KARYA ILMIAH AKHIR NERS

ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2

(Studi Kasus di Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)

SHOLIKHUL KHASAN ADI PUTRA

246410032

PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN

INTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN

INSAN CENDEKIA MEDIKA

JOMBANG

2025

ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2

(Studi Kasus di Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pedidikan
pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Kesehatan
Institut Teknologi Sains dan Kesehatan
Insan Cendekia Medika Jombang

SHOLIKHUL KHASAN ADI PUTRA
246410032

PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDIKIA MEDIKA JOMBANG
2025

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:
Nama : Sholikhul Khasan Adi Putra
NIM : 246410032
Program Studi : Profesi Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan menyatakan bahwa karya tulis ilmiah saya yang berjudul:

"Asuhan Keperawatan Dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di RSUD Jombang" Merupakan karya tulis ilmiah bukan milik orang lain yang secara keseluruhan adalah asli hasil karya penulisan penulis, kecuali teori maupun kutipan yang mana telah disebutkan sumbernya oleh penulis. Surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terbukti pernyataan ini tidak benar, maka saya siap di proses sesuai hukum dan undang-undang yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 18 Juli 2015
Yang Menyatakan,

(Sholikhul Khasan Adi Putra)
246410032

Dipindai dengan CamScanner

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sholikhul Khasan Adi Putra

NIM : 246410032

Program Studi : Profesi Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan menyatakan bahwa karya ilmiah ahir ners saya yang berjudul :

"Asuhan Keperawatan Dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Ruang Bima RSUD Jombang"

merupakan murni karya ilmiah yang secara keseluruhan adalah hasil karya penulis penulis, kecuali teori yang dirujuk dari sumber informas aslinya. Karya tulis ilmiah ini benar-bener bebas dari plagiasi, dan apabila dikemudian hari terbukti melakukan proses plagiasi, maka saya siap diproses sesuai dengan hukum dan undang-undang yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 18 Juli 2025
Yang Menyatakan,

(Sholikhul Khasan Adi Putra)
246410032

Dipindai dengan CamScanner

iii

PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Judul	: Asuhan Keperawatan Dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di RSUD Jombang
Nama Mahasiswa	: Sholikhul Khasan Adi Putra
NIM	: 246410032

TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING

pada tanggal 18 Juli 2025

Pembimbing Ketua	Pembimbing Anggota
Dr. Muarrofah, S.Kep.,Ns.,M.Kes	Ucik Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0023127501	NIDN.0716048102

Mengetahui,

Dekan Fakultas Kesehatan	Ketua Prodi Profesi Ners
ITSKES ICME Jombang	ITSKES ICME Jombang
Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep	Dwi Prasetyaningati, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIDN. 0723048301	NIDN. 0728088806

Dipindai dengan CamScanner

LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKIR NERS

Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah diajukan oleh:

Nama Mahasiswa	: Sholikhul Khasan Adi Putra
NIM	: 246410032
Program Studi	: Profesi Ners
Judul	: Asuhan Keperawatan Dengan Masalah Ketidakstabilan Glukosa Darah Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di RSUD Jombang

Telah berhasil di pertahankan dan di uji di hadapan Dewan Penguji dan
Diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan
Program Studi Profesi Ners

pada tanggal 18 Juli 2025

Komisi Dewan Penguji,

Penguji Utama	:	Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep NIDN. 0723048301	{.....}
Penguji I	:	Dr. Muarrofah,S.Kep.,Ns.,M.Kes NIDN. 0023127501	{.....}
Penguji II	:	Ucik Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kep NIDN.0716048102	{.....}

Mengetahui,

Dekan Fakultas Kesehatan ITSKES ICME Jombang	Ketua Prodi Profesi Ners ITSKES ICME Jombang
Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep NIDN. 0723048301	Dwi Prasetyaningati, S.Kep.,Ns.,M.Kep. NIDN. 0728088806

Dipindai dengan CamScanner

RIWAYAT HIDUP

Penulis lahir di Kediri pada tanggal 16 Oktober 2001 berjenis kelamin Laki-Laki. Penulis merupakan anak pertama dari 3 bersaudara dari pasangan bapak Ali masud dan Ibu Nurul Fiatin.

Pada tahun 2015 penulis lulus dari MI Salafiyah Banaran, Kemudian pada tahun 2017 penulis lulus MTS Al-Fatah Badas yang berada disalah satu desa diwilayah kecamatan Badas Kabupaten Kediri, Pada tahun 2020 penulis lulus dari MAN 4 Kediri, dan pada tahun 2024 penulis lulus Pendidikan Prodi S1 Ilmu Keperawatan di ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang, selanjutnya penulis melanjutkan Pendidikan Profesi Ners di ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang.

Yang menyatakan

Penulis

(Sholikhul Khasan Adi Putra)

246410032

MOTTO

“Untuk apa kamu dilahirkan kalau tidak berguna untuk orang lain”

(UNISMA)

“Selalu ada harga dalam sebuah proses. Nikmati saja lelah-lelah itu. Lebarkan lagi rasa sabar itu. Semua yang kau investasikan untuk menjadikan dirimu serupa yang kau impikan, mungkin tidak akan selalu berjalan lancar. Tapi, gelombang-gelombang itu yang nanti bisa kau ceritakan”

(Boy Candra)

INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG

PERSEMBAHAN

Puji syukur saya ucapkan akan kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat, hidayah serta karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ners dengan judul "Asuhan Keperawatan Dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2" sesuai dengan yang dijadwalkan. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat.

Saya persembahkan skripsi ini kepada :

1. Prof. Drs. Win Darmanto, M.Si.,Med.Sci.,Ph.D selaku Rektor ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang yang telah memberikan motivasi dan kesempatan serta fasilitas kepada penulis untuk menimba ilmu, mengikuti dan menyelesaikan pendidikan.
2. Ibu Inayatur Rosyida, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Dekan fakultas Kesehatan serta menjadi dosen penguji yang selalu memberikan motivasi dan inspirasi kepada penulis
3. Ibu Dr.Muarrofah.,S.Kep.,Ns.,M.Kep yang selalu sabar dalam membimbing, membrikan ilmu, nasehat dan memotivasi saya dalam proses mengerjakan skripsi, semoga ilmu yang diberikan menjadi ilmu yang berkah dan bermanfaat di dunia mapun akhirat
4. Ibu Ucik Indrawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep yang selalu memberikan arahan serta motivasi dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ners ini.
5. Bapak dan Ibu dosen Profesi Ners Fakultas Kesehatan ITSKes ICMe Jombang, terimakaih yang sebesar besarnya saya ucapkan atas semua ilmu, nasehat yang telah diberikan. Semoga ilmu yang diberikan menjadi ilmu yang mendatangkan keberkahan dan manfaat di dunia dan diakhirat
6. Kedua orang tua saya Bapak Ali Masud dan Ibu Nurul Fatin serta kedua adikku Febby Lukman Azhari dan Mafaza Coriatul Zuhruf, terima kasih sebesar-besarnya penulis berikan kepada kalian atas segala bentuk bantuan, semangat, doa, dan dukungan tiada henti yang diberikan selama ini. Terimakasih juga atas cinta dan kasih sayang yang tiada henti yang semoga Alloh SWT selalu memberikan nikmat kesehatan,kemudahan dan keberkahan rezeki.
7. Kepada partner hidup saya yang terkasih yang tak kalah penting kehadirannya, Cindy Purbawati, S.Ak yang telah membersamai penulis selama proses penyusunan dan pengerjaan karya tulis akhir ners dalam kondisi apapun. Terimakasih telah mendengarkan keluh kesah, memberikan dukungan semangat, tenaga, pikiran, materi maupun bantuan, support system terbaik dan senantiasa sabar menghadapi saya. Harapan saya semoga Alloh mengganti berkali-kali lipat san kita bisa sukses bersama sesai dengan apa yang kita impikan…, Aamiin.
8. Seluruh teman-teman angkatan Profesi Ners 2025 yang diberi julukan Ibnu Sina25 yang tidak bisa disebutkan satu persatu. Terimakasih selalu

memberikan support yang tiada akhir dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah akhir ners ini, semoga kita bisa bertemu kembali di kesuksesan kita.

9. Sholikhul Khasan Adi Putra,S.Kep terima kasih telah mampu berusaha keras dan berjuang sejauh ini. mampu mengendalikan diri dari berbagai tekanan diluar keadaan dan tak pernah memutuskan menyerah sesulit apapun proses penyusunan karya tulis akhir ners ini dengan menyelesaikan sebaik dan semaksimal mungkin. Penulis janji bahwa kamu akan baik-baik saja setelah ini

Dalam penulisan tugas akhir karya ilmiah ini tentu masih terdapat banyak kekurangan dan kesalahan. oleh sebab itu, kritik dan saran yang membangun diharapkan dapan menjadi bahan perbaikan penulis. Semoga karya tulis akhir ners ini dapat bermanfaat bagi seluruh pihak tak terkecuali penulis. Walaupun penulis telah menerima banyak bantuan, namun segala kesalahan dalam karya ilmiah akhir ners ini sepenuhnya menjadi tanggung jawab penulis

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat limpahan Rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan Judul Asuhan Keperawatan dengan masalah ketidakstabilan glukosa darah pada pasien diabetes melitus tipe 2 di RSUD Jombang. Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Profesi Ners (Ns) pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Kesehatan ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang.

Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terimakasih yang sebesar besarnya dengan hati yang tulus kepada Prof. Drs. Win Darmanto, M.Si.,Med.Sci.,Ph.D Selaku Rektor ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan, Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Dekan Fakultas Kesehatan dan Dwi Prasetyaningati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Profesi Ners, Dr. Muaroffah, M.Kes selaku pembimbing ketua dan Ucik Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kep_selaku pembimbing anggota yang telah memberikan waktu dan bimbingan kepada saya untuk menyelesaikan Karya Ilmiah akhir Ners saya.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Imiah Akhir Ners ini jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap Karya Ilmiah Akhir Ners ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Jombang,18 Juli 2025

Penulis

(Sholikhul Khasan Adi Putra)

246410032

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2
Diruang Bima Rumah Sakit Umum Daerah Jombang

Sholikhul Khasan Adi Putra[1], Muarrofah[2], Ucik Indrawati[3]
Profesi Ners Fakultas Kesehatan ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang
Email : Sholikhulkhasan16@gmail.com

Latar Belakang: Diabetes Melitus (DM) tipe 2 adalah penyakit metabolik kronis yang ditandai dengan ketidakmampuan tubuh memproduksi atau menggunakan insulin secara efektif, sehingga menimbulkan ketidakstabilan kadar glukosa darah dan risiko komplikasi. Asuhan keperawatan berperan penting dalam membantu pasien mencapai kontrol glikemik optimal melalui proses pengkajian hingga evaluasi. **Tujuan:** Penulisan ini bertujuan menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah akibat DM tipe 2 di RSUD Jombang. **Metode:** Penulisan menggunakan desain studi dokumentasi pada satu pasien DM tipe 2. Data diperoleh melalui telaah dokumen asuhan keperawatan yang sudah dilakukan. Proses keperawatan dilakukan sesuai standar SDKI, SIKI, dan SLKI, selanjutnya dilakukan pengumpulan data, mereduksi data, penyajian adata dan kesimpulan. **Hasil:** Pasien Ny. S (60 tahun) mengalami hiperglikemia (glukosa darah sewaktu 449 mg/dl, HbA1c 10,5%), keluhan lemas, mual, muntah, serta luka diabetik pada kaki kiri. Diagnosa keperawatan yang muncul adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin dan gangguan integritas kulit b.d neuropati perifer. Intervensi yang diberikan meliputi manajemen hiperglikemia, pemantauan gula darah, edukasi diet, pemberian insulin, dan perawatan luka. Setelah 3 hari perawatan, kadar glukosa darah menurun hingga 190 mg/dl, luka membaik, dan pasien memahami sebagian edukasi diet. **Kesimpulan:** Asuhan keperawatan komprehensif dapat menurunkan kadar glukosa darah dan memperbaiki kondisi luka pasien DM tipe 2. Kesenjangan teori–fakta menunjukkan perlunya edukasi berkelanjutan, pemantauan mandiri, dan dukungan keluarga agar kontrol glikemik lebih optimal.

