0 g/dl	23.2-17.3
Leukosit	19.42 10^3 /ul	19.51 10^3 /ul	3.8-10.6
Hematokrit	40.5 %	45.5 %	40-52
Eritrosit	9.01 10^6 /ul	5.65 10^6 /ul	4.4-5.9
MCV	80.8 fl	78.8 fl	82-92
MCH	28.3 pg	28.3 pg	27-31
MCHC	35.1 g/l	36.0 g/l	31-36
RDW-CV	12.8 %	12.0	11.5-14.5
Trombosit	202 10^3 /ul	240 10^3 /ul	150-440
Hitung Jenis			
Eosinofil			
Basofil	1 %	1 %	< 1
Batang	-	-	
Segmen	82 %	88 %	50-70
Limsofit	11 %	17 %	25-40
Monosit	5%	7 %	2-8

Imature Granulocyte (IG)	0.8 %	0.3 %	
Neutrophil Absolut (ANC)	17.42 10 ³ ul	11.24 10 ³ ul	2.5-7
Limfosit Absolut (ALC)	1.0 10 ³ /ul	1.7 10 ³ /ul	1.1-3.3
NLR	17.42	11.27	<3.13
Retikulosit	2.27 %	2.22 %	0.5-1.5
Ret-He	31. pg	32. pg	>30.3
Immature Platelet (IPF)			
Normoblas (NRBC)	1.0 %	0.0 %	
I/T ratio	0.01	0.00 %	<0.2
KIMIA DARAH			
Glukosa darah sewaktu	240 mg/dl	256 mg/dl	<200
Kreatinin	0,79 mg/dl	0,80 mg/dl	0.9-1.3
Urea	18.7 mg/dl	22,2 mg/dl	13-43
SGOT	34 U/l	-	15-40
SGPT	19 U/l	-	10-40
Natrium	137 mEq/l	125 mEq/l	135-147
Kalium	3.84 mEq/l	3,55 mEq/l	3.5-5
Klorida	103 mEq/l	110 mEq/l	95-105
LAIN-LAIN			
Antigen SARS CoV-2	Negative	Negative	

Sumber : Laboratorium RSUD Jombang 2023

Tabel 4.6 Terapi Medik

	TERAPI	MEDIK
Data klien 1		Data klien 2
Inf. RL 500 ml/24 jam		Inf. Nacl 500 ml/24 jam
Inj. Seftri 2 x 2 gram HI		Inj. Neurosabe 1 x 1
Inj. Metionidazole 3 x 1 HI		Inj. Centamya 40 mg/ml 2 x 1
Inj. Antrain 3 x1		Inj. Omeprazole 40 mg
Inj. Ranitidine 2 x 1		Inj. Aquabidest
Inj. Metoclopramide 1		Inj. Ranitidine 2 x 1
Inj. Ondansetron 3 x 1		Inj. Santagesik 3 x 1
Sucralfat 3 x 1		Inj. Novorapid 2 x 6
Pamol 3 x 1		Inj. Lantus 10 unit
Amlodipine 10 mg		Amplodipin 1 x 10
Sansulin 10 ul		
Navorapid 3 x 8 ul 15 menit sebelum makan		

Sumber : Rekam Medik Klien, 2023

Table 4.7 Analisa Data Klien 1 dan Klien 2

DATA KLIEN 1	ETIOLOGI	MASALAH
<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan badan lemas 2. Klien mengatakan sering kesemuatan tangan dan kaki 3. Klien mengatakan banyak minum karena sering haus 4. Klien mengatakan sering buang air kecil saat malam hari <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum : lemas 2. GDS : 240 3. TTV : TD : 140/80 mmHg N : 88 x/mnt S : 36,6° C RR : 20 x/mnt Spo2 : 98 % 4. Kesadaran composmentis 5. GCS : 4-5-6 	<p>Resistensi insulin</p> <p>↓</p> <p>Transport glukosa ke sel menurun</p> <p>↓</p> <p>Hiperinsulinemia</p> <p>↓</p> <p>Penurunan sekresi insulin</p> <p>↓</p> <p>Hiperglikemia</p> <p>↓</p> <p>Kadar glukosa darah tidak control</p> <p>↓</p> <p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>
DATA KLIEN 2	ETIOLOGI	MASALAH
<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan pusing, badan terasa lemas 2. Klien mengatakan banyak minum karena sering haus 3. Klien mengatakan sering kesemuatan di kaki <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak lemas 2. Mukosa bibir kering 3. GDS 256 mg/dl 4. TTV : TD : 160/90 mmHg N : 86 x/mnt S : 39°C RR : 20 x/mnt SpO2 : 99 % 5. Kesadaran Composmentis 6. GCS : 4-5-6 	<p>Resistensi insulin</p> <p>Transport glukosa ke sel menurun</p> <p>↓</p> <p>Hyperinsulinemia</p> <p>↓</p> <p>Penurunan sekresi insulin</p> <p>↓</p> <p>Hiperglikemia</p> <p>↓</p> <p>Kadar glukosa darah tidak control</p> <p>↓</p> <p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>

4.1.3 Diagnosa Keperawatan

Klien 1 dan 2 : Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

4.1.4 Intervensi keperawatan

Table 4.8 Intervensi Keperawatan

DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
Resiko Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Lelah/lesu menurun 4 2. Kadar glukosa dalam darah membaik 4 3. Mulut kering membaik 4 4. TD, nadi, RR dalam rentang membaik 4	Manajemen hiperglikemia Observasi : 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis, penyakit kambuh) 3. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 4. Monitor tanda dan gejala hiperglimia (mis, polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 1. Berikan terapi insulin 2. asupan cairan oral Edukasi 1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/Dl 2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 3. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga

Kolaborasi
1. Kolaborasi dengan tim kesehatan pemberian obat

4.1.5 Implementasi Keperawatan

Table 4. 9 Implementasi Keperawatan pada klien 1

Jam	Hari/tanggal	Jam	Hari/tanggal	Jam	Hari/tanggal	Paraf
	Selasa 11/06/2023		Rabu 12/06/2023		Kamis 13/06/2023	
08. 20	Membina hubungan saling percaya antara klien dan keluarga klien	08. 50	Membina hubungan saling percaya antara klien dan keluarga klien	10. 00	Membina hubungan saling percaya antara klien dan keluarga klien	
08. 25	Memonitor kadar glukosa darah	08. 55	Memonitor kadar glukosa darah	10. 05	Memonitor kadar glukosa darah	
08. 30	Memonitor intake dan output cairan	08. 60	Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan insulin meningkat (mis, penyakit kambuh)	10. 10	Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan insulin meningkat (mis, penyakit kambuh)	
08. 35	Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan insulin meningkat (mis, penyakit kambuh)	09. 05	Mengobservasi TTV : TD : 130/ 80 mmHg N : 78 x/mnt S : 37 °C RR : 20 x/mnt SpO2 : 98 %	10. 15	Mengobservasi TTV : TD : 130/80 mmHg N : 90 x/mnt S : 36,8°C RR : 20 x/mnt SpO2 : 99 %	
08. 40	Mengobservasi TTV : TD : 140/80 mmHg N : 88 x/mnt S : 36.6°C RR : 20 x/mnt SpO2 : 98 %	09. 10	Memberikan asupan cairan oral	10. 20	Memberikan asupan cairan oral	
08. 45	Memberikan asupan cairan oral	09. 15	Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	10. 25	Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	
08. 50	Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	09. 20	Berkolaborasi pemberian obat injeksi insulin novorapid 8 ul	10. 30	Berkolaborasi pemberian obat injeksi insulin novorapid 8 ul	

08.55 Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga

08.60 Berkolaborasi pemberian obat injeksi insulin novorapid 8 ul

Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan pada klien 2

Jam	Hari/tanggal	Jam	Hari/tanggal	Jam	Hari/tanggal	Paraf
	Selasa 11/06/2023		Rabu 12/06/2023		Kamis 13/06/2023	
10.00	Membina hubungan saling percaya antara klien dan keluarga klien	09.40	Membina hubungan saling percaya antara klien dan keluarga klien	11.00	Membina hubungan saling percaya antara klien dan keluarga klien	
10.05	Memonitor kadar glukosa darah	10.50	Memonitor kadar glukosa darah	11.05	Memonitor kadar glukosa darah	
10.10	Memonitor intake dan output cairan	10.10	Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan insulin meningkat (mis, penyakit kambuh)	11.10	Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan insulin meningkat (mis, penyakit kambuh)	
10.15	Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan insulin meningkat (mis, penyakit kambuh)	10.15	Mengobservasi TTV : TD : 150/ 90 mmHg N : 98 x/mnt S : 37 °C RR : 20 x/mnt SpO2 : 99 %	11.15	Mengobservasi TTV : TD : 130/90 mmHg N : 78 x/mnt S : 36,8°C RR : 20 x/mnt SpO2 : 99%	
10.20	Mengobservasi TTV : TD : 160/90 mmHg N : 86 x/mnt S : 39 °C RR : 20 x/mnt SpO2 : 99 %	10.20	Memberikan asupan cairan oral	11.20	Memberikan asupan cairan oral	
10.25	Memberikan asupan cairan oral	10.25	Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	11.25	Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	

10. 30	Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	10. 30	Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga	11. 30	Memberikan obat injeksi insulin novorapid 6ul
10. 35	Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga	10. 40	Berkolaborasi dengan tin kesehatan pemberian obat	11. 35	Berkolaborasi dengan tim kesehatan pemberian obat
10. 40	Berkolaborasi dengan tim kesehatan pemberian obat	10. 45	Memberikan obat injeksi insulin novorapid 6 ul		
10. 45	Memberikan injeksi insulin novorapid 6 ul				

4.1.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan Klien 1

Hari/tanggal	Hari/tanggal	Hari/tanggal	Paraf
Selasa 11/06/2023	Rabu 12/06/2023	Kamis 13/06/2023	
S : Sering kesemutan, badan lemas, dan mual	S : Kesemutan dan mual sudah berkurang badan masih terasa lemas	S : Badannya sudah tidak terasa lemas lagi, kesemutan berkurang	
O : K/U lemas Mukosa bibir kering	O : K/U lemah Mukosa bibibr lembab	O : K/U Mukosa bibibr lembab	
TTV : TD : 140/80 mmHg N : 88 x/mnt S : 36.6°C RR : 20 x/mnt SpO2 : 98 % Kesadaran composmentis GCS : 4-5-6 GDA : 279	TTV : TD : 130/ 80 mmHg N : 78 x/mnt S : 37 °C RR : 20 x/mnt SpO2 : 98 % Kesadaran composmentis GCS : 4-5-6 GDA : 254	TTV : TD : 130/80 mmHg N : 90 x/mnt S : 36,8°C RR : 20 x/mnt SpO2 : 99 % Kesadaran composmentis GCS : 4-5-6 GDA : 239	
A : Masalah belum teratasi	A : resiko Ketidakstabilan glukosa darah teratasi sebagian	A :resiko Ketidakstabilan glukosa darah teratasi sebagian, klien	
P : Intervensi dilanjutkan 1. Membina hubungan saling percaya antara klien dan keluarga klien			

2. Memonitor kadar glukosa darah	P : Intervensi di lanjutkan	rencana KRS
3. Memonitir intake dan output cairan	1. Membina hubungan saling percaya antara klien dan keluarga klien	P : Intervensi dilanjutkan, 2,9,10 klien pulang
4. Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan insulin meningkat (mis, penyakit kambuh)	2. Memonitor kadar glukosa darah	
5. Mengobservasi TTV	3. Memonitir intake dan output cairan	
6. Memberikan asupan cairan oral	4. Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan insulin meningkat (mis, penyakit kambuh)	
7. Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	5. Mengobservasi TTV	
8. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga	6. Memberikan asupan cairan oral	
9. Memberikan obat injeksi insulin novorapid 8 ul	7. Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	
10. Berkolaborasi dengan tim kesehatan pemberian obat	8. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga	
	9. Memberikan obat injeksi insulin novorapid 8 ul	
	10. Berkolaborasi dengan tim kesehatan pemberian obat	

Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan Klien 2

Hari/tanggal	Hari/tanggal	Hari/tanggal	Paraf
Selasa 11/06/2023	Rabu 12/06/2023	Kamis 13/06/202	
S : Sering kesemutan, badan terasa lemas, dan pusing O : K/U lemas TTV : TD : 160/90 mmHg N : 86 x/mnt S : 36.6°C	S : Badan masih terasa lemas, masih sedikit pusing, makan sudah agak enakan O : K/U lemah TTV : TD : 150/ 90 mmHg N : 98 x/mnt	S : Badannya sudah tidak terasa lemas, kesemutan berkurang, sudah tidak pusing lagi O : K/U TTV : TD : 130/90 mmHg	