Kata Kunci : Diabetes tipe 2, Ketidakstabilan glukosa darah, Studi kasus

ABSTRACT

NURSING CARE FOR BLOOD GLUCOSE LEVEL INSTABILITY IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS
In the Bima Room of the Jombang Regional General Hospital

Sholikhul Khasan Adi Putra[1], Muarrofah[2], Ucik Indrawati[3]
Profesi Ners Fakultas Kesehatan ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang
Email : Sholikhulkhasan16@gmail.com

Background: *Type 2 diabetes mellitus (DM) is a chronic metabolic disease characterized by the body's inability to produce or use insulin effectively, leading to unstable blood glucose levels and the risk of complications. Nursing care plays a crucial role in helping patients achieve optimal glycemic control through assessment and evaluation.* ***Objective:*** *This study aims to describe nursing care for patients with unstable blood glucose levels due to type 2 diabetes mellitus (DM) at Jombang Regional General Hospital.* ***Methods:*** *The study used a documentation study design on one patient with type 2 diabetes. Data were obtained through a review of existing nursing care documents. The nursing process was carried out in accordance with the SDKI, SIKI, and SLKI standards.* ***Results:*** *Patient Mrs. S (60 years old) experienced hyperglycemia (random blood glucose 449 mg/dl, HbA1c 10.5%), complaints of weakness, nausea, vomiting, and diabetic wounds on the left foot. The nursing diagnoses that emerged were unstable blood glucose levels related to insulin resistance and impaired skin integrity related to peripheral neuropathy. Interventions provided included hyperglycemia management, blood sugar monitoring, diet education, insulin administration, and wound care. After 3 days of treatment, blood glucose levels decreased to 190 mg/dl, the wound improved, and the patient understood some of the diet education.* ***Conclusion:*** *Comprehensive nursing care can reduce blood glucose levels and improve wound conditions in type 2 DM patients. The theory-fact gap indicates the need for ongoing education, self-monitoring, and family support for more optimal glycemic control.*

Keywords: Diabetes Type 2, unstable blood glucose levels, Case Study

DAFTAR ISI

COVER DALAM i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN ..... Error! Bookmark not defined.
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI..... Error! Bookmark not defined.
PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS ..... Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKIR NERS .. Error! Bookmark not defined.
RIWAYAT HIDUP vi
MOTTO vii
PERSEMBAHAN..... viii
KATA PENGANTAR..... x
ABSTRAK xi
***ABSTRACT* ..... xii**
DAFTAR ISI..... xiii
DAFTAR TABEL xv
DAFTAR GAMBAR..... xvi
DAFTAR LAMPIRAN xvii
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN xviii
BAB 1 PENDAHULUAN 1
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Rumusan masalah..... 3
1.3 Tujuan 4
1.3.1 Tujuan Umum 4
1.3.2 Tujuan Khsus 4
1.4 Manfaat 4
1.4.1 Teoritis 4
1.4.2 Praktis..... 5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA..... 6
2.1 Konsep Diabetes Melitus 6
2.1 1 Definisi..... 6
2.1.2 Klasifikasi Diabetes melitus..... 6
2.1.3 Etiologi..... 7
2.1.4 Manifestasi Klinis 9
2.1.5 Patofisiologis..... 11
2.1.6 Patway..... 13
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik..... 14
2.1.8 Penatalaksanaan 14
2.1.9 Komplikasi 16
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien..... 17

2.2.1 Pengkajian Keperawatan 17
2.2.2 Diagnosa Keperawatan 21
2.2.3 Rencana Keperawatan 21
2.2.4 Implementasi 26
2.2.5 Evaluasi 27
BAB 3 METODE PENULISAN 29
3.1 Desain Penulisan 29
3.2 Batasan Istilah 29
3.3 Partisipan 30
3.4 Lokasi, Waktu Penulisan 30
3.5 Pengumpulan Data 30
3.6 Uji Keabsahan Data 31
3.7 Analisa Data 31
3.8 Etika Penlitian 32
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN 34
4.1 Hasil 34
4.2 Pembahasan 50
4.2.1 Pengkajian 51
4.2.2 Diagnosa keperawatan 53
4.2.3 Intervensi keperawatan 54
4.2.4 Implementasi keperawatan 56
4.2.5 Evaluasi keperawatan 57
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN 59
5.1 Kesimpulan 59
5.2 Saran 60
DAFTAR PUSTAKA 61
LAMPIRAN 63

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan..... 21
Tabel 4. 1 Tabel aktifitas dan latihan……..……..37
Tabel 4. 2 Tabel pemeriksaan darah 39
Tabel 4. 3 Tabel terapi farmakologis 39
Tabel 4. 4 Tabel analisa data..... 39
Tabel 4. 5 Tabel Intervensi Keperawatan 41
Tabel 4. 6 Implementasi keperawatan..... 44
Tabel 4. 7 Tabel evaluasi keperawatan 46

INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Patway Diabetes Melitus 13

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan 63
Lampiran 2 Lembar Inform Consent 64
Lampiran 4 Format Asuhan Keperawatan 65
Lampiran 5 Lampirran Bimbingan KIAN 1 77
Lampiran 6 Lampiran Bimbingan KIAN 2 78
Lampiran 7 Lembar Kaji Etik 79
Lampiran 8 Surat Pengecekan Judul 80
Lampiran 9 Surat Keterangan Plagiasi 81
Lampiran 10 Hasil Turnit *Digital Receipt* 82
Lampiran 11 Presentase Turnitin 83
Lampiran 12 Surat Pernyataan Kesediaan Unggah 84

INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Daftar Lambang

%	: Persentase.
>	: lebih dari
<	: kurang dari

Daftar Singkatan

WHO	:*Word Health Organization.*
KEMENKES	:Kementrian Kesehatan
PERKENI	: Perkumpulan Endokrinologi Indonesia
IMT	: Indeks Masa Tubuh
KG	: Kilo Gram
Mg	: Miligram
DM	: Diabetes Melitus
Px	: Pasien

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dm ialah permasalahan metabolik kronis yang ditunjukkan melalui peningkatan kadar gula darah, disebabkan oleh produksi insulin yang tidak mencukupi oleh pankreas atau penurunan efektivitas kerja insulin dalam tubuh. Gangguan ini menyebabkan kelainan dalam Proses pengolahan karbohidrat, lemak, dan protein dalam tubuh, yang bila tidak dikontrol dengan tepat dapat menimbulkan sejumlah masalah kesehatan jangka panjang, baik mikroangiopati maupun makroangiopati (Renaldi et al., 2022). Insulin merupakan hormon yang sangat penting dalam proses homeostasis glukosa, dan diproduksi oleh sel beta di pulau Langerhans pankreas. Salah satu permasalahan keperawatan yang umum dijumpai dengan penyakit Dm ialah kemungkinan terjadinya fluktuasi kadar glukosa darah. Kondisi ini dapat terjadi akibat berbagai faktor, seperti kelainan genetik, ketidakpatuhan terhadap regimen pengobatan, Kebiasaan makan yang tidak teratur, minimnya aktivitas fisik, tekanan psikologis, dan gaya hidup yang kurang sehat. Ketidakseimbangan kadar glukosa darah dapat menyebabkan hiperglikemia atau hipoglikemia yang berdampak serius terhadap kesehatan pasien jika tidak ditangani secara tepat dan cepat.

Berdasarkan data dari *WHO* (WHO, 2023), Jumlah orang yang menderita diabetes di dunia telah mencapai 230 juta, dan angka ini terus mengalami peningkatan secara berkelanjutan sebesar 3% setiap tahun, atau setara dengan 7 juta kasus baru per tahun. WHO memperkirakan bahwa jumlah total kasus diabetes mencapai 350 juta orang pada tahun 2025. Di Indonesia, menurut catatan Dinas

Kesehatan Kabupaten Jombang, pada tahun 2018 terdapat 24.000 jiwa yang menderita diabetes, dan jumlah ini meningkat menjadi 35.000 penderita pada tahun 2023 (Sudoyo.A.W, 2022).

Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit metabolik yang muncul akibat berbagai faktor, termasuk gaya hidup tidak sehat, konsumsi makanan tinggi gula dan lemak, kurangnya aktivitas fisik, serta predisposisi genetik. Penyakit ini ditandai dengan gangguan Pengeluaran insulin atau berkurangnya respons tubuh terhadap insulin sel terhadap insulin, yang menyebabkan kadar glukosa darah meningkat secara tidak normal (Renaldi et al., 2022). Salah satu Masalah keperawatan yang paling sering ditemukan pada pasien dengan diabetes mellitus tipe 2 meliputi ketidakpatuhan terhadap diet yang telah dianjurkan. Ketidakpatuhan ini umumnya disebabkan oleh kurangnya pengetahuan pasien tentang pola makan sehat, kejenuhan terhadap terapi diet, kesalahan persepsi mengenai makanan yang aman, dan ketidakcocokan antara selera dengan menu diet yang diberikan (Renaldi et al., 2022). Apabila kondisi ini tidak dikendalikan, maka akan terjadi ketidakstabilan kadar glukosa darah, yang sangat berisiko menimbulkan komplikasi jangka panjang. Ketidakteraturan kadar glukosa darah menjadi indikator bahwa manajemen penyakit tidak berjalan optimal, terutama jika diet, sebagai salah satu dari empat pilar utama pengelolaan DM (diet, olahraga, edukasi, dan farmakoterapi), tidak dijalankan dengan baik. Dalam jangka panjang, ketidakpatuhan terhadap diet dan manajemen DM yang buruk dapat menyebabkan komplikasi serius, seperti neuropati diabetika, nefropati diabetik, retinopati, hingga peningkatan risiko penyakit kardiovaskular. Oleh karena itu, edukasi kesehatan yang berkelanjutan sangat penting untuk meningkatkan pemahaman pasien tentang

pentingnya pengaturan pola makan sehat dan seimbang dalam pengendalian DM tipe 2.

Diabetes melitus adalah penyakit kronis yang belum bisa disembuhkan, namun kadar gula darah dapat dikendalikan dengan pengelolaan yang tepat. Kadar glukosa darah yang tidak terkontrol dapat menyebabkan komplikasi serius, seperti kaki diabetik, gangguan ginjal, saraf, mata, hingga kematian. Karena itu, pengelolaan mandiri yang baik sangat diperlukan. (PERKENI, 2020). Pengelolaan diabetes melitus mencakup empat pilar utama: edukasi, diet, aktivitas fisik, dan pengobatan. Kontrol yang baik penting untuk mencegah komplikasi kronis yang memperparah kondisi pasien (Darajat et al., 2024). Pasien diabetes kerap mengalami stresor fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan, seperti ketidakpatuhan diet, beban emosional, kecemasan, serta minimnya dukungan keluarga. Hal ini dapat mengganggu kestabilan glukosa darah dan menimbulkan masalah keperawatan yang kompleks. Hail pengamatan selama praktik keperawatan di RSUD Jombang menunjukkan banyak pasien diabetes mengalami ketidakstabilan glukosa darah akibat stresor. Karena itu, penulis tertarik mengangkat kasus ini dalam asuhan keperawatan berjudul: “Asuhann Keperawatann dengann Masalahn Ketidakstabilann Glukosan Darahn padan Pasien Diabetesn Melitusnn di Rumah sakit umum daerah Jombang.”

1.2 Rumusaan masalah

Bagaimana bentuk asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan masalah ketidakstabiilan glucosa darah Dm type 2 di RSUD Jombang?

1.3 Tujuaan

1.3.1 Tujuaan Umumm

Menganalisiis gambaran Tindakan keperawatan pada pasien yang menghadapi masalah ketidakseimbangan glukosa darah di RSUD Jombang

1.3.2 Tujua Khsus

1. Mengidentifiikasi gambaran Anamnesa keperawatan pada pasien diabetes melitus yang mengalami ketidakstabiilan glucosa darah di Rumah sakit umum daerah Jombang
2. Mengidentifiikasi gambaran diagnostic keperawatan pada pasien diabetes melitus yang mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah di Rumah sakit umum daerah Jombang
3. Mengidentifiiksi gambaran rencana keperawatan pada pasien diabetes melitus yang mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah di Rumah sakit umum daerah Jombang
4. Mengidentifiikasi gambaran tindakan keperawatan pada pasien diabetes melitus yang mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah di Rumah sakit umum daerah Jombang
5. Mengidentifiikasi gambaran evaluasii keperawatan pada pasien diabetes melitus yang mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah di Rumah sakit umum daerah Jombang

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Studi dianggap berguna untuk pengembangan kebijakan atau panduan asuhan keperawatan bagi pasien yang menjalani perawatan inap yang mengalami

ketidakstabilan glukosa darah, sehingga manajemen perawatan dapat lebih terarah dan hasil klinis meningkat.

1.4.2 Praktis

1. Untuk Instansi RS

   Penelitian ini dapat mendukung rumah sakit dalam menyediakan asuhan keperawatan bagi pasien diabetes melitus yang mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah

2. Untuk Instansi pendidik

   Hasil studi kasus ini diharapkan menjadi referensi untuk meningkatkan pengetahuan, praktik keperawatan, dan pengembangan profesi dalam menangani pasien dengan ketidakstabilan glukosa darah.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Diabetes Melitus

2.1 1 Pengertian

Dm ialah keadaanmedis dimana dicirikan dengan tingginya glukosa didarah, akibat masalah dengan produksi atau penggunaan insulin. Akibat dari kekurangan kurang pekanya insulin atau tidak dapat produksiinsulin dapat muncul akibat kelainan pada produksi insulin,fungsi insulin atau keduanya, menurut *American Diabetes Association* (Junaiddin, 2020).

2.1.2 Jenis Diabetes melitus

Dm dapat dikelompokkan kedalam 3 bagian yaitu :

1. Dm type 1

   Merupakan keadaan tubuh system ketahanan tubuh diserang dan merusak sel betha di pancreas yang bertugas produksi insulin. Akibatnya,tubuh tidak dapat menghasilkan insulin atau hanya memproduksi dalam jumlah yang sangat sedikit. Biasanya didiagnosis pada anak serta remaja, bisa juga dialami orang dewasa.

2. Dm type 2

   Dm type-2 terjadi karena hilangnya kemampuan sel B untuk mengeluarkan insulin secara memadai, yang biasanya terjadi secara bertahap. Kondisi ini sering disertai dengan resistensi insulin.

3. Fakor penyebab yang lain

Terdapat jenis diabetes melitus lainnya yang menjadi permasalahan metabolic, yang dilihat peningkatan kadar gula darah. Penyebabnya bisa bervariasi, termasuk kelainan genetic yang mempengaruhi fungsi sel beta, gangguan genetic pada kerja insulin, penyakit eksokrin, endokrinopati, penggunaan obat atau bahan kimia tertentu, infeksi, faktor imunologis yang jarang, serta sindrom genetic lain yang berkaitan dengan diabetes melitus.

4. Diabetes melitus gestasional

Diabetes terdiagnostic saat masa kehamilan dalam trimester kedua atau ketiga kehamilan yang belum begitu jelas. Serta penyakit gula yang dijumpai sebelum dan masa kehamilan (Care & Suppl, 2022).

2.1.3 Etiologi

Faktor resiko terjadinya Diabetes tipe 2 dipengaruhi oleh dua jenis faktor yang bida dimodifikasi dan tidak bisa dimodifikasi (Nuraisyah, 2020).