RR : 20 x/mnt SpO2 : 99 % Kesadaran composmentis GCS : 4-5-6 GDA : 250	S : 37 °C RR : 20 x/mnt SpO2 : 99 % Kesadaran composmentis GCS : 4-5-6 GDA : 238	N : 78 x/mnt S : 36,4°C RR : 20 x/mnt SpO2 : 99 % Kesadaran composmentis GCS : 4-5-6 GDA : 221
A : Masalah belum teratasi	A: Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian	A : Resiko Ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi, klien rencana KRS
P : Intervensi dilanjutkan	P : Intervensi di lanjutkan	P : Intervensi dilanjutkan 2,9,10, klien pulang
<ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya antara klien dan keluarga klien 2. Memonitor kadar glukosa darah 3. Memonitir intake dan output cairan 4. Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan insulin meningkat (mis, penyakit kambuh) 5. Mengobservasi TTV 6. Memberikan asupan cairan oral 7. Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 8. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 9. Memberikan obat injeksi insulin novorapid 6 ul 10. Berkolaborasi dengan tim kesehatan pemberian obat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya antara klien dan keluarga klien 2. Memonitor kadar glukosa darah 3. Memonitir intake dan output cairan 4. Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan insulin meningkat (mis, penyakit kambuh) 5. Mengobservasi TTV 6. Memberikan asupan cairan oral 7. Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 8. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 9. Memberikan obat injeksi insulin novorapid 6 ul 10. Berkolaborasi dengan tim kesehatan pemberian obat 	

4.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan antara klien Tn. W dan Tn. S di ruang Abimanyu RSUD Jombang pada kasus Diabetes Mellitus Tipe II dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berbasis teori care dorothea orem di dapatkan penelitian/ pengkajian yakni:

4.2.1 Pengkajian

Pada pengkajian keperawatan berdasarkan data subjektif antara dua klien didapatkan keluhan Tn. W dan klien Tn. S mengatakan sering haus, sering buang air kecil, nafsu makan menurun, sering kesemutan, badan terasa lemas, dan pusing. Tn. W memiliki riwayat diabetes sejak \pm 2 tahun yang lalu, sedangkan Tn. S memiliki riwayat diabetes sejak \pm 5 tahun yang lalu. Klien biasanya akan kontrol kesehatan setiap 1 bulan sekali ke puskesmas. Data Objektif menurut peneliti pada klien 1, klien kelihatan merasa kesemutan, tubuh lemas akibat nafsu makan menurun, sedangkan klien 2, tubuh lemas akibat nafsu makan menurun dan klien merasakan kesemutan karena gula darahnya yang tinggi.

Diabetes mellitus adalah suatu kondisi metabolik yang terjadi akibat produksi insulin oleh pankreas yang tidak mencukupi bagi tubuh. Tubuh tidak dapat menghasilkan insulin dengan efisiensi yang baik, yang mengakibatkan gejala khas seperti pembuangannya melalui urin atau glucosaria, yang ditunjukkan oleh peningkatan kadar glukosa. Dari informasi yang telah diungkapkan sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa diabetes adalah kelainan dalam metabolisme yang terjadi pada pankreas karena kurangnya produksi insulin atau bahkan ketiadaannya (Ria, 2020).

Menurut peneliti dari pemeriksaan fisik secara umum pada klien Tn. W dan Tn. S mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah yang ditandai pada keluhan Tn. W sering kesemutan, badan terasa lemas, dan mual, sedangkan pada klien Tn. S, sering kesemutan, badan terasa lemas, dan pusing.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

berdasarkan data hasil pengkajian, dan pemeriksaan fisik yang telah dilakukan, diperoleh hasil bahwa klien Tn. W dan Tn. S memiliki masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Dari hasil pengkajian di dukung dari data subjektif, Tn. W dan Tn. S mengatakan sering kesemutan, badan terasa lemas, kepala pusing, nafsu makan menurun. Hal ini dibuktikan dari klien Tn. W GDA : 279 mg/dl dan klien Tn. S GDA : 250 mg/dl.

Definisi ketidakstabilan kadar glukosa darah, resiko terhadap variasi kadar glukosa/darah dari rentang normal Diagnosis inimuncul karena berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang manajemen diabetes (misalnya, rencana tindakan), tingkat perkembangan, asupan diet, pemantauan glukosa darah tidak tepat, kurang penerimaan terhadap diagnosis, kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetic (misalnya mematuhi rencana tindakan), manajemen medikasi, status kesehatan, tingkat aktivitas fisik, status kesehatan fisik, periode pertumbuhan cepat, stress, penambahan berat badan, dan penurunan berat badan (Nurmawati, 2019).

Menurut peneliti untuk kedua klien yang mengalami masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, ditandai dengan sering kesemutan, badan terasa lemas, nafsu makan menurun, dan

gula darah yang tinggi.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan terhadap klien Tn. W dan Tn. S yang memiliki masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, dimana permasalahannya terdapat pada kadar glukosa darah yang tinggi pada klien Tn. W dan Tn. S. yang belum terpenuhi maka dilakukan intervensi keperawatan.

Rencana tindakan keperawatan yang berdasarkan teori dalam SDKI SLKI SIKI yang meliputi identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat, monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, berikan asupan cairan oral, anjurkan memonitor glukosa darah secara mandiri, monitor status cairan intake dan output, anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, berikan terapi insulin, kolaborasi dengan tim kesehatan pemberian pemberian obat SIKI 2018.

Menurut peneliti intervensi keperawatan yang diberikan pada klien yang mengalami masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sesuai dengan teori manajemen hiperglikemia untuk mengontrol kadar glukosa darah, sehingga dapat ditemukan hasil yang sesuai dengan fakta di lapangan dan teori.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada klien Tn. W dan Tn. S yang dilakukan SIKI : Manajemen hiperglikemia monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, anjurkan memonitor glukosa darah secara mandiri, monitor status cairan intake dan output, anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, berikan terapi insulin, dan

kolaborasi dengan tim kesehatan dalam pemberian obat.