1. Faktor bisa dimodifikasi

a. Faktor obesitas

berat badan berlebih adalah kondisi penumpukan lemak tubuh yang berlebihan, dimana jumlah kalori yang masuk ketubuh melebihi jumlah yang dibakar melalui aktifitas fisik. Hal ini mengakibatkan lemak berkumpul dan rentan resiko diabetes melitus tipe 2. Kriteria obesitas meliputi indeks massa tubuh IMT >25 kg/m2 atau ukuran lingkar perut >80 cm pada wanita dan pada pria >90 cm

b. Defisit oleh raga

Defisit bergerak atau olah raga yang bisa membakar lemak meningkatkan resiko diabetes tipe 2. Kelompok masyarakat yang memiliki penghasilan tinggi cenderung kurang melakukan olah raga. Hal yang bisa mencegah Dm tipe 2 adalah dengan menjaga berat badan dan melakukan olahraga minimal 30 menit setiap hari

c. Tekanan darah tinggi

Menurut studi, terdapat hubungan antara riwayat hipertensi rentang terkena Dm dalam terkena penyakit Dm yang bandingkan dengan orang pengidap diabetes miletus tanpa hipertensi

d. Merokok

Merokok merupakan faktor risiko yang sering terkait dengan berbagi permasalahan pada tubuh seperti permasalahan kelebihan gula. Sudi menjelasakan bahwa nikotin dan bahan kimia yanga da didalam rokok sangat bahaya yang dapat menurunkan sensitivas insulin. bahan kimia pada rokok juga dapat meningkatkan hormone katekolamin seperti epinefrin dan norepinefrin dalam tubuh, yang dapat meningkatkan tekanan darah, denyut jantung, glukosa darah serta laju pernafasan

2. Faktor yang tidak dapat di modifikasi

a. Keluarga dengan resiko diabetes

Genetika juga dapat meningkatkan kejadian penyakit gula. Jika suatu dalam keluarga memiliki riwayat gula maka resiko terkena akan lebih besar mengalami diabetes melitus. Yang mana riset ini sudah diamati dengan genetic diabetes yang memiliki kaitannya dengan Human Leukocyte Antigen yang spesifik

b. Umur

Umur meningkatkan risiki mengalami diabetes melitus. Tjekyan, 2014 dalam penulisan (Nuraisyah, 2020) mengakatan bahwa pada negara berkembang usia yang berisiko adalah usia diatas 45 tahun dan pada negara maju penduduk yang lebih berresiko adalah sekitar umur 65 tahun keatas

2.1.4 Gejala klinis

Pendapat (Rani & Mulyani, 2021)tanda dan gejala pasien DM, ialah:

1. Tanda awal penderita Dm adalah
   a. Banyaknya jumlah urine yang dikeluarkan
   b. Rasa dahaga yang meningkat akibat keluarnya banyak cairan melalui urine, menyebabkan dehidrasi ekstraseluler. Dehidrasi ini kemudian diikuti dehidrasi intraseluler karena air di dalam sel bergerak keluar mengikuti gradien konsentrasi plasma yang pekat. Dehidrasi intraseluler memicu pelepasan hormon antidiuretik (ADH) yang menyebabkan haus yang parah.
   c. mudah merasa lapar yang berlebihan. Kehilangan kalori melalui urine menyebabkan penurunan berat badan, sehingga penderita sering merasa sangat lapar untuk mengimbangi kehilangan energi.
   d. Kelelahan dan kelemahan otot**:** rasa lelah dan lemahnya otot terjadi akibat gangguan aliran darah pada pasien diabetes jangka panjang, katabolisme protein di otot, serta ketidakmampuan sebagian besar sel untuk memanfaatkan energi dengan optimal.
2. Gangguan lain yang muncul

a. Peningkatan angka infeksi akibat penurunan protein sebagai bahan pembentukan pembentukan antibody, peningkatan konsentrasi glukosa disekresi mukus, gangguan fungsi imun dan penurunan aliran Peningkatan lendir, gangguan sistem kekebalan tubuh, dan berkurangnya asupan dayah pasien dengan Dm kronis.
b. Kelainan kulit muncul gatal-gatal dan bisul, biasanya pada area lipatan kulit seperti ketiak dan bawah payudara, sering disebabkan oleh pertumbuhan jamur.
c. Kelainan ginekologis**:** keputihan yang paling sering disebabkan oleh infeksi.
d. kaki rasanya kebas dan kram: Terjadi sebagai akibat neuropati, di mana regenerasi sel terganggu karena kekurangan protein sebagai bahan dasar utama, sehingga banyak sel saraf, khususnya pada bagian perifer, mengalami kerusakan.
e. Turunnya kekuatan otot dan stamina.
f. Penurunan energi metabolik atau berat badan: proses glikolisis sel terganggu sehingga energi tidak dihasilkan secara optimal.
g. Luka sulit sembuh**:** penyembuhan luka terhambat karena kebutuhan protein dan nutrisi lain digunakan untuk energi, sehingga suplai bahan untuk regenerasi jaringan rusak menjadi terbatas.
h. Gangguan seksual pada pria**:** impotensi, berkurangnya ejakulasi, dan menurunnya dorongan seksual akibat rusaknya hormone testostereon.
i. Gangguan pengelihatan dikarenakan tingginya gula yang mengakibatkan penutupan lensa mata.

2.1.5 Patofisiologis

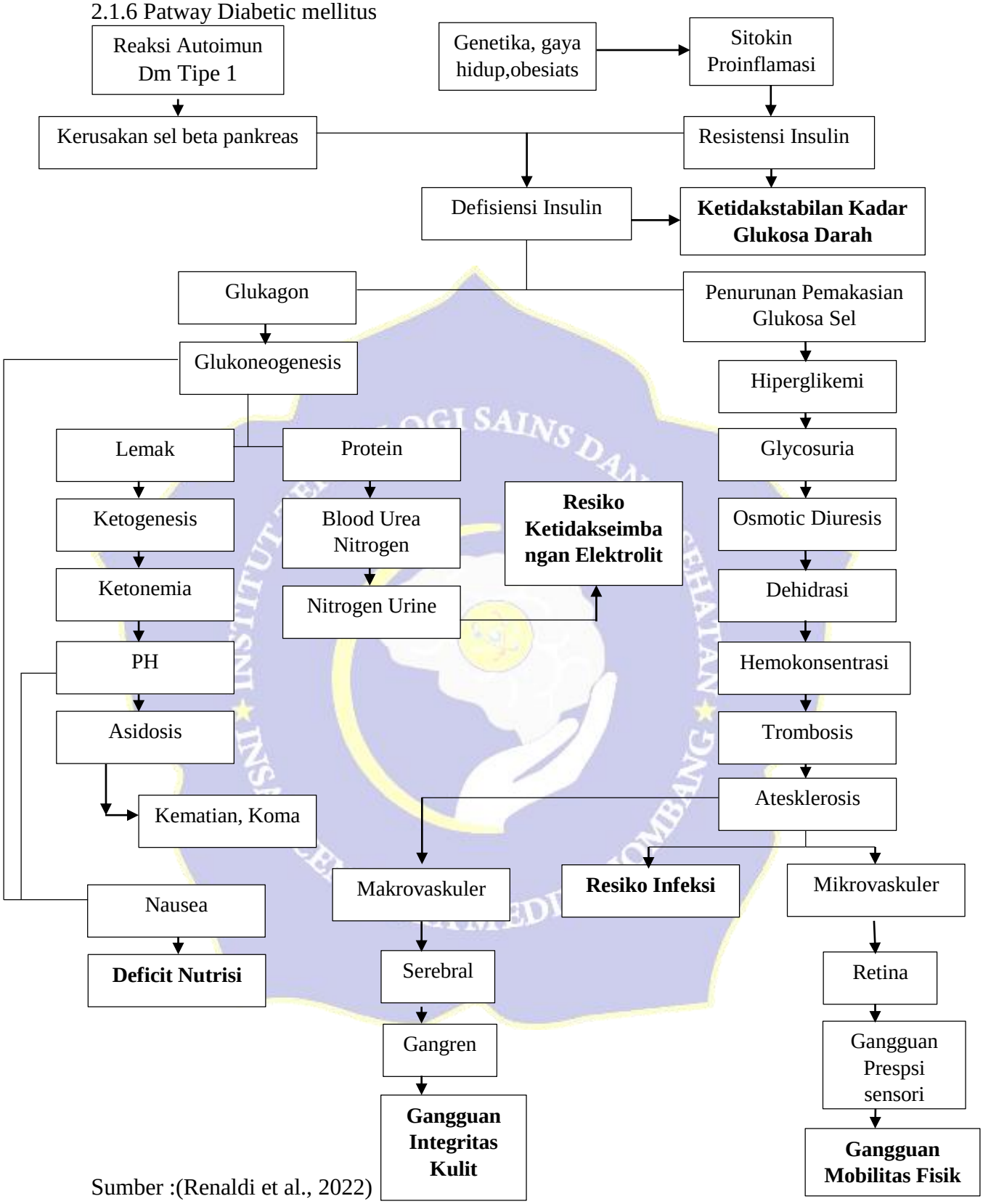
Menurut (Widiasari et al., 2021), **Diabetes tipe I** terjadi ketika tubuh tdk mampu memproduksi gula karenapankeas sudah resisten hancur akibat serangan autoimun. Ketika insulin tidak tersedia, produksi glukosa oleh hati tidak terkontrol sehingga menyebabkan kelebihan gula. Kadar gula darah sangat banyak, Ketidakmampuan ginjal untuk menyerap kembali glukosa yang tersaring menyebabkan glukosuria. Kehilangan glukosa ini memicu diuresis osmotik, yang menimbulkan frekuensi buang air kecil meningkat (poliuria) dan rasa haus berlebihan pada pasien.

Kekurangan insulin juga mengganggu metabolisme protein dan lemak, sehingga menyebabkan penurunan berat badan. Pasien mungkin mengalami peningkatan nafsu makan (polifagia) sebagai kompensasi atas berkurangnya cadangan kalori. Gejala lain yang muncul termasuk rasa lelah dan kelemahan. Pada kondisi normal, insulin mengatur glikogenolisis (pemecahan glukosa yang tersimpan) dan glukoneogenesis (pembentukan glukosa baru dari asam amino dan senyawa lain). Namun, pada pasien dengan defisiensi insulin, kedua proses ini berlangsung tanpa kendali, yang semakin meningkatkan kadar glukosa darah (hiperglikemia). Selain itu, pemecahan lemak juga terjadi, yang mengakibatkan peningkatan produksi produksi badan keton yang merupakan produk samping samping pemecahan lemak. Badan keton merupakan asam yang menggangu keseimbangan asam basa tubuh apabila jumlahnya berlebihan. Ketoasidosis yang timbul dapat menimbulkan gejala seperti nyeri perut, mual, muntah, pernapasan cepat (hiperventilasi), dan nafas berbau aseton. Jika tidak ditangani, kondisi ini dapat menyebabkan perubahan kesadaran, koma, hingga kematian. Pemberian

insulin bersama cairan dan elektrolit sesuai kebutuhan dapat dengan cepat memperbaiki gangguan metabolik, sekaligus mengatasi gejala hiperglikemia dan ketoasidosis. Terapi yang penting juga meliputi diet, olahraga, dan pemantauan kadar gula darah secara rutin.

Pada diabetes tipe II, terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin, yakni resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Secara normal, insulin akan mengikat reseptor khusus pada permukaan sel, sehingga memicu serangkaian reaksi yang mengatur metabolisme glukosa di dalam sel. Pada diabetes tipe II, resistensi insulin menyebabkan penurunan respons intraseluler terhadap insulin. Karena intoleransi glukosa berkembang secara lambat dan progresif selama bertahun-tahun, onset diabetes tipe II sering tidak terdeteksi. Saat gejala muncul, biasanya bersifat ringan, seperti kelelahan, mudah marah (iritabilitas), Sering buang air kecil (poliuria), peningkatan rasa haus (polidipsi), luka pada kulit yang sulit sembuh, infeksi pada area vagina, atau pandangan kabur apabila kadar glukosa sangat tinggi.

2.1.6 Patway Diabetic mellitus



Sumber :(Renaldi et al., 2022)

Gambar 2. 1 Patway Diabetes melitus tipe 2

2.1.7 Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan kadar serum glukosa
    a. Gula darah puasa: lebih dari 120 mg/dl pada dua kali pemeriksaan
    b. Gula darah 2 jam pasca makan (PP): 200 mg/dl
    c. Gula darah sewaktu: lebih dari 200 mg/dl
2. Tes toleransi glukosa

    Nilai diagnostik menunjukkan kadar glukosa darah awal kurang dari 140 mg/dl, dengan hasil 2 jam setelah pemberian beban glukosa 75 gram mencapai 200 mg/dl atau lebih pada salah satu pengukuran.
3. HbA1C

    Kurang dari 8% mengindikasikan diabetes melitus yang tidak terkontrol.

    Pemeriksaan kadar glukosa urin (Hasanuddin, 2020)

2.1.8 Tatalaksana

Tujuan utama terapi diabetes adalah menyeimbangkan fungsi insulin dan kadar glukosa darah guna mengurangi risiko komplikasi vaskular dan neuropatik. Pada setiap tipe diabetes mellitus, terapi bertujuan menjaga kadar glukosa darah tetap normal tanpa menimbulkan hiperglikemia atau gangguan signifikan pada aktivitas pasien. Penatalaksanaan diabetes mencakup lima komponen utama: diet, olahraga, pemantauan, pemberian terapi, dan edukasi kesehatan.

1. Tatalaksana Dieet

    Prinsip umum diet seimbang dan pengaturan berat badan menjadi dasar utama dalam penatalaksanaan diabetes mellitus.

    Tujuan tatalaksana gizi nutrisi :

a. Memberikan semua unsur maka makanan esensial misal vitamin, mineral.
b. Mencapai dan mempertahankan berat badab yang sesuai.
c. Memenuhi kebutuhan energi tubuh.
d. Mencegah fluktuasi harian kadar glukosa darah dengan menjaga agar tetap mendekati normal melalui metode yang aman dan praktis.
e. Menurunkan kadar lipid darah jika mengalami peningkatan

2. Olahraga

oalahraga memiliki peran penting dalam penatalaksanaan diabetes mellitus karena dapat menurunkan kadar glukosa darah sekaligus mengurangi risiko penyakit kardiovaskular. Aktivitas fisik membantu menurunkan glukosa darah dengan meningkatkan penyerapan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemanfaatan insulin. Selain itu, olahraga juga meningkatkan sirkulasi darah dan memperkuat tonus otot (Darajat et al,2024).