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan di dalam asuhan keperawatan. Tindakan keperawatan terdiri dari tindakan independen (secara mandiri) dan kolaborasi antar tim medis. Dalam tindakan independen, aktivitas perawat didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan berdasarkan dari keputusan pihak lain. Sedangkan tindakan kolaborasi merupakan tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama (Syaridwan,2019).

Menurut peneliti, berdasarkan implementasi yang dilakukan pada klien Tn. W dan Tn. S, meliputi kelengkapan data data penunjang lainnya serta dilakukan menurut dengan kondisi klien, sehingga peneliti menemukan kesenjangan dan fakta. Hal ini dapat terjadi karena tindakan sesuai dengan kebutuhan klien, terapi masalah klien Tn. W dan Tn.S teratasi sebagian dikarenakan kadar glukosa darah belum sesuai dengan kreteria hasil yang di inginkan.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada Tn. W selama 3 menunjukkan bahwa Tn. W sudah membaik dengan ditandai kesemutan berkurang, nafsu makan membaik, keadaan umum cukup baik, kadar gula darah mengalami penurunan tetapi belum dalam rentang normal. Sehingga tetap melakukan analisa dan intervensi dilanjutkan. Kesadaran : Composmentis, GCS : 4-5-6, GDA : 239, TD : 130/80 mmHg, N : 90 x/mnt, S : 36,8°C, RR : 20 x/mnt. Sedangkan pada Tn. S selama 3 hari sudah membaik dengan kesemutan berkurang, nafsu makan membaik, keadaan umum cukup baik, kadar gula darah mengalami penurunan tetapi belum dalam rentang normal, sehingga tetap melakukan intervensi dilanjutkan. Kesadaran : Composmentis, GCS : 4-5-6, GDA : 221, TD : 130/90 mmHg, N :

36,4°C, RR : 20 x/mnt.

Berdasarkan pendapat Patrisia (2020), Evaluasi merupakan langkah terakhir dari langkah terakhir dalam proses keperawatan untuk menentukan sejauh mana tujuan telah tercapai. Evaluasi juga dilakukan untuk menentukan mengenai keberhasilan tindakan yang dilakukan oleh perawat. Sedangkan evaluasi hasil adalah catatan kemajuan keseluruhan dan tindakan yang diambil dalam menyusun asuhan keperawatan.

Menurut peneliti pada cacatan perkembangan Tn. W dan Tn. S mengalami kemajuan yang signifikan selama 3 hari, serta menunjukkan adanya penyembuhan nafsu makan membaik dibuktikan dengan klien tidak lemas sesuai kriteria hasil. Sehingga tetap melakukan analisa dan intervensi yang sudah dilanjutkan.

BAB 5

KESIMPULAN DAN PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah dilaksanakan tindakan perawatan klien yang mengalami diabetes mellitus tipe II pada Tn. W dan Tn. S dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah di ruang Abimanyu RSUD Jombang, maka penulis mengambil kesimpulan :

1. Pengkajian yang dilakukan pada Tn. W dan Tn. S pada tanggal 10 Juli 2023 secara subjektif terdapat perbedaan. Pada Tn. W dengan keluhan sering kesemutan tangan dan kaki, badan lemas, dan mual. Sedangkan Tn. S dengan keluhan sering kesemutan di kaki, badan lemas, dan pusing.
2. Diagnose keperawatan pada Tn. W dan Tn. S adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan resistensi insulin.
3. Intervensi keperawatan pada Tn. W dan Tn. S dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah. monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, anjurkan memonitor glukosa darah secara mandiri, monitor status cairan intake dan output, anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, berikan terapi insulin, dan kolaborasi dengan tim kesehatan dalam pemberian obat.
4. Implementasi keperawatan pada Tn. W dan Tn. S yaitu memonitor kadar glukosa darah, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, menganjurkan memonitor glukosa darah secara mandiri, memonitor status cairan intake dan output, menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, memberikan terapi

insulin, dan berkolaborasi dengan tim kesehatan dalam pemberian obat.

5. Evaluasi keperawatan Tn. W dan Tn. S setelah dilakukan pengkajian sampai implementasi pada perawatan diabetes mellitus dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian dan masih harus dilanjutkan sesuai terapi yang sudah dianjurkan.

5.2 Saran

1. Bagi klien dan keluarga

Memberikan informasi tambahan bagi klien dan keluarga menyebabkan kadar glukosa darah naik, dan bagaimana penanganan pada klien diabetes mellitus yang baik dan benar, minum obat secara teratur, sering olahraga, dan asupan karbohidrat yang dianjurkan sebesar 45-65% total asupan energi. Jadwal makan tetap 3 kali sehari untuk mencukupi nutrisi yang dibutuhkan tubuh. Kalau diperlukan, dapat diberikan makanan selingan buah sebagai snack sebagian dari kebutuhan kalori sehari.

2. Bagi perawat

Perawat Diharapkan dapat memberikan pendidikan kesehatan berupa penyuluhan tentang pentingnya perawatan diri kualitas hidup pada penderita diabetes mellitus tipe II, sehingga dapat meningkatkan pengetahuan pada masyarakat tentang penanganan klien diabetes mellitus tipe II.

3. Bagi peneliti lainnya

Semoga dapat menjadi referensi dalam pengembangan asuhan keperawatan pada klien diabetes mellitus tipe II dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah.

DAFTAR PUSTAKA







- Amaliyyah, R. (2021). *NURSING CARE OF TYPE II DIABETES MELLITUS PATIENTS IN FULFILLMENT OF NUTRITION NEEDS*. February, 6.
- American Diabetes Assosiation, 2020. Standart of medical care in Diabetes. Diabetes care: 38: S1-S94
- Brier, J., & lia dwi jayanti. (2020). *PERAWATAN KLIEN DIABETES MELLITUS TIPE II DENGAN MASALAH RESIKO KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH BERBASIS TEORI SELF CARE DOROTHEA OREM DI RUANG MELATI RSUD BANGIL PASURUAN*. 21(1), 1–9. <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>
- Decroli. E., 2019. Diabetes mellitus tipe 2. Padang : pusat penerbitan bagian ilmu penyakit dalam fakultas kedokteran universitas Andalas
- Ditto Anugroho (2018). Manajemen Diabetes Mellitus <https://www.antarnews.com/berita/767814/manajemen-diabetes-mellitu>
- Gunawan, W. F., Yuswar, M. A., & Robiyanto. (2018). Profil pengobatan pada pasien diabetes mellitus tipe II
- Internasional Diabetes Federation (IDF). 2021. IDF diabetes Atlas Ninth Edition, Internasional Diabetes Federation (IDF)
- Kementerian Kesehatan RI Badan Penelitian dan Pengembangan.(2018). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia [http://www.depkes.go.id/resources/download /info-terkini/hasil-risikesdas2018.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/hasil-risikesdas2018.pdf)
- Lia, S. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN NUTRISI PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE II DI RS BHAYANGKARA BENGKULU*. 777, 8.5.2017, 2003–2005. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Lumban, D. P., Karim, D., & Woferst, R. (2018). Hubungan Motivasi Diri Dengan Kepetuhan Diet Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe II
- Mayang Sari, N., Fitriyani, N., & Program Diploma Tiga, K. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE II DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN NUTRISI*. 56, 1–9.
- Monica, S., Rahmawati, I., & Triwibowo, H. (2018). Gambaran Dukungan Keluarga Pada Perawat Luka Diabetes Mellitus
- Mustika, M. I. (2018). Gambaran Pola Makan dan Kejadian Diabetes <http://repositori.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/2447/131000651.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Nurmawati, T. (2018). Efektifitas pendidikan kesehatan dengan metode ekspositori tentang meal planning terhadap pola makan pasien dm tipe 2. *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, 5, 257–262. <https://doi.org/10.26699/jnk.v5i3.art.p257-262>
- PB PERKENI. 2021. Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia. Jakarta
- Ria, D. M. A. Z. E. S. (2020). Pemberdayaan Pasien Dan Keluarga Dalam Manajemen Diet Diabetes Melitus
- Irwansyah, I., & Kasim, I. S. (2020). Deteksi Dini Risiko Melitus . *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 540–547. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.343>
- Safitri, W., & Putriningrum, R. (2019). Pengaruh Terapi Relaksasi Progresif Terhadap Kadar Gula Darah Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2. In *Profesi (Profesional)*.
- Sasmiyanto, S. (2020). Faktor Predisposisi Perilaku Kesehatan Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal Keperawatan Silampari*. 3 (2). 466-476
- Suprpto, S., Mulat, T. C., & Lalla, N. S. N. (2021). Nurse competence in implementing public health care. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 10(2), 428. <https://doi.org/10.11591/ijphs.v10i2.20711>
- Suryati, I., Primal, D., & Pordiati, D. (2019). Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Lama Menderita Diabetes Mellitus (Dm) Dengan Kejadian Ulkus Diabetete Pada Pasien Dm Tipe 2.
- Trombongan, M., Ardi, A. M., Hamka, F., & Dalle, A. (2020). Studi Literatur Pengaruh *Slow Deep Breathing* (Sdb) Terhadap Kadar Gula Darah Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2. *Media*.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2019. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

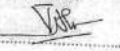
LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama mahasiswa : Fita Ayu Santika
 NIM : 201210007
 Program Studi : Ds Keperawatan
 Judul KTI : Asuhan keperawatan pada klien diabetes mellitus tipe II di ruang Alamiyoga RSUD Jombang
 Pembimbing 1 : Dr. H. Irma Ratoh, S.KM, M.M







Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
	Bimbingan pertama + judul	
	Revisi judul + Bab 1	
	Acc Bab 1	
	Konsultasi bab 1, bab 2, dan bab 3	
	Konsultasi bab 1, bab 2, dan 3	
	Acc proposal	

Pembimbing 1

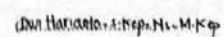


LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama mahasiswa : Fita Ayu Santika
 NIM : 201210007
 Program Studi : Ds Keperawatan
 Judul KTI : Asuhan keperawatan pada klien diabetes mellitus tipe II
 Pembimbing 2 : Dwi Hariyanto, S.Kep, Ns, M. Kep





Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
	Bimbingan pertama + judul	
	Revisi judul + Bab 1	
	Acc Bab 1	
	Konsultasi bab 1, Bab 2, Bab 3	
	Konsultasi bab 1, Bab 2, Bab 3	
	Acc proposal	

Pembimbing 2



LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama mahasiswa : FIRA AYU SATTIKA
 NIM : 201210007
 Program Studi : Ds KEPERAWATAN
 Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELITUS TPE II DI RUANG ASIMAMBU RSUD JOMBANG
 Pembimbing 1 : Dr. H. Imam Fatoni, S.KM., M.M

Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
2-7-2023	Revisi Bab 4 hasil penelitian dan pembahasan dan Bab 5 kesimpulan dan saran	
19-07-2023	Revisi Abstrak dan Abstract, serta lampiran	
19-07-2023	Perbaikan penulisan	
21-07-2023	Acc KTI	

Pembimbing 1


 (Dr. H. Imam Fatoni, S.KM., M.M)


Dijadwalkan dengan CamScanner

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama mahasiswa : FIRA AYU SATTIKA
 NIM : 201210007
 Program Studi : Ds KEPERAWATAN
 Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELITUS TPE II DI RUANG ASIMAMBU RSUD JOMBANG
 Pembimbing 2 : Dwi Hananto, S.Kep.Ns., M.Kep

Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
2-7-2023	Konsul Bab 4 dan 5	
14-07-2023	Revisi Bab 4 hasil penelitian dan pembahasan dan Bab 5 kesimpulan dan saran	
19-07-2023	Revisi Abstrak dan abstract, serta lampiran dan perbaikan penulisan	
21-07-2023	Acc KTI	

Pembimbing 2


 (Dwi Hananto, S.Kep.Ns., M.Kep)

Dijadwalkan dengan CamScanner

SERTIFIKAT UJI ETIK



KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN JOMBANG
JOMBANG PUBLIC HOSPITAL

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”
 No : 83/KEPK/VII/2023

Komite Etik Penelitian Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Regional Public Hospital of Jombang, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

“ ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MILLITUS TIPE II DI RSUD JOMBANG ”

Peneliti Utama : FIRA AYU SANTIKA

Nama Institusi : INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
Name of Institution : INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG

Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : RSUD JOMBANG, KABUPATEN JOMBANG
Setting of Research