3. Pantauan

Pemantauan kadar glukosa dan keton secara mandiri bertujuan untuk mendeteksi serta mencegah terjadinya hipoglikemia dan hiperglikemia..

4. Pengobatan

a. Hormon Pankreas

Dosis yang dibutuhkan ditentukan berdasarkan kadar glukosa darah pasien.

b. Obat yang diminum untuk membantu menurunkan kadar gula darah pada pasien diabetes yaitu :

1) Sullfonaria

- Asetoheksamid (250 mg, 500 mg)
- Clorpopamidn (100 mg, 250 mg)
- Glipiziid (5 mg, 10 mg)
- Gliburid (1,25 mg : 2,5 mg : 5 mg)
- Totazamied (100 mg : 250 mg : 500 mg)
- Tolbutamied (250 mg, 500 mg)

2) Biguanied

- Metformint 500 mg

5. Edukasi

Informasi yang perlu diberikan kepada pasien meliputi:

a. Penjelasan sederhana tentang patofisiologi diabetes mellitus, cara pengobatan termasuk efek samping obat, serta pengenalan dan pencegahan hipoglikemia dan hiperglikemia.
b. Tindakan pencegahan, seperti perawatan kaki, perawatan mata, dan menjaga kebersihan diri secara umum.
c. Upaya untuk meningkatkan kepatuhan pasien terhadap program diet dan penggunaan obat

2.1.9 Komplikasi

Berikut adalah beberapa kerusakan dan gangguan yang dapat timbul sebagai komplikasi dari penyakit diabetes mellitus:

1. Rusaknya pada pembuluh darah (*vasculopathy*)

Kerusakan pada dinding pembuluh darah dapat menimbulkan masalah pada jantung dan otak, serta gangguan aliran darah di kaki. Hal ini

mengakibatkan terganggunya sirkulasi makro dan mikro, meningkatnya tekanan darah, serta risiko infark pada hati dan otak.

2. Permasalahan jantung

Gangguan pada pembuluh darah akan mengurangi aliran darah ke berbagai organ dan jaringan tubuh, termasuk jantung, otak, dan kaki jantung terhambat atau terjadi ischemia (kekurangan oksigen di otot jantung), timbul angina pectoris (sakit di daerah dada, lengan, dan rahang), Bahkan, kondisi ini pada akhirnya dapat memicu serangan jantung. Kadang-kadang infark jantung terjadi tanpa adanya keluhan angina pectoris.

3. Gangguan fungsi pembuluh darah otak

Kerusakan pada pembuluh darah otak dapat mengganggu aliran darah ke jaringan otak, meningkatkan risiko stroke dan gangguan neurologis lainnya

2.2 Teori Asuhaan Keperawataan

2.2.1 Anamnesa Keperawataan

Pengkajian adalah proses utama dalam praktik keperawatan, dilakukan secara sistematis untuk memastikan kesejahteraan klien. Pendekatan ini harus mempertimbangkan aspek fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan secara menyeluruh (Raharjo, 2018).

1. Profile pasien

Pengkajian awal terhadap pasien dimulai dengan pengumpulan data identitas secara lengkap untuk mendukung proses asuhan keperawatan yang terarah dan tepat sasaran. Informasi yang dikaji meliputi: nama klien, nomor catatan klinis, usia, orientasi (waktu, tempat, dan orang), tingkat pendidikan

terakhir, alamat tempat tinggal, pekerjaan saat ini, keyakinan atau agama, identitas sosial dan budaya, tanggal serta waktu masuk ke fasilitas pelayanan kesehatan (MRS), nomor pendaftaran pasien, serta penentuan diagnosis klinis oleh dokter spesialis.

Dalam pengkajian ini, klien berada pada rentang usia dewasa awal (18–40 tahun) atau dewasa madya (41–60 tahun) sesuai klasifikasi usia menurut Kemenkes RI (2022). Rentang usia ini sangat penting untuk diperhatikan karena berhubungan dengan respons fisiologis, psikologis, dan sosial terhadap penyakit serta kepatuhan terhadap terapi. Misalnya, klien usia dewasa madya cenderung sudah memiliki pemahaman tentang penyakit kronis seperti diabetes mellitus, tetapi tetap berisiko tinggi mengalami ketidakpatuhan terhadap diet atau pengobatan karena pengaruh stres pekerjaan atau gaya hidup.

2. Kondisi awal

Keluhan yang paling sering muncul akibat Gangguan perfusi jaringan pada pasien diabetes mellitus menekankan pentingnya mengenali gejala umum penyakit ini. Keluhan utama meliputi rasa Pasien menunjukkan gejala seperti lapar malam hari, dehidrasi, kesemutan atau mati rasa, kram otot, kantuk berlebihan, ulkus diabetes, dan luka yang sulit pulih.

3. Catatan kesehataan

a. Catatan kesehataan sekarang

anmnesa dari catatan kesehatan saat ini bertujuan agar perawat memperoleh informasi mengenai rangkaian pengalaman pasien, mulai dari awal munculnya keluhan nyeri hingga saat pasien memutuskan

untuk Mencari informasi mengenai riwayat penyakit, Catat kapan pasien didiagnosis diabetes mellitus dan berapa lama menderita. Semua keluhan pasien harus didokumentasikan secara lengkap dalam catatan kesehatan.

b. Catatan Penyakit Dulu

Dalam riwayat klinis sebelumnya, Sebelum menangani kasus diabetes terkait sistem perfusi, petugas terlebih dahulu mencatat serta mengumpulkan informasi mengenai riwayat penyakit pasien. Hal ini meliputi apakah pasien pernah mendapatkan pengobatan sebelumnya, jenis penyakit yang dialami, serta temuan medis yang ada, termasuk riwayat penyakit jantung, aterosklerosis, dan kondisi kesehatan lain yang relevan.

c. Catatan Penyakit Keluarga

Dalam riwayat kesehatan keluarga, petugas medis mengidentifikasi apakah terdapat anggota keluarga dengan penyakit serupa, faktor risiko seperti obesitas, riwayat pankreatitis kronis, atau riwayat melahirkan bayi dengan berat badan tinggi. Selain itu, dicatat juga riwayat glukosuria yang muncul selama kondisi stres (kehamilan, prosedur medis, cedera, infeksi, penyakit) atau penggunaan obat-obatan tertentu, seperti glukokortikosteroid, diuretik tiazid, dan kontrasepsi oral.

4. Pemeriksaasn fisik

a. Pemeriksaan kesadaran klie, BB / TB, tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu

b. Pemeriksaan menyeluruh (Head to Toe)

c. Rambut: diperiksa warna, jenis, bau, serta ada tidaknya luka, lesi, atau lecet
d. Mata: diperiksa apakah sklera ikterik atau tidak, konjungtiva anemis atau normal, ada tidaknya edema pada palpebra, fungsi penglihatan, serta penggunaan alat bantu penglihatan. Pada ibu hamil, konjungtiva sering diperiksa untuk anemia
e. Telinga: diperiksa simetri kiri dan kanan, ada tidaknya serumen, penggunaan alat bantu pendengaran, serta fungsi pendengaran
f. Hidung: diperiksa pola pernapasan (melalui cuping hidung atau tidak), ada tidaknya sumbatan/serumen, dan fungsi penciuman
g. Mulut dan gigi: keadaan mukosa dan bibir (lembab atau kering), kondisi gigi dan gusi (peradangan, pendarahan, karies), kebersihan lidah, dan adanya bau mulut.
h. Leher: diperiksa adanya pembengkakan kelenjar tiroid
i. Genitalia: diperiksa ada tidaknya varises atau edema, serta kebersihan daerah genital.
j. Abdomen: Apakah ada nyeri tekan, membuncit, dan kelainan padaabomen
k. Thorak : Lapang paru, pernafasan, frekunesi nafas, gangguan pernafasan
l. Thorak : diperiksa jantung, apakah ictus cordis dapat diraba atau terlihat, serta adanya kelainan pada irama jantung
m. Payudara : diperiksa bentuk, kondisi puting, dan areola
n. Intergumen : diperiksa warna kulit, kondisi umum kulit, serta turgor kulit apakah normal atau tidak

2.2.2 Diagnostic Keperawataan

Analisis keperawatan merupakan tahap penting dalam menentukan asuhan yang tepat agar klien dapat mencapai kesejahteraan optimal. Proses ini bertujuan untuk mengidentifikasi respons individu, keluarga, dan lingkungan terhadap kondisi kesehatan yang dialami (SDKI, 2027):

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hiperglikemi d.d gangguan toleransi gula darah (D. 0027)
2. Gangguan Intregritas kulit/ jaringan b.d nekrosis luka d.d kerusakan jaringan kulit (D. 0129)
3. Defisit nutrisi terkait dengan ketidakmampuan menyerap nutrien, ditandai dengan penurunaan berat badan min 10% dibatas ideal akibat rendahnya kadar glukosa darah (D.0019)
4. Risiko infeksi terkait penyakit kronis, ditandai adanya gangguan integriitas kuliit (D.0142)
5. Risiko ketidakseimbangann elektrolitt terkait masalah mekanisem tubuh (D.0037)

2.2.3 Rencana Keperawatan

Table 2. 1 Intervervansi Keperawatan

No	Diagnostic Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1.	**Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D. 0027)** Subjektif: 1. Kadar gula tinggi/urin tinggi 2. mengantuk 3. Pusing	Setelah dilkaukan tindakan keperawatan selama……..jam diharapkan **Kestabilan kadar glukosa darah (L. 03022)** Meningkat dengan kriteria hasil:	**Manajemen Hiperglikemia (I.03115)** ***Observasi :*** 1. Meidentifikasi memngkinkan sebab kelebihan gula 2. IdentifiIkasi stressor yang menyebabkan insulin tinggi.

	Gejala dan tanda minor Hiperglikemia Subjektif: 1. Gangguan kesingkronan 2. Kadar gula darah	1. Lelah/Lesu menurun (5) 2. Glukosa dalam darah membaik (5) 3. ngantuk menurun (5) 4. Nyeri kepala menurun (5) 5. Kordinasi meningkat (5)	3. Monitor gula darah,jika perlu. 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 5. Monitor intake dan output cairan 6. Identifikasi faktor yang mempengaruhi asupan gizi 7. Identifikasi perubahan berat badan 8. Identifikasi pola makan mis. konsumsi makanan yang manis ***Terapeutik*** 9. Berikan asupan cairan orsl. 10. Hitung prubahan berat badan 11. Dokumentasikan hasil pemantauan ***Edukasi*** 12. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri. 13. Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral). ***Kolaborasi*** 14. Kolaborasi pemberian insulin
2.	**Gangguan Integritas kulit/ jaringan** b.d neuropati perifer **(D.0129)** Gangguan dan tandamayor : Subjektif :- Objektif: 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan…… jam, diharapkan **intregritas kulit/ jaringan** meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun (5) 2. Kerusakan lapisan kulit menurun (5)	**Perawatan Luka (I. 14564)** ***Observasi:*** 1. Monitor karakteristik luka Monitor tanda-tanda infeksi ***Terapeutik:*** 2. Monitor karakteristik luka Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 3. Bersihkan dengan NaCl atau pembersih Nontoksik Bersihkan salep yang sesuai Pasang balutan sesuai jenis luka

	3. Nyeri menurun (5) 4. perfusi jaringan menurun (5) 5. Pendarahan menurun (5) 6. nekrosis menurun (5) 7. suhu kulit menurun (5) 8. hematoma menurun (5)	4. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien Edukasi: Jelaskan tanda dan gejala infeksi ***Edukasi :*** 5. Jelasakan tanda dan gejala Infeksi **Manajemen Nyeri (I.08238)** ***Observasi :*** 1. Melakukan pengkajian lokasi, sifat, lama, frekuensi, kualitas, serta intensitas nyeri; menilai tingkat nyeri menggunakan skala; dan mengidentifikasi respons non-verbal terhadap nyeri 2. Menentukan faktor-faktor yang dapat memperparah maupun meringankan nyeri 3. Menggali tingkat pengetahuan pasien terkait nyeri 4. Mengidentifikasi dampak nyeri terhadap kualitas hidup pasien 5. Memantau efektivitas terapi komplementer yang telah diberikan 6. Mengobservasi kemungkinan efek samping dari penggunaan analgesika ***Terapeutik:*** 7. Memberikan intervensi non-farmakologis untuk membantu menurunkan intensitas nyeri 8. Mengendalikan faktor lingkungan yang dapat memperburuk rasa nyeri 9. Membantu pasien memperoleh istirahat dan tidur yang cukup

			10. Menyesuaikan strategi penatalaksanaan nyeri dengan mempertimbangkan jenis serta sumber nyeri ***Edukasi:*** 11. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 12. Jelaskan strategi meredakan nyeri 13. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ***Kolaborasi :*** 14. Kolaborasi pemberian analgetika, jika perlu
4.	**Defisit nutrisi (D. 0019)** Gejala dan tanda Mayor Subjektif: (Tidak tersedia) Objektif: 1. Berat badan menurun 100% dibawah rentang ideal Gejala dan tanda Minor	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama …… jam diharapkan **status nutrisi** membaik dengan kriteria hasil: 1. Berat badan membaik (5) 2. Indeks Masa Tubuh (IMT) Membaik (5) 3. Frekuensi makan membaik (5) 4. bising usus membaik (5) 5. Nafsu makan membaik (5) 6. Nyeri Abomen membaik (5)	**Manajemen Nutrisi (I. 03119)** ***Observasi:*** 1. Identifikasi status nutrisi Identifikasi alergi dan intoleransi makanan Identifikasi makanan yang disukai 2. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 3. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor berat badan 6. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium ***Terapeutik:*** 7. Lakukan oral hygiene sebelum makan Failitasi menentukanpedoman diet ***Edukasi*** 8. Anjurkan posisi duduk, jika mampu Anjurkan diet yang di programkan ***Kolaborasi***