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited

Jombang, 18 Juli 2023
 Ketua (CHAIRMAN)

dr. Ahmad Mahfur, Sp.A
 NIP. 19790118 200901 1 005

I. PENGKAJIAN

A. Tanggal Masuk : 09-06-2023
 B. Jam masuk : 11.00
 C. Tanggal Pengkajian : 10-06-2023
 D. Jam Pengkajian : 09.40
 E. No.RM : 50-05-xx

F. Identitas

1. Identitas pasien

a. Nama : Tn. W
 b. Umur : 58 Tahun
 c. Jenis kelamin : laki-laki
 d. Agama : Islam
 e. Pendidikan : SMA
 f. Pekerjaan : perangkat Desa
 g. Alamat : Pelem - Jombang
 h. Status Pernikahan : sudah menikah

2. Penanggung Jawab Pasien

a. Nama : Ny. S
 b. Umur : 45 Tahun
 c. Jenis kelamin : Perempuan
 d. Agama : Islam
 e. Pendidikan : SMP
 f. Pekerjaan : RT
 g. Alamat : Pelem Jombang
 h. Hub. Dengan PX : Istri

G. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Klien mengatakan badan lemas + mual

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien menyatakan pada tanggal 09 Juli 2023 datang ke RSUD Jombang diantar keluarganya jam 09.00 wib, masuk IGD dengan keluhan, sering kesemutan, badan lemas, mual, dan nafsu makan menurun. Klien pernah melakukan amputasi pada kaki sebelah kanan pada tahun 2021.
 TTV : TD : 140/80 mmHg, N : 88 x/menit, RR : 20 x/mni, S : 36,7 c pada jam 11:00 Klien dipindahkan ke ruangan abimangyu.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan memiliki riwayat Diabetes Mellitus 1 2 tahun lalu. Klien biasanya akan kontrol kesehatan setiap 1 bulan sekali ke puskesmas.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan di keluarga memiliki riwayat diabetes Mellitus sejak dulu.

H. Pola Fungsi Kesehatan

1. Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

- a. Merokok : Jumlah : tidak ada Jenis: tidak ada Ketergantungan: tidak ada
 b. Alkohol : Jumlah : tidak ada Jenis: tidak ada Ketergantungan: tidak ada
 c. Obat-obatan : Jumlah : tidak ada Jenis: tidak ada Ketergantungan: tidak ada
 d. Alergi : tidak ada
 e. Harapan dirawat di RS : Agar bisa cepat sembuh
 f. Pengetahuan tentang penyakit : Kurang
 g. Pengetahuan tentang keamanan dan keselamatan : Kurang
 h. Data lain : tidak ada

2. Nutrisi dan Metabolik

- a. Jenis diet : tidak ada
 b. Diet/Pantangan : tidak ada
 c. Jumlah porsi : 1/2 porsi s.d sehari
 d. Nafsu makan : menurun
 e. Kesulitan menelan : tidak ada
 f. Jumlah cairan/minum : 1000 ml/hari
 g. Jenis cairan : air putih
 h. Data lain : tidak ada

3. Aktivitas dan Latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum			✓		
Mandi			✓		
Toileting			✓		
Berpakaian			✓		
Berpindah			✓		
Mobilisasi di tempat tidur & ambulasi ROM					

0: Mandiri 2: Dibantu orang 4: Tergantung total

1: Menggunakan alat bantu 3: Dibantu orang lain dan alat

- a. Alat bantu : tidak ada
 b. Data lain : tidak ada

4. Tidur dan Istirahat
- Kebiasaan tidur : Terkadang telentang / miring
 - Lama tidur : Kabu mlm 9-5 jam / siang 1-2 jam
 - Masalah tidur : Sering terbangun
 - Data lain : Sering terbangun karena lampu tidak mati
5. Eliminasi
- Kebiasaan defekasi : Klien tidak BAB semengal MRS
 - Pola defekasi : tidak terbagi
 - Warna feses : tidak terbagi
 - Kolostomi : tidak ada
 - Kebiasaan miksi : BAB 6-7 x sehari
 - Pola miksi :
 - Warna urine : kuning, jernih
 - Jumlah urine : 1000 cc / 24 jam
 - Data lain : tidak ada
6. Pola Persepsi Diri (Konsep Diri)
- Harga diri : Baik
 - Peran : Sebagai kepala keluarga
 - Identitas diri : Klien mengetahui dirinya
 - Ideal diri : Klien menaruh saat tenaga kesehatan yang merawat
 - Penampilan : cukup baik
 - Koping : Klien memaliki nilai-nilai yg berlaku dalam masyarakat
 - Data lain : tidak ada
7. Peran dan Hubungan Sosial
- Peran saat ini : Kepala keluarga, ayah, serta suami
 - Penampilan peran : Baik
 - Sistem pendukung : Keluarga sangat mendukung untuk kesembuhan klien
 - Interaksi dengan orang lain : baik
 - Data lain : tidak ada
8. Seksual dan Reproduksi
- Frekuensi hubungan seksual : Klien dirawat
 - Hambatan hubungan seksual : Klien dirawat
 - Periode menstruasi : ..
 - Masalah menstruasi : ..
 - Data lain : tidak ada
9. Kognitif Perseptual
- Kecerdasan mental : Baik
 - Berbicara : Baik
 - Kemampuan memahami : Mudah memahami
 - Ansietas : ..
 - Pendengaran : Baik

- f. Penglihatan : Baut
 g. Nyeri : tidak ada
 h. Data lain : tidak ada
10. Nilai dan Keyakinan
 a. Agama yang dianut : Islam
 b. Nilai/keyakinan terhadap penyakit : tidak terkait
 c. Data lain : tidak ada

I. Pengkajian

- a. Vital Sign
 Tekanan Darah : 190/80 mmHg Nadi : 80 x /mnt
 Suhu : 36.6 °C RR : 20 x /mnt
- b. Kesadaran : Composmentis
 GCS : A5V6
- c. Keadaan Umum
 a. Status gizi : Gemuk Normal Kurus
 Berat Badan : 68 kg Tinggi Badan : 165 cm
 b. Sikap : Tenang Gelisah Menahan nyeri
- d. Pemeriksaan Fisik
- 1) Kepala
 a. Warna rambut : hitam
 b. Kuantitas rambut : banyak
 c. Tekstur rambut : lurus
 d. Kulit kepala : tidak ada ketombe
 e. Bentuk kepala : simetris
 f. Data lain : tidak ada
- 2) Mata
 a. Konjungtiva : Konjungtiva tidak anemic
 b. Sclera : putih
 c. Reflek pupil : mengenal saat diberikan rangsangan cahaya
 d. Bola mata : Normal
 e. Data lain : tidak ada
- 3) Telinga
 a. Bentuk telinga : simetris
 b. Kesimetrisan : simetris kanan dan kiri
 c. Pengeluaran cairan : tidak ada
 d. Data lain : tidak ada
- 4) Hidung dan Sinus
 a. Bentuk hidung : simetris
 b. Warna : sawo matang
 c. Data lain : tidak ada

5) Mulut dan tenggorokan

Bibir : Pecah - Pecah
 Mukosa : Kering
 Gigi : rapat ketunggaran
 Lidah : warna merah muda
 Palatum : baik
 Faring : baik
 Data lain : tidak ada

6) Leher

Bentuk : Simetris
 Warna : Sawo matang
 Posisi trakea : Normal (berada di tengah)
 Pembesaran tiroid : tidak ada
 JVP :
 Data lain : tidak ada

7) Thorax

▪ Paru-Paru

a. Bentuk dada : Simetris
 b. Frekuensi nafas : 20x / menit Normal
 c. Kedalaman nafas : Normal
 d. Jenis pernafasan : Vesikuler
 e. Pola nafas : 20x / menit
 f. Retraksi dada : Normal
 g. Irama nafas : Normal
 h. Ekspansi paru : baik
 i. Vocal fremitus : tidak terbay
 j. Nyeri : tidak ada
 k. Batas paru : tidak terbay
 l. Suara nafas : Vesikuler
 m. Suara tambahan : tidak ada
 n. Data lain : tidak ada

▪ Jantung

a. Ictus cordis : tidak tampak
 b. Nyeri : tidak ada
 c. Batas jantung :
 d. Bunyi jantung : suara S1 S2
 e. Suara tambahan : tidak ada
 f. Data lain : tidak ada

8) Abdomen

- a. Bentuk perut: simetris
 b. Warna kulit: sawo matang
 c. Lingkar perut: 103 cm
 d. Bising usus: tidak terdengar
 e. Massa:
 f. Acites: tidak ada penumpukan cairan pada abdomen
 g. Nyeri: tidak ada
 h. Data lain: tidak ada

9) Genitalia :

- a. Kondisi meatus: Normal
 b. Kelainan skrotum: tidak ada
 c. Odem vulva: tidak ada odem vulva
 d. Kelainan: tidak ada
 e. Data lain: tidak ada

10) Ekstremitas

- a. Kekuatan otot: 5/5
 b. Turgor: 2 detik
 c. Odem: tidak ada
 d. Nyeri: tidak ada
 e. Warna kulit: sawo matang
 f. Akral: hangat
 g. Sianosis: tidak ada
 h. Paresis: tidak ada
 i. Alat bantu: tidak ada
 j. Data lain: tidak ada

e. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	hasil	Nilai Normal
Hemoglobin	19.2 g/dl	23.2 - 17.3
Leukosit	19.42 10^3 /ul	3.8 - 10.6
Eritrosit	9.01 10^6 /ul	4.4 - 5.9
Basofil	1%	<1
Segmen	82%	50-70
Limfosit	11%	25-40

f. Terapi Medik

Inf. RL 500 ml / 24 jam
 Inj. Seftri 2x2 gram H.
 Inj. Metronidazole 3x1 H.
 Inj. Antrain 3x1
 Sueralfat 3x1
 Amlodipine 10 mg
 Pravastatin 3x8 ul 15 menit sebelum makan

II. ANALISA DATA

NO.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan badan lemas 2. Klien mengatakan sering kesemutan tangan dan kaki 3. Klien mengatakan sering buang air fekal saat malam hari <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran : Composmentis 2. GCS : 456 3. TTV : <ul style="list-style-type: none"> TD : 140/80 mmHg MI : 88 x /menit S : 36,6 °C RA : 20 x /menit 4. GDS : 290 	<p>Resistensi Insulin</p> <p>↓</p> <p>Transport glukosa ke sel menurun</p> <p>↓</p> <p>Hiperinsulinemia</p> <p>↓</p> <p>Penurunan sekresi Insulin</p> <p>↓</p> <p>Hipoglikemia</p> <p>↓</p> <p>Kadar gula darah tidak control</p> <p>↓</p> <p>Ketidak stabilan kadar gula darah</p>	<p>Ketidak stabilan kadar glukosa darah</p>

III. DIAGNOSA KEPERAWATAN (SESUAI PRIORITAS)

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

- 2.

- 3.

- 4.

- 5.

IV. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SDKI	SIKI																																								
	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistansi insulin	<p>Label SDKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil</p> <p>Indikator :</p> <table border="1" data-bbox="707 506 999 775"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No.</th> <th rowspan="2">Indikator</th> <th colspan="5">Indeks</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>lemas/lesu menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>kadar glukosa dalam darah baik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Mulut kering membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Td, nadi, RR dalam rentang membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table>	No.	Indikator	Indeks					1	2	3	4	5	1.	lemas/lesu menurun					✓	2.	kadar glukosa dalam darah baik					✓	3.	Mulut kering membaik					✓	4.	Td, nadi, RR dalam rentang membaik					✓	<p>Label SIKI : Managemen hiperglikemia</p> <p>Aktifitas Keperawatan :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang penyebab kepatuhan insulin (meningkatkan Cms pengikat kembang) 3. Monitor kadar glukosa darah jika perlu 4. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan terapi insulin 2. Asupan cairan oral <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl 2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 3. Anjurkan kepatuhan diet terhadap diet dan olahraga
No.	Indikator	Indeks																																									
		1	2	3	4	5																																					
1.	lemas/lesu menurun					✓																																					
2.	kadar glukosa dalam darah baik					✓																																					
3.	Mulut kering membaik					✓																																					
4.	Td, nadi, RR dalam rentang membaik					✓																																					