			9. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumalah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan
5.	**Risiko Infaksi b.d penyakit kronis (D.0142)** Faktor resiko : 1. penyakit kronis is. diabetes melitus 2. efek prosedur infasif 3. malnutrisi 4. peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan ……jam maka diharapkan **tingkat infeksi** menurun dengan kriteria hasil: 1. Kemerahan menurun (5) 2. Nyeri menurun (5) 3. Demam menurun(5) 4. Bengkak menurun (5) 5. Nafsu makan membaik (5)	**Pencegahan Infeksi (I. 05178)** ***Observasi:*** 1. Melakukan pemantauan terhadap tanda serta gejala infeksi, baik yang bersifat lokal maupun sistemik. ***Terapeutik:*** 2. Membatasi jumlah pengunjung yang kontak langsung dengan pasien 3. Memberikan perawatan kulit pada area yang mengalami edema serta memastikan praktik cuci tangan dilakukan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien maupun lingkunganny 4. Menjaga penerapan teknik aseptik, terutama pada pasien dengan risiko tinggi terjadinya Infeksi ***Edukasi:*** 5. Memberikan penjelasan mengenai tanda dan gejala infeksi 6. Mengajarkan prosedur cuci tangan yang benar 7. Melatih pasien cara batuk yang tepat 8. Memberikan edukasi mengenai cara memeriksa kondisi luka atau luka pasca operasi 9. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi serta cairan tubuh ***Kolaborasi:*** 10. Bekerja sama dengan tim medis dalam

			pemberian imunisasi apabila diperlukan
6.	**Resiko ketidakseiimbangan elektroliit (D. 0037)** Faktor resiko : 1. Gangguan mekanisme regulasi mis. diabetes melitus 2. Efek samping prosedur 3. krtidak seimbangan cairan 4. Disfungsi ginjal 5. Disfungsi regulasi endokrin	Setelah dilakukan tindakan keperawatan ……., maka keseimbangan elektrolit meningat dengan kriteria hasil: 1. Serum natrium meningkat (5) 2. Serum kalium meningkat (5) 3. Serum klorida meningkat (5)	**Pemantauan elektrolit** ***Observasi:*** 1. Mengidentifikasi potensi penyebab terjadinya ketidakseimbangan elektrolit 2. Melakukan pemantauan kadar elektrolit dalam serum 3. Mengobservasi adanya gejala seperti mual, muntah, maupun diare 4. Memantau kemungkinan kehilangan cairan tubuh bila diperluka 5. Mengawasi tanda dan gejala hiponatremia 6. Mengawasi tanda dan gejala hipokalsemia 7. Mengawasi tanda dan gejala hiperkalsemia 8. Mengawasi tanda dan gejala hipomagnesemia ***Terapeutik:*** 9. Menyesuaikan interval pemantauan berdasarkan kondisi klinis pasien 10. Mencatat hasil pemantauan secara sistematis, menjelaskan tujuan serta prosedur pemantauan, dan menyampaikan hasil kepada pasien atau pihak terkait bila diperlukan perlu

2.2.4 Implementasiii

Perawat melaksanakan berbagai prosedur mendukung pasien dalam menaikkan drajat kesehatan agar mendapat hasil yang diharapkan agar mencapai hasil yang diharapkan (Zhu, 2019).

Perencanaan keperawatn dijalankan yang ke 4, mencakup pelaksanaan tindakan dan proses tertenu. tenaga kesehatan dapat melakukan tindakan sesuai dengan rencana yang dilakukan. Untuk memastikan pelaksanaan tepat waktu dan efisien secara biaya, prioritas pengobatan klien harus ditentukan terlebih dahulu, diikuti dengan pemberian terapi, pemantauan, dan pencatatan respons klien terhadap semua rencana, serta penyampaian informasi kepada tenaga kesehatan lainnya. Dengan menggunakan data tersebut, perawat dapat meninjau kembali dan melakukan penyesuaian rencana keperawatan pada tahap berikutnya (Zhu, 2019). Tahapan implementasinya:

1. Pelaksanaan keperawatan secara mandiri.
2. Pemberian pendidikan keperawatan secara aktif.
3. Pendekatan kolaboratif dalam praktik keperawatan.
4. Dokumentasi aktivitas keperawatan beserta respons klien.

2.2.5 Evaluasii

Menurut (Setiadi, 2021) Dalam buku Konsep dan Penulisan Asuhan Keperawatan, pengkajian diuraikan sebagai proses penilaian kesehatan pasien yang sistematis dan terencana, dengan tujuan yang dipantau secara berkelanjutan, mencakup seluruh aspek kondisi individu yang dirawat, keluarga pendamping, dan tenaga medis terkait. Evalua*si* dilakukan menggunakan dua metode utama*:*

1. Evaluasi Formatif (Proses)

   Evaluasi formatif menekankan pada metode dan hasil dari perawatan yang diberikan. Setelah rencana perawatan dilaksanakan, penilaian formatif dilakukan secepat mungkin untuk menilai efektivitasnya. Evaluasi ini menggunakan empat komponen SOAP :

a. Subjective: keluhan atau perasaan pasien, kecuali pada pasien dengan afasia.
b. Objective: hasil dari pengamatan yang dilakukan.
c. Analysis: data subjektif dan objektif digunakan untuk memahami masalah keperawatan pasien serta menentukan diagnosisnya.
d. Planning: penataan ulang kegiatan perawatan yang sedang berjalan atau yang akan datang untuk meningkatkan kesehatan pasie.

2. Evaluasi Sumatip

Evaluasii sumatif dilakukan sesudah tindakan selesai. Rangkuman bisa digunakan melihat kualitas tindakan. Menurut (Setiadi, 2021) tujuan keperawatan dapat dievaluasi melalui 3 cara :

1) Pasien mampunyelesaikan diri, sesuai SOP, menggapai tujuan/ diatasi dengan kesulitan.
2) Pasien mencapai sebagian evalusi ada perubahan kriteria.
3) Pasien tidak mampu beradaptasi atau mengalami kemajuan, sehingga tujuan keperawatan tidak tercapai.

BAB 3

METODE PENULISAN

3.1 Desaind Penulisan

Desain penulisan yang digunakan penulisan yaitu studi kasus (*case stud*y) merupakan salah satu jenis penulisan yang dapat menjawab beberapa issue, kejadian-kejadian atau objek akan suatu fenomena serta mengkaji salah satu masalah secara mendalam dengan melakukan pengambilan dan pengumpulan data secara menyeluruh, termasuk memanfaatkan berbagai sumber informasi (Kaneko, 2021).

Penulisan ini memanfaatkan laporan kasus untuk menganalisis tidakan keperawatan fluktuasi kadar gula darah di rumah sakit umum daerah jombang Jombang dilakukan melalui pendekatan sistematis yang mencakup pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan intervensi, pelaksanaan tindakan, dan evaluasi hasil asuhan.

3.2 Batasan Istilah

1. Asuhan keperawatan klien dengan ketidak stabilan glukosa darah merupakan menyeluruh yang digunakan dengan pendekatan proses keperawatan, mulai dari Anamnesa, identifikasi permasalah, penentuan tindakan, pelaksanaan tindakan, hingga hasil pada pasien diabetes melitus type 2
2. Ketidakstabiilan Glucosa darah tingginya gula darah, akibat masalah dengan produksi atau penggunaan insulin pada pasien yang memiliki penyakit diabetes.

3.3 Responden

Seorang pasien dewasa yang mau bekerja sama dan mampu diajak berkomunikasi, dengan rentang umur 40-60 tahun yang mengalami tingginya kadar gula darah secara kronis efek yang timbul akibat tubuh tidak merespons insulin dengan baik dan gangguan kemampuan pankreas menghasilkan insulin, Memerlukan manajemen jangka panjang yang mencakup aktivitas fisik, pengobatan, dan monitoring glukosa darah, Berisiko mengalami masalah kronis seperti neuropati, kelainan mata, dan masalah pada jantung bila pengelolaan tidak optimal, Mengalami stresor baik fisiologis maupun psikososial yang dapat memengaruhi kestabilan glukosa darah.

3.4 Lokasi, Waktu Penulisan

1. Lokasi penulisan

   Penulisan ini dilakukan di ruang rawat inap Bima Rumah sakit umum Daerah jombang beralamat di Jl. KH. Wahidi Hasyimi No. 52, Kepanjeni, Kabupateni Jombangi

2. Waktu Penulisan

   Waktu penulisan ini dilakukan mulai dari penyusunan proposal sampai hasil pada bulan Mei-Agustus 2025 yang di dasarkan pada pemberian asuhan keperawatan pada periode sebelumnya.

3.5 Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan metode Studi dokumentasi asuhan keperawatan adalah catatan yang memuat seluruh informasi yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi keperawatan. Catatan ini harus disusun secara sistematis dan dapat dipertanggungjawabkan secara etis maupun

hukum (Peranginangin, 2018). Hasil kajian ini menunjukkan bahwa dalam tahap perencanaan proses keperawatan, perawat perlu menuliskan tujuan dan kriteria hasil dari rencana tersebut. Data yang relevan beserta hasil pemeriksaan diagnostik digunakan sebagai bahan penelitian.

3.6 Validasi data

Tinggi volume dalam penelitian mendorong dilakukannya uji validitas data. Peneliti berperan sebagai instrumen utama, sehingga keabsahan data diuji dengan menggunakan metode tertentu :

Penulis melakukan triangulasi data dengan memanfaatkan sumber tambahan dan data utama, yang mencakup keluarga pasien dengan riwayat penyakit serupa, pasien lain yang mengalami masalah keperawatan yang sama, serta perawat yang pernah menangani kasus serupa, untuk dijadikan sebagai informasi tambahan terkait masalah yang diteliti.

3.7 Pengolahan Data

Data dikumpulkan dan diolah sejak penulis berada di lapangan hingga semua informasi tersedia. Proses ini meliputi penyajian fakta, perbandingan dengan hipotesis, serta analisis perspektif yang relevan. Jawaban wawancara mendalam ditafsirkan menggunakan metode analitis, dan bukti yang dicatat melalui instrumen analisis dijadikan acuan untuk merancang tindakan berdasarkan teori. Langkah-langkah dalam analisis data antara lain:

1. Pengumpulan Informasi

   Dalam penulisan ini, studi dokumentasi digunakan dengan mengumpulkan data langsung di lokasi studi kasus. Temuan yang diperoleh dicatat dan kemudian ditranskripkan sebagai transkrip.

2. Reduksi Data

Data dari wawancara dan observasi lapangan dievaluasi untuk menghasilkan laporan yang lebih lengkap dan sistematis, ditranskrip, serta dikategorikan menjadi data subjektif dan objektif

3. Sajian Data

Data disajikan menggunakan Table, bagan, grafik, atau narasi. Identitas pasien disamarkan untuk menjaga kerahasiaan

4. Simpulan

Data dianalisis dan dibandingkan dengan penulisan sebelumnya serta teori perilaku kesehatan. Kesimpulan diperoleh melalui proses induksi. Pengumpulan data mencakup tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi

3.8 Etik Penelitiaan

Etik penulisan merupakan suatu Kumpulan pedoman etika yang telah disepakati bersama, yang mengatur hubungan antara penulis dan seluruh pihak yang terlibat dalam proses penulisan

1. Anonymity

Masalah etika Keperawatan menjamin penggunaan catatan tanpa menyebutkan nama klien, dengan hanya mencantumkan kode atau temuan penulisan pada lembar pengumpulan data

2. Confidentialiti

Penulis studi kasus memastikan bahwa seluruh data yang diperoleh tetap bersifat rahasia.

3. Ethical clearance

Studi sudah diuji kelayakan oleh Komisi Etik Penlitian sebab melibatkan partisipan manusia dalam pelaksanaannya. Jika penelitian ini dinayatakan layak untuk dilaksanakan, maka Komisi Etik Penelitian akan memberikan keterangan tertulis.

Studi sudah menjalani uji kelayakan dan sudah lolos oleh KEPK Institut Teknologi Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang dengan nomer **445/KEPK/ITSKES-ICME/IX/2025**

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAAN

4.1 Hasill

1. Anamnese

   a. Deskripsi Tempat studi

      Dalam penelitian ini, pengumpulan data di laksanakan di rawat inap Bima, Rumah Sakit Umum Daerah Jombang, yang terletak di Jl. KH. Wahid Hasyim No. 52, Kepanjen, Kecamatan Jombang, Jawa Timur. Ruangan Bima merupakan ruangan yang dipergunakan untuk penyakit dalam dan bedah yang merawat pasien untuk kelas III, dan ruang kela II dengan kasus ruang bedah dan Penyakit dalam yang berada pada lantai 3.

   b. Profile Pasien

      1) Klean

Identitas Klien

Nama	Ny. S
Usia	60 Tahun
Gender	Perempuan
Kepercayaan	Islam
Lulusan	Sederajat
Penghasilan	Tidak berkerja
Suku	Jawa/Indonesia
Tgl Masuk Rs	26 Oktober 2024
Tgl Anamnesa	27 Oktober 2024
Jam Masuk	20.00 Wib
No. Rekam medis	257728
Domisili	Ngerandu Lor, Peterongan, Jombang
Diagnostic	Diabetes Melitus Tipe II

2) Pihak yang bertanggung jawab

Identitas Penganggun Jawab	**Identitas Penanggung Jawab**
Nama	Ny. I
Usai	40 Thn
Gender	Wanita
Kepercayaan	Islam
Lulusan	Sekolah menengah atas
Penghasilan	IRT
Domisili	Ngerandu Lor, Peterongan, Jombang
Hubungan dengan klien	Anak klien

3) Riwayat Kesehatan

Keluhatan Saat ini :		Pasien mengatakan lemas
Catatan kesehatan saat ini	:	Pada pagi tanggal 26 Oktober 2024 pasien merasakan perutnya terasa begah disertai nyeri, dan pada sore harinya pasien merasakan lemas mual dan muntah sudah diberikan obat lambung namun belum juga membaik. Lalu pasien dibawa ke puskesmas dan juga sudah diberikan intervensi dan diberikan obat, namun tak kunjung membaik. pada jam 20.00 Wib pasien memutuskan untuk datang ke RSUD Jombang karena merasa belum ada perkembangan yang signifikan saat di IGD diberikan intervensi dan dilakukan tindakan pengukuran gula daran dan didapatkan hasil 260 gr/dl. Pada jam 21.00 pasien masuk ke ruangan Bima lt. 2 saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan perutnya terasa begah lemas, mual dan muntah, pasien juga mengatakan jika kakinya terasa kesemutan dan terdapat luka pada kaki kiri bagian bawah mata kaki
Catatan kesehatan dulu	:	Pasien mengatakan sudah memiliki/menderita diabetes

	selama 6 tahun, pasien juga memiliki riwayat penyakit hipertensi dan pernah operasi katarak pada mata kiri
Catatan kesehatan Keluarga :	Pasien menyatakan bawah keluarga tidak ada yang mengidap penyakit yang sama, namun ayah px pernah mengidap penyakit yang sama
Riwayat Alergi :	Pasien mengatakan tidak memilki alergi

4) Pola Fungsi Kesehatan

No	Data	Klien
1	Pola nutrisi dan metabolik :	MRS ➔ Pasien mengatakan kurang nafsu makan, jenis diet bubur dewasa 1500 kalori, jumlah porsi yang dihabiskan kurang lebih ¼ porsi makan RS dengan frekuensi 3x sehari, pasien tidak ada kesulitan menelan, Jumlah cairan yang diminum kurang lebih 500cc/12 jam SMRS ➔ Pasien mengatakan makan hanya nasi tim dengan lauk daging dan sayur, pasien juga jarang mengkonsumsi gula
2	Pola eliminasi :	MRS ➔ Pasien mengatakan BAB 1x/hari warna feses kuning, kebiasaan miksi 5x/hari dengan volume 1500cc/24jam SMRS ➔Pasien mengeluhkan sering buang air kecil terutama malam hari (nokturia) dengan frekuensi 3x/malam, jumlah urin banyak (poliuria) volume 1800cc/hari , dan sering merasa haus. Keluhan buang air besar jarang, dengan konsistensi feses keras, pasien juga belum BAB selama 3 hari
3	Pola istirahat tidur :	MRS ➔ Pasien mengatakan tidur siang siang hanya 1-2 jam saja dan sering terbangun ssat tidur, 5 jam tidur saat malam dan sering terbangun SMRS ➔ siang (-) , tidur malam 3-4 jam dan sering terbangun karena

		mengeluh sering Bak, pasien juga mengeluhkan sering mengantuk
4	Pola kegiatan :	MRS ➔ Pasien hanya berbaring di atas tempat tidur dan kadang berjalan untuk pergi ke kamar mandi, namun px merasakan terganggu aktifitasnya akibat dari lukanya SMRS➔ pasien berkerja sebagai ibu rumah tangga

5) Aktifitas dan Latihan

Table 4. 1 Table aktifitas dan latihan

No	Aktifitas dan latihan	0	1	2	3	4
1	Nutrisi	V				
2	Mandi	V				
3	Toilet	V				
4	Pakaian	V				
5	Pindah	V				
6	Mobilisasi	V				
7	Ambulansi	v				

Keterangan : Skore ADL 0 {mandiri}

0 : Sendiri
1 : Alat
2 : Di bantu
3 : Di bantu orang lain
4 : Toatal

6) Pemeriksaan Fisik

1) TTV	**Hasil Anamnesa**
TD	140/80 mmHg
S	36,5 C
N	86x/mnt
Respirasi	20x/mnt
GCS	456
KU	Composmentis
SPO2	99%

2) Observasi Heat To0 Toee	**Hasil Anamnesa**
Kepala	Rambut berwarna hitam dengan jumlah yang tebal, tekstur halus,kulit kepala teampak bersih
Mata	anemis simetris kanan dan kiri, reflek pupil mengecil jika terkena cahaya, Pada mata kiri pernah dilakukan operasi katarak

Teliga	Telinga berbentuk normal, simetris antara kanan dan kiri, tanpa adanya cairan yang keluar
Hidungg dan sinuss	Hidungg berbentuk normall, simetriis antar lubang kanan kiri, berwarna sawo kulit, tanpa keluarnya cairan tidak nyeri saat ditekan
Mulut dan tenggorokaan	Bibir dalam kondisi mulut dalam kondisi lembab dengan mukosa kering, lidah bersih, serta palatum normal tanpa tanda kelainan, dan faring normal tanpa tanda-tanda abnormal
Leher	Leher berbentuk simetris dengan warna sawo matang, trakea berada di posisi normal tiroid terletak pada garis tengah tubuh dalam kondisi normal tanpa hipertrofi, dan vena jugularis tidak menunjukkan pembesaran.
Paru-paru	*Inspeksi:* terlihat dalam keadaan simetris. *Perkusi:* menghasilkan bunyi redup saat diketuk. *Palpasi:* tidak menimbulkan rasa nyeri pada saat diraba. *Auskultasi:* tidak ditemukan suara tambahan
Kardiovaskuler	*Inspeksi :* tidak ada peningkatan vena jugularis tidak ada kelainan bentuk dada *Perkusi :* Perkusi dada menunjukkan batas jantung kiri berada di ICS 5 midklavikula kiri dan batas kanan pada sternum kanan, sesuai batas normal ***Palpasi:*** bunyi jantung terdengar pekak ***Auskultasi:*** bunyi jantung "lup-dup" dengan S1 dan S2 tunggal
Perut	***Inspeksi:*** perut tampak buncit, tanpa adanya stretch mark ***Auskultasi:*** dengan stetoskop terdengar bising usus sebanyak 9 kali/menit ***Palpasi:*** terdengar suara timpani saat dilakukan perkus

Genetalis	Pasien tidak menggunakan alat bantu BAK, warna kuning, bau kas, volume urine 2200cc/24 jam
Extremitas	Edema -, terdapat luka terbuka pada kaki kiri, akral hangat, kekuatan otot 5 | 5 5 | 4

7) Pemeriksaan penunjang

Table 4. 2 Table pemeriksaan darah

Pemeriksaan **Tanggal 27 Okt 2024**	**Hasil**	**Nor**mal
Leukosit	9.60	4.82-10.6 10^3/µl
Eritrosit	4.20	4.20-5.40 10^6 /µl
Hemoglobin	13.6 g/dl	14-18 g/dL
Hematokrit	38.0 %	37.0 – 54.0 %
GDS	**449 mg/dl**	< 200m g/dL
Urem	25.9 mg/dl	19.4 – 49,3 mg//dL
Creatinin	1.2 mg/dl	0,6 – 1.4 mg/dL
HbA1c	**10.5 %**	< 5,7 %

8) Terapi

Table 4. 3 Table terapi farmakologis

Inf. Pz 14 Tpm
Inj. metoklopramid {3x500mg}
Inj. Lansoprazol {2x 30grm}
Inj. Ns {1x2ml}
Inj. Ondansentron {3x4mg}
Inj. Ranitidine {2x15mg}
Inj. Ketorolac {3x30mg/ml}
Tab. Amplodipin {1x10grm}
Tab. Atapolgi
Novorapid Insulin {3x8 unit insulin}

9) Analisa Data

Table 4. 4 Table analisa data

Analisa data	**Etiologi**	**Masalah**
Ds : - Pasien mengatakan mengeluhkan lemas - Pasien mengatakan pusing - pasien mengatakan sering mengantuk	Resistensi Insulin	Ketidakstabilan kadarglukosa darah

- Pasien mengatakan sering buang air kecil - Pasien mengatakan kurang nafsu makan - pasien mengatakan mual dan muntah **Do:** - Pasien tampak lemah - Glukosa sewaktu : **449 mg/dl** - Frekuensi Bak 5x/hari dengan volume 1500cc/24 jam - Keadaan umum : Lemah - HBA1c **10.5 %** Td : 140/80 mmHg N : 86x/menit		
Ds : - Pasien melaporkan adanya luka pada kaki kiri - Pasien menyampaikan adanya keluhan kesemutan pada daerah luka - Pasien mengatakan tidak nyaman terasa seperti keropos saat bergerak - Pasien mengatakan nyeri ringan luka pada kaki kiri bawah **Do :** - Trauma terbuka di bagian kiri bawah, dengan jaringan nekrotik disekitarnya - Terdapat Pus/Nanah - Glukosa sewaktu **449 mg/dl** - Mobilitas terbatas akibat nyeri di area luka - Skala nyeri ringan - Suhu : 36.5 C	Neuropati Perifer	Gangguan integritas kulit/jaringan

5	5
5	4

2. Diagnostic Keperawatan

   a. Ketidakstabillann glucosa darahn berbubungan resistensiin insulin d.d mengeluhn lemahn, tingginya gula darah

   b. Gangguan integriitas kuliit/jariingan terkait neuropatiin periferrn, d.d lukan padaan bagian bawah kaki disertai keluarnya nanah

3. Intervensi Keperawatan

Table 4. 5 Table Rencana Keperawatan

Diagnostic	SLKI	SIKI
Ketidak stabilan kadar glucose darah	Sesudah diterapkan tindakaan keperawataan selaman 3x24, di harapkann kestabillann glucosan darahhn (L.03022) naik dengan hasil: 1. Lemah menurun (5) 2. Kadar glukosa dalam darah membaik (5) 3. Mengantuk menurun (5) 4. Pusing menurun (5) 5. Frekuensi makan meningkan (5) 6. Nafsu makan meningkat (5)	**Manajemen Hiperglikemia (I.03115)** ***Observasi :*** 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat. 3. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu. 4. Monitor gejala kelebihan gula 5. Monitor keluar masuk nutrisi 6. Identifikasi perubahan berat badan 7. Identifikasi pola makan mis. konsumsi makanan yang manis ***Terapeutik*** 8. Berikan asupan cairan oral. 9. Hitung perubahan berat badan

		10. Dokumentasikan hasil pemantauan ***Edukasi*** 11. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri. 12. Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral) ***Kolaborasi*** 13. Kolaborasi pemberian insulin
Gangguan integritas kulit/jaringan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam, diharapkan **intregritas kulit/ jaringan** meningkat dengan capaian: Rusak pada jaringan menurun (5) 1. Rusak jaringan kulit menurun (5) 2. Nyeri menurun (5) 3. Perfusi jaringan menurun (5) 4. Pendarahan menurun (5) 5. Nekrosis menurun (5) 6. Hematoma menurun (5)	**Perawatan Luka (I. 14564)** ***Observasi:*** 1. Monitor karateristik infeksi ***Terapeutik:*** 2. Monitor karakteristik luka lepaskan balutan dan plester secara perlahan 3. bersihkan dengan air steril Non toksik Bersihkan salep yang sesuai Pasang balutan 4. Anjurkan perubahan posisi setiap 2 jam sekali ***Edukasi :*** 5. Jelasakan tanda dan gejala Infeksi **Managemen Nyeri (I.08238)** ***Observasi :*** 1. Identifiikasi tempat, durasi, frek, kuantitas serta lama nyeri 2. Mengidentifikasi faktor yang dapat memperburuk atau meringankan nyeri

3. Menilai pengetahuan pasien mengenai nyeri
4. enilai dampak nyeri terhadap kualitas hidup pasienIdentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
5. Memantau efektivitas terapi komplementer yang telah diberikan
6. Memantau efek samping penggunaan analgesik

Terapeutik:

7. Memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri
8. Mengatur lingkungan agar tidak memperparah rasa nyeri
9. Memfasilitasi istirahat dan tidur pasien
10. Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam memilih strategi pengurangan nyeri

Edukasi:

11. Menjelaskan penyebab, durasi, dan pemicu nyeri
12. memberikan penjelasan tentang strategi untuk meredakan nyeri
13. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi :

			14. Kolaborasii pemberiaan analgetika	

7. Implementasi Keperawatan

Table 4. 6 Implementasi keperawatan

No	Hari/Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf
1.	27 Okt 2024	08.00 08.10 08.30 08.35 11.30 11.35	1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia *{px sering mengkonsumsi manis, px juga sering merasa stress}* 2. Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insuin meningkat *{Pasien mengatakan sering stress yang menyebabkan gula darah meningkat}* 3. Mengidentifikasi pola makan mis. konsumsi makanan manis *{Pasien mengatakan jarang mengkonsumsi makanan manis}* 4. Memonitor kadar GDS *{44,9 mg/dl}* 5. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia *{px tidak mersakan lemas, pusing, mengantuk mual, muntah}* 6. Memonitor intake dan output cairan *{intake infus PZ 500ml/12 jam,output 1500ml/24 jam}* 7. Memonitor perubahan berat badan *{px sebelum sakit BB awal 58 kg}* 8. Memberikan asupan oral *{Bubur dewasa 1500 kalori}* 9. Anjurkan untuk melihat guladarah sendiri *10.* Menganjurkan olahraga secara teratur *{px mengikuti anjuran yang disampaikan}* 11. Kolaborasi penggunaan insulin *{3x8unit hasil gula darah sewaktu 449 mg/dl }*	
2.		08.10 09.10 09.15 09.15 11.40 11.50 12.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karateristik dan intenritas nyeri *{nyeri pada kaki kiri bawah dengan karateristik seperti kropos}* 2. mengidentifikasi skala nyeri *{px mengatakan nyeri ringan pada luka di kaki}* 3. Memonitor tanda-tanda Infeksi *{adanya nanah pada luka dikaki bagian kiri}* 4. Membersihkan jaringan nekrotik *{terdapat jaringan nikrotik pada pinggiran luka}* *5.* Memberikan terknik rawat luka *6.* Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri *{memberikan nafas dalam guna meredakan nyeri}* 7. Monitor penggunaan analgeik yang diberikan 8. Mengajarkan perubahan posisi setiap 2 jam *{px melakukan miring kanan dan kiri}*	