V. IMPLEMENTASI

NO. DX	HARI/TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
1	Selasa 11/06/23	08-20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya antara klien dan keluarga klien 2. Memonitor kadar glukosa darah 3. Memonitor intake dan output cairan 4. Mengobservasi TTV: TD: 140/80 mmHg RR: 20x/menit M: 80x/menit S: 36,6°C <ol style="list-style-type: none"> 5. Memberikan asupan cairan oral 6. Mengajarkan monitor kadar glukosa sendiri 7. Mengajarkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 8. Berkolaborasi pemberian obat injeksi Insulin 0,1 	
2	Rabu 12/06/23	08-09	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kadar glukosa darah 2. Memonitor intake output cairan 3. Mengobservasi TTV: TD: 150/90 mmHg RR: 20x/menit M: 90x/menit S: 37°C <ol style="list-style-type: none"> 4. Memberikan Asupan Cairan 5. Memberikan obat injeksi Insulin novorapid 6 ul. 6. Berkolaborasi dengan tim medis pemberian obat 	
3	Kamis 13/06/23	11-00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kadar glukosa darah 2. Mengobservasi TTV: TD: 130/90 mmHg RR: 20x/menit M: 78x/menit S: 36,8°C <ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan asupan cairan 4. Mengajarkan klien monitor glukosa darah secara mandiri 5. Memberikan obat injeksi novorapid 6 ul 6. Berkolaborasi dengan Tim medis pemberian obat 	

VI. EVALUASI

NO.	NO. DX	HARI/ TGL	JAM	EVALUASI	PARAF
1.		Selasa 11/06/23	09.00	<p>S: klien mengatakan sering kesemutan, badan lemas - dan pusing.</p> <p>O: K/u lemas TTV: 140/80 mmHg N: 80 x/menit S: 36,6°C RR: 20x/menit SpO₂: 98% Kesadaran: Compos mentis GCS: 456 GDA: 27g</p> <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p>	
2.		Rabu 12/06 2023	11.00	<p>S: Klien mengatakan kesemutan dan mual sudah berkurang badan masih terasa lemas</p> <p>O: K/u lemas Mukosa bibir lembab TTV: TD: 130/80 mmHg N: 98 x/menit S: 37°C RR: 20x/menit SpO₂: 98% Kesadaran: compos mentis GCS: 456 GDA: 28g</p> <p>A: Masalah Teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p>	
3.		Kamis 13/06 2023	12.00	<p>S: Badan sudah tidak terasa lemas kesemutan berkurang</p> <p>O: Mukosa bibir lembab TTV: TD: 130/90 mmHg N: 78 x/menit S: 36,8°C RR: 20x/menit GDA: 23g Kesadaran: compos mentis GCS: 456</p> <p>A: Masalah Teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p>	



ITSKes Insan Cendekia Medika
Jl Kemuning No. 57 A Candimulyo Jombang Jawa Timur Indonesia

SK. Kemendikbud Ristek No. 68/E/O/2022

KETERANGAN PENGECEKAN PLAGIASI

Nomor : 048/R/SK/ICME/X/2023

Menerangkan bahwa:

Nama : Fira Ayu Santika
NIM : 201210007
Program Studi : DIII Keperawatan
Fakultas : Fakultas Vokasi
Judul : Asuhan keperawatan pada klien diabetes mellitus tipe II di RSUD Jombang

Telah melalui proses Check Plagiasi dan dinyatakan **BEBAS PLAGIASI**, dengan persentase kemiripan sebesar **8 %**. Demikian keterangan ini dibuat dan diharapkan dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 23 Oktober 2023
Wakil Rektor I

Dr. Lusianah Meinawati, SST., M.Kes
NIDN. 0718058503



Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: Fira Ayu Santika Fira Ayu Santika
Assignment title: ITSkes
Submission title: Asuhan keperawatan pada klien diabetes mellitus tipe II di r...
File name: Firaayu_Santika.docx
File size: 329.39K
Page count: 64
Word count: 11,728
Character count: 80,122
Submission date: 07-Sep-2023 12:04PM (UTC+0800)
Submission ID: 2159602893



Asuhan keperawatan pada klien diabetes mellitus tipe II di rsud jombang

ORIGINALITY REPORT

8%

SIMILARITY INDEX

6%

INTERNET SOURCES

1%

PUBLICATIONS

5%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

repo.stikesicme-jbg.ac.id

Internet Source

3%

2

Submitted to Badan PPSDM Kesehatan
Kementerian Kesehatan

Student Paper

2%

3

eprints.kertacendekia.ac.id

Internet Source

1%

4

Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan
Tinggi Indonesia Jawa Timur

Student Paper

<1%

5

pdfcoffee.com

Internet Source

<1%

6

repository.um-surabaya.ac.id

Internet Source

<1%

7

ktikebidanancom.wordpress.com

Internet Source

<1%

8

www.slideshare.net

Internet Source

<1%

9	www.coursehero.com Internet Source	<1 %
10	repository.stikeshangtuh-sby.ac.id Internet Source	<1 %
11	Submitted to Universitas Islam Lamongan Student Paper	<1 %
12	argisings.wordpress.com Internet Source	<1 %
13	samoke2012.wordpress.com Internet Source	<1 %
14	sarafambarawa.wordpress.com Internet Source	<1 %
15	windra-pasmr.blogspot.com Internet Source	<1 %
16	Ambar Hafifah Fikriyah, Suchi Avnalurini Sharief, Halida Thamrin. "Manajemen Asuhan Kebidanan Antenatal pada Ny. S Gestasi 43 Minggu 1 Hari dengan Serotinus", Window of Midwifery Journal, 2021 Publication	<1 %

Exclude quotes On

Exclude matches Off

Exclude bibliography On

SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN UNGGAHAN KARYA TULIS ILMIAH

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Fira Ayu Santika

NIM : 201210007

Program Studi : D3 : Keperawatan

Demikian pengembangan ilmu pengetahuan menyetujui untuk memberikan kepada ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang Hak Bebas Royaltas Non Eksklusif (Non Eksklusive Royalti Free Right) atas “ Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus Tipe II Di RSUD Jombang”.

Hak Bebas Royaltas Non Eksklusif ini ITSKes ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang berhak menyimpan alih KTI/SKRIPSI/Media/Format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat KIAN, dan mempublikasikan Tugas Akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagai mestinya.

Jombang, September 2023
Yang mengatakan



Fira Ayu Santika
201210007