		08.30	9. Menjelasakan tanda dan gejala Infeksi *{px mengerti tanda dan gejala Infeksi}* 10. Memberikan injeksi obat analgesic *{Inj. Ketorolac 3x30mg/ml}*	
1.	28 Okt 2024	08.10 08.10 09.00 09.10 11.30 11.35 11.40	1. Mengidentifikasi situasi penyebab peningkatan glukosa darah *{px mengatakan khawatir akan keadaannya}* 2. Mengidentifikasi pola makan mis. makanan yang manis *{px dulu sering mengkonsumsi makanan manis}* 3. Memonitor kadar glukosa darah *{250ml/dl}* 4. Memonitor intake dan output cairan *{Intake cairan PZ 500ml/12 jam, output urine 1600ml/24 jam}* 5. Memberikan asupan oral *{diet Bubur dewasa 1500 kalori}* 6. Menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga *{px mengerti yang disampaikan diet makanan manis dan sering jalan kaki}* 7. Memberikan insulin *{3x8unit}*	
2.		08.20 08.20 08.30 09.00 10.00 12.00 12.10 08.30	1. Memonitor karateristik luka *{luka terbungkus dengan kasa steril dan perban, tidak ada rembesan nanah}* 2. Memoniitor muncul infeksi *{px tidak ada tanda peningkatan suhu tubuh}* 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Mengajarkan teknik farmakologis untuk meredakan nyeri *{menganjurkan melakukan nafas dalam jika terasa nyeri}* 5. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang diberikan *{px selalu melakukan tariknafas dalam jika terasa nyeri}* 6. Memonitor efek samping penggunaan analgesik 7. Mengajarkan perubahan posisi setiap 2 jam *{px melakukan miring kanan dan kiri}* 8. Menjelaskan penyebab terjadiya Infeksi *{px sudah mengerti tanda dan gejala Infeksi}* 9. Jelaskan priode dan pencedera nyeri 10. memberikan injeksi obat analgesic *{inj. Ketorolac 3x30mg/ml}*	
1.	29 Okt 2024	08.10 08.10 09.00 09.10 11.30	1. Mengidentifikasi situasi penyebab peningkatan glukosa darah *{px sudah bisa mengontrol stresosrnya}* 2. Mengidentifikasi pola makan mis. makanan yang manis 3. Memonitor kadar glukosa darah *{150ml/dl}* 4. Memonitor intake dan output cairan 5. Memberikan asupan oral *{Bubur dewasa 1500 kalori}*	

		6. Menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga	
	11.35	7. Pemberian insulin *{3x8unit}*	
	11.40		
2.	08.20	1. Memonitor karateristik luka *{luka terbungkus dengan kasa steril dan perban, tidak ada rembesan nanah}*	
	08.20	2. Lihat daya penyebab infeksi *{px tidak ada tanda peningkatan suhu tubuh}*	
	08.30	3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	
	09.00	*4.* Mengajarkan teknik farmakologis untuk meredakan nyeri *{menganjurkan melakukan nafas dalam jika terasa nyeri}*	
	10.00	5. Memonitor efek samping penggunaan analgesik	
	12.00	6. Mengajarkan perubahan posisi setiap 2 jam *{px melakukan miring kanan dan kiri}*	
		7. Menjelaskan tanda dan gejala Infeksi*{px sudah mengerti tanda dan gejala Infeksi}*	
	12.10	8. Jelaskan penyebab periode, dan pemicu nyeri	
	08.30	9. Kolaborasi pemberian analgesic *{inj. Ketorolac 30mg/ml}*	

8. Evaluasi Keperawatan

Table 4. 7 Table evaluasi keperawatan

Hari/Tanggal	Diagnostic Keperawatan	Evaluasi keperawatan	Paraf
27 okt 2024 14.00 WIB	**Ketidakstabilan kadar glucose darah**	**S :** - klien melaporkan masih pusing - klien melaporkan masih mengeluhkan mengantuk - klien melaporkan masih lemas, mual dan muntah - Pasien mengatakan kurang nafsu makan - Pasien mengatakan sering BAK **O :** - Pasien tampak lemah - pasien tampak mengantuk - pasien tampak memegangi kepalanya - Pasien tampak mau untuk makan meskipun sedikit - Gula darah sewaktu **449 mg/dl** - Pasien Bak dengan frekuensi 5x/24 jam dengan volume 1300ml **A :** Belum teratasi	

	P : Tindakan dilanjutkan - Identifikasi situasi peninggkatan kadar glukosa - monitor gula darah - monitor Ciaran masuk dan keluar - berikan Pendidikan kesehatan terkait nutrisi dan diet - berikan asupan oral - anjurkan perubahan posisi selama 2 jam - Kolaborasi pemberian insulin
Gangguan integritas kulit/jaringan	**S :** - klien melaporkan kakinya terasa ke semutan - Pasien mengatakan nyerinya sudah tidak terasa - klien mengatakan luka ada dikaki kiri bawah sudah tidak mengeluarkan pus - Pasien mengatakan sudah sedikit enak untuk dibuat jalan **O :** - Pasien tampak kesakitan pada kaki kiri jika bergerak - Terdapat luka terbuka pada kaki kiri - Tampak keluar nanah pada luka kaki kiri - Jaringan nikrosis sudah dibersihkan - Luka terbungkus kasa steril dan perban dan tidak ada tanda" keluaran pus - Gula darah sewaktu **449 mg/dl** - TTV : Suhu 36.7c **A:** Permasalah belum diatasi **P :** Tindakan dilanjutkan - memonitor karateristik luka adanya tanda-tanda infeksi - monitor karateristik luka dan buka perban secara perlahan - bersihkan luka dengan NACL - anjurkan untuk ganti posisi setelah 2 jam

		- ajarkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri	
28 okt 2024 14.00 WIB	**Ketidakstabilan kadar glukosa darah**	**S :** - Pasien mengatakan masih lemas, mual dan muntah - Pasien mengatakan nafsu makan turun - Pasien mengattakan makan 5 sendok saja - Pasien mengatakan sering BAK **O :** - Pasien tampak lemah - Pasien tampak mengantuk - Pasien nampak jarang memegangi kepalanya karena nyeri - Nafsu makan pasien meningkat 1/5 porsi RS - Gula darah sewaktu **250 mg/dl** - Pasien Bak dengan frekuensi 5x/24 jam dengan volume 1300ml **A :** Permasalahan belum teratasi **P :** Tindakan dilanjutkan - Identifikasi situasi peniningkatan kadar glukosa - monitor kadar glukosa darah - Lihat balance cairan - berikan asuupan oral - anjurkan perubahan posisi selama 2 jam - Kolaborasi pemberian insulin	
	Gangguan integritas kulit/jaringan	**S :** - Klien melaporkan kakinya masih kesemutan - Pasien mengatakan nyerinya sudah tidak terasa - pasien melaporkan kaki kirinya ada luka sudah tidak mengeluarkan pus - Pasien mengatakan sudah sedikit enak untuk dibuat jalan	

		O : - Pasien tampak kesakitan pada kaki kiri jika bergerak - Terdapat luka terbuka pada kaki kiri - Tampak keluar nanah pada luka kaki kiri - Jaringan nikrosis sudah dibersihkan - Luka terbungkus kasa steril dan perban dan tidak ada tanda" keluaran pus - Gula darah sewaktu **250 mg/dl** - TTV : Suhu 36.7c **A:** masalah belum teratasi **P :** Intervensi dilanjutkan - memonitor karateristik luka adanya tanda-tanda infeksi - anjurkan untuk ganti posisi setelah 2 jam - ajarkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri
29 okt 2024 14.00 WIB	**Ketidakstabilaan kadar glucosa darah**	**S :** - Pasien mengatakan sudah mulai bugar - pasien mengatakan sudah tidak menantuk lagi - Pasien mengatakan nafsu makannya bertambah - Pasien mengatakan frekuensi BAK sudah mulai berkurang **O :** - Pasien tampak lebih segar - Pasien terlihat tidak mengantuk - Nafsu makan pasien meningkat 1 porsi RS - Gula darah sewaktu **190 mg/dl** - Pasien Bak dengan frekuensi 4x/24 jam dengan volume 1200ml **A :** Masalah Teratasi **P :** Intervensi dilanjutkan - monitor kadar glukosa darah - Anjurkan untuk menjaga pola kesehatan dan diet - berikan asupan oral

	- Kolaborasi pemberian insulin - Pasien Krs
Gangguan integritas kulit/jaringan	**S :** - Kien menyatakan kaki masih sakit - Kien menyatakan nyerinya sudah terasa - Pasien mengatakan ada luka dan ada pus pada kaki kri - Pasien menyampaikan sudah sedikit enak untuk dibuat jalan **O :** - Pasien tampak sudah menggerakkan kakinya - Ada luka terbuka pada kaki - terlihat kemerahan pada bagian luknys, nanah serta nikrosis {-} - gula darah sewaktu **190 mg/dl** - TTV : Suhu 36.8c **A:** masalah teratasi **P :** Intervensi dihentikan - ajarkan memonitor karateristik luka dan tanda gejala Infeksi secara mandiri - bersihkan luka dengan NACL - anjurkan untuk ganti possi setelah 2 jam - ajarkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri jika nyeri muncul kembali - pasien KRS

4.2 Pembahasan

Pada bab ini, penulis memaparkan laporan kasus asuhan keperawatan terhadap Ny. S, seorang pasien dengan diagnosis diabetes mellitus tipe 2, pada hari pertama perawatan di Ruang Bima RSUD Jombang. Pembahasan difokuskan pada diagnosis prioritas utama, yaitu ketidakstabiilan glukosa darah yang berkaitan insulin. Diabetes mellitus tipe 2 dipilih karena ketidakstabilan kadar glukosa

merupakan masalah utama yang perlu segera ditangani, mengingat hubungannya yang erat dengan nutrisi dan metabolisme tubuh. Ruang lingkup pembahasan mencakup pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan intervensi, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan evaluasi asuhan keperawatan.

4.2.1 Anamnesa

Wawancara atau anamnesis dalam pengkajian keperawatan merupakan tahap awal yang sangat penting karena memungkinkan perawat memperoleh sekitar 80% data yang dibutuhkan untuk menetapkan diagnostic keperawatan. Studi kasus pada Ny. S dilakukan pada tanggal 27 oktober 2024 pukul 20.00Wib Data dikumpulkan melalui wawancara dengan pasien dan keluarga, observasi langsung, pemeriksaan fisik, serta peninjauan rekam medis. Ny. S adalah seorang perempuan berusia 60 tahun dengan diagnosis medis Diabetes Melitus Tipe 2. Klien sampai ke RSUD Jombang dengan keluhan utama lemas, perut terasa begah, mual, dan muntah. Selain itu, pasien mengalami luka terbuka pada kaki kiri yang disertai jaringan nekrotik dan cairan purulen (nanah). Riwayat penyakit menunjukkan bahwa pasien telah menderita DM selama 6 tahun dan memiliki riwayat hipertensi serta pernah menjalani operasi katarak. Pemeriksaan kadar gula darah sewaktu menunjukkan angka tinggi sebesar 449 mg/dL, dan HbA1c mencapai 10,5%, yang mengindikasikan bahwa glukosa darah tidak terkontrol selama 3 bulan terakhir. Pasien juga mengalami poliuria, nafsu makan menurun..

Menurut Kemenkes RI (2022) dan PERKENI (2020), pengkajian pasien DM tipe 2 mencakup pemeriksaan kadar glukosa darah, HbA1c, riwayat penyakit, pola makan, eliminasi, aktivitas, istirahat, dan pemeriksaan fisik menyeluruh. Hiperglikemia kronis di atas 200 mg/dl dan HbA1c > 6,5% menunjukkan kontrol

glikemik buruk. Luka diabetik biasanya disebabkan oleh neuropati perifer dan gangguan perfusi. gejala klasik seperti sering kencing, sering lapar, dan berat badan turunadalah hasil dari hiperglikemia yang tidak terkontrol (PERKENI, 2020). Selain itu, luka pada kaki dan infeksi berulang merupakan manifestasi komplikasi jangka panjang akibat neuropati perifer dan gangguan sirkulasi darah. Menurut Renaldi et al. (2022), pengkajian menyeluruh juga harus memperhatikan status nutrisi dan fungsi eliminasi karena DM berdampak luas terhadap metabolisme tubuh. Secara teori, pasien dengan kadar HbA1c > 10% biasanya memiliki riwayat ketidakpatuhan diet yang jelas dan tanda-tanda infeksi luka yang signifikan. Namun, pada kasus ini pasien mengaku jarang mengonsumsi gula dan sudah menjaga pola makan, meskipun hasil laboratorium menunjukkan hiperglikemia berat. Hal ini mengindikasikan adanya faktor lain seperti kurangnya pemahaman tentang sumber karbohidrat tersembunyi, resistensi insulin berat, atau ketidaktepatan pengobatan sebelumnya

Penulis menilai bahwa pengkajian yang dilakukan telah mencakup aspek bio-psiko-sosial secara komprehensif. Data yang diperoleh menjadi landasan yang kuat untuk menetapkan diagnostic keperawatan. Perbedaan ini menunjukkan perlunya edukasi lebih mendalam terkait diet diabetes, bukan hanya menghindari gula pasir, tetapi juga memahami jenis makanan tinggi karbohidrat yang memengaruhi glukosa darah. Memiliki luka diabetik menunjukkan bahwa manajemen DM sebelumnya tidak optimal. Ini menegaskan perlunya pendekatan keperawatan yang tidak hanya kuratif, tetapi juga promotif dan edukatif dalam pengelolaan pasien DM tipe 2.

4.2.2 Diagnostic keperawataan

Hasil anamnesa, dua diagnostic keperawataan utama yang ditegakkan ialah ketidakstabilana kadar glucosa tinggi sewaktu >250 mg/dL, HbA1c >10%, dan keluhan lemas, pusing, serta poliuria. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan luka diabetik di kaki kiri, ditandai dengan adanya luka terbuka, jaringan nekrotik, nyeri saat bergerak, dan cairan nanah.

Menurut SDKI (2017), diagnostic "ketidakstabilan kadar glukosa darah" (D.0027) digunakan ketika pasien menunjukkan tanda-tanda hiperglikemia atau hipoglikemia secara klinis, dan berkaitan dengan ketidakefektifan manajemen metabolik. Sementara itu, "gangguan integritas jaringan" (D.0129) sering muncul pada pasien DM dengan komplikasi luka kronik, terutama jika terjadi neuropati dan perfusi jaringan menurun. Luka kronik pada kaki dapat berujung pada amputasi jika tidak ditangani dengan tepat (Widiasari et al., 2021). Menurut (Setiadi,2022) pasien dengan luka diabetik biasanya mengalami nyeri hebat. Namun pada kasus ini, pasien hanya mengeluhkan ketidaknyamanan ringan, yang sesuai dengan adanya neuropati yang menurunkan sensasi nyeri. Hal ini berpotensi menyebabkan keterlambatan perawatan luka karena pasien tidak menyadari tingkat keparahan luka. Kesenjangan ini menegaskan pentingnya pemeriksaan luka secara rutin meski pasien tidak merasakan nyeri, untuk mencegah komplikasi yang lebih parah. Kesenjangan juga terdapat pada teori yang terdapat 5 diagnostic namun pada kasus nyatanya ditemukan hanya 2 diagnostic yang menonjol hal itu dikarenakan pasien tidak menunjukkan tanda deficit nutrisi yang signifikan yang dimana BB tidak turun >10% dari ideal, Resiko Infeksi sudah pada luka tetapi lebih tepat ditegakkan sebagai gangguan intergitas kulit/jaringan karena luka sudah terbentuk, resiko

ketidak seimbangan elektrolit tidak muncul karena hasil laboratorium elektrolit masih dalam batas normal

Diagnostic yang ditegakkan sesuai dengan temuan objektif dan subjektif pasien. Dalam kasus ini, dua diagnostic tersebut sangat relevan karena mencerminkan kondisi akut yang membutuhkan penanganan segera. Penulis menyadari bahwa luka diabetik tidak akan membaik jika kadar glukosa darah pasien tidak dikontrol terlebih dahulu. Oleh karena itu, prioritas utama adalah stabilisasi glukosa darah, disusul dengan perawatan luka dan manajemen nyeri yang berkelanjutan. Pada kasus ini juga menegaskan bahwa diagnostic keperawatan pada pasien nyata tidak selalu sama dengan daftar teori yang ada. Diagnostic harus ditegakkan sesuai data aktual, bukan hanya berdasarkan potensi risiko. Hal ini menunjukkan pentingnya berpikir kritis perawat dalam memilih diagnostic prioritas yang relevan dengan kondisi pasien

4.2.3 Perencanaan keperawatan

perencanaan dilaksanakan untuk klien dibagi menjadi dua fokus utama. Untuk diagnostic ketidakstabilan gula darah, intervensi yang dilakukan monitoring kadar gula darah, identifikasi penyebab penyebab gula tinggi, edukasi diet dan olahraga, serta kolaborasi pemberian insulin. Untuk Intergitass kulit, dilakukan dilakukan pemberishan luka dengan air steril, pemantauan tanda infeksi, edukasi perubahan posisi, dan manajemen nyeri baik secara farmakologis maupun nonfarmakologis.

Menurut SIKI (2018), intervensi keperawatan untuk manajemen hiperglikemia mencakup tindakan observasi (monitoring gula darah dan status nutrisi), terapeutik (pemberian cairan, insulin), edukasi (diet dan aktivitas), dan kolaborasi dengan tim medis lainnya. Pada gangguan integritas kulit, intervensi

standar mencakup perawatan luka, teknik aseptik, rotasi posisi pasien, serta manajemen nyeri. Penanganan luka diabetik harus hati-hati karena adanya gangguan vaskular dan imunitas (Rani & Mulyani, 2021)..Secara teori, pasien DM tipe 2 yang dirawat harus mengikuti program edukasi komprehensif yang mencakup simulasi penggunaan insulin dan perencanaan diet. Namun, di lapangan, edukasi yang diberikan masih bersifat singkat karena keterbatasan waktu rawat dan jumlah tenaga perawat. Hal ini berisiko membuat pasien tidak sepenuhnya memahami langkah pengelolaan DM di rumah. Dari teori terdapat 5 intervensi, tetapi pada kasus nyata hanya sebagian yang diterapkan. Intervensi terkait defisit nutrisi tidak dilakukan karena pasien tidak menunjukkan tanda klinis malnutrisi. Pencegahan infeksi tidak dijadikan diagnostic terpisah, melainkan digabung dalam perawatan luka. Pemantauan elektrolit tidak menjadi prioritas karena hasil laboratorium pasien dalam batas normal. Sehingga intervensi difokuskan pada masalah nyata yang paling mendesak: kestabilan kadar glukosa darah dan perawatan luka diabetic.

Menurut penulis, intervensi yang dilakukan telah mencerminkan standar praktik keperawatan yang sesuai. Kombinasi intervensi mandiri (pemantauan, edukasi, perawatan luka) dan kolaboratif (pemberian insulin, konsultasi dengan tim medis) menjadi kunci keberhasilan. Pemberian edukasi yang terus-menerus mengenai diet dan pengobatan sangat penting dalam meningkatkan kepatuhan pasien, terutama pada DM tipe 2 yang bersifat kronis. Perawatan luka yang teratur juga membantu mencegah komplikasi lebih lanjut seperti gangren. Oleh karena itu, perlu adanya sesi edukasi terstruktur dan pendampingan khusus bagi pasien dengan HbA1c tinggi, agar hasil perawatan lebih optimal. Perbedaan antara teori dan fakta ini menunjukkan bahwa teori memberikan daftar intervensi yang luas, tetapi dalam

praktik perawat harus memilih intervensi prioritas sesuai kondisi aktual pasien. Prinsip ini penting agar asuhan keperawatan lebih fokus, efektif, dan efisien tanpa mengabaikan kebutuhan pasien lain yang mungkin muncul kemudian.

4.2.4 Tindakan keperawataan

Implementasi intervensi dilakukan selama 3 hari berturut-turut. Aktivitas yang dilakukan meliputi pemantauan kadar glukosa darah, pemberian cairan oral, edukasi kepatuhan diet dan pengobatan, perawatan luka dengan prosedur steril, serta edukasi perubahan posisi tidur untuk mencegah dekubitus. Juga dilakukan kolaborasi dalam pemberian insulin sesuai dosis yang dianjurkan oleh dokter.

Menurut Zhu (2019), implementasi merupakan tahap pelaksanaan rencana keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Perawat bertanggung jawab dalam pelaksanaan intervensi keperawatan mandiri, kolaboratif, dan edukatif. Keberhasilan implementasi dinilai dari dokumentasi yang sistematis dan respons pasien terhadap tindakan keperawatan. Dalam kasus DM, tindakan seperti monitoring glukosa darah dan perawatan luka harus dilakukan secara berkala.

Kesenjangan yang ada pada implementasi yang mana pemantauan kadar glukosa darah sebaiknya dilakukan minimal 4 kali sehari pada pasien DM dengan hiperglikemia berat. Namun di lapangan, pemeriksaan hanya dilakukan 2–3 kali sehari karena keterbatasan alat monitor dan biaya. Hal ini dapat mengurangi sensitivitas dalam mendeteksi fluktuasi gula darah. Opini penulis juga implementasi dilakukan secara konsisten dan berkelanjutan. Meskipun hasil yang diharapkan belum sepenuhnya tercapai dalam 3 hari pertama, adanya penurunan kadar glukosa darah dari 449 mg/dL menjadi 190 mg/dL menunjukkan respon positif terhadap intervensi. Pembagian dan pengurangan implementasi setiap hari

justru mencerminkan prinsip *individualized care*. Pada fase awal perawatan, implementasi komprehensif dilakukan untuk stabilisasi kondisi pasien. Setelah kondisi lebih baik, intervensi difokuskan pada pemantauan, evaluasi respon, dan penguatan edukasi yang telah diberikan. Dengan cara ini, perawat dapat menjaga efektivitas, menghindari intervensi berulang yang tidak perlu, dan tetap memprioritaskan aspek yang paling penting sesuai kondisi aktual pasien.

4.2.5 Evaluasi keperawatan

Setelah 3 hari perawatan, kadar glukosa darah pasien menurun dari 449 mg/dl menjadi 190 mg/dl, luka menunjukkan perbaikan, dan pasien memahami sebagian edukasi diet yang diberikan. Pada hari pertama, masalah belum teratasi. Pasien masih mengeluh lemas dan mual, serta luka belum menunjukkan tanda perbaikan. Pada hari ketiga, terjadi penurunan kadar glukosa darah dan sedikit peningkatan nafsu makan, tetapi luka pada kaki masih dalam proses penyembuhan. Pasien mulai memahami pentingnya diet dan perawatan mandiri.

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan untuk menilai efektivitas intervensi dan pencapaian tujuan (Setiadi, 2021). Evaluasi dibagi menjadi formatif (harian) dan sumatif (keseluruhan). Kriteria evaluasi mencakup hasil subjektif dan objektif, serta sejauh mana tujuan jangka pendek dan panjang tercapai. Dalam manajemen DM, indikator keberhasilan adalah penurunan kadar gula darah, perbaikan luka, dan peningkatan pemahaman pasien. Secara teori, evaluasi mencakup berbagai aspek biomedis, perilaku, dan edukasi. Namun dalam praktik kasus ini, evaluasi yang dilakukan lebih terbatas. HbA1c belum dievaluasi ulang karena membutuhkan pemeriksaan laboratorium lanjutan di luar waktu studi kasus. Status nutrisi dan kepatuhan diet pasien juga belum terukur secara objektif,

hanya berdasarkan wawancara dan observasi. Evaluasi difokuskan pada indikator yang tampak jelas (penurunan kadar gula darah dan perbaikan luka).

Menurut penulis, keterbatasan evaluasi ini disebabkan oleh waktu rawat yang singkat dan keterbatasan fasilitas pemeriksaan. Meski demikian, hasil evaluasi tetap menunjukkan keberhasilan intervensi utama, yaitu penurunan kadar gula darah dan perbaikan luka. Ke depan, evaluasi sebaiknya diperluas mencakup pemeriksaan HbA1c, status nutrisi, serta kepatuhan pasien terhadap terapi dan diet, sehingga hasil asuhan keperawatan dapat dinilai lebih menyeluruh. Evaluasi berkelanjutan juga diperlukan untuk mencegah komplikasi kronis DM.

BAB 5

KESIMPULAAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil studi kasus yang telah dilakukan terhadap satu pasien DM Tipe 2 dengan masalah keperawataan utama ketidakstabilaan kadar glucosa darah, maka dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Pengkajian yang dilakukan secara menyeluruh menunjukkan bahwa pasien mengalami gejala klasik diabetes seperti poliuria, lemah, sulit makan, bb turun, serta luka terbuka di ekstremitas bawah. Data laboratorium menunjukkan glukosa darah sewaktu mencapai 449 mg/dL dan HbA1c sebesar 10,5%, yang mengindikasikan hiperglikemia kronik dan manajemen DM yang belum optimal.
2. Diagnosis keperawatan yang ditetapkan meliputi gangguan regulasi glukosa darah akibat resistensi insulin, disertai penurunan integritas kulit/jaringan komplikasi luka diabetik. Diagnostic ini ditegakkan dengan data yang akurat dan mendukung.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan sesuai dengan standar SIKI, meliputi manajemen hiperglikemia, monitoring cairan, edukasi diet, serta perawatan luka secara steril dan terjadwal. Intervensi dilakukan secara kolaboratif dengan tim medis, termasuk pemberian insulin dan edukasi mandiri.
4. Implementasi intervensi dilakukan secara rutin selama 3 hari berturut-turut, dengan dokumentasi lengkap. Hasil implementasi menunjukkan adanya penurunan kadar glukosa darah yang signifikan dan peningkatan kesadaran pasien terhadap pentingnya diet dan pengobatan.

5. Evaluasi harian menunjukkan bahwa sebagian masalah keperawatan mulai teratasi. Namun, beberapa aspek seperti penyembuhan luka dan status nutrisi masih memerlukan tindak lanjut dan pemantauan berkelanjutan.

Secara keseluruhan, proses asuhan keperawatan yang dilaksanakan melalui pendekatan sistematis hasil yang cukup baik dan menunjukkan bahwa manajemen keperawatan yang tepat sangat berperan dalam meningkatkan kondisi klinis pasien dengan DM tipe 2

5.2 Saran

1. Bagi perawat dan tenaga kesehatan, disarankan untuk melakukan pengkajian terutama dalam memantau kadar glukosa darah dan tanda-tanda komplikasi, guna menetapkan diagnostic yang akurat dan intervensi yang efektif.
2. Bagi pasien dan keluarga, perlu diberikan edukasi berkelanjutan mengenai pentingnya kepatuhan terhadap diet, penggunaan obat secara teratur, aktivitas fisik yang terkontrol, serta perawatan luka untuk mencegah komplikasi lanjutan.
3. Bagi institusi pelayanan kesehatan, perlu dikembangkan standar operasional prosedur (SOP) khusus untuk asuhan keperawatan pasien DM, terutama yang berkaitan dengan manajemen luka diabetik dan kestabilan kadar glukosa darah, guna meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.
4. Bagi penulis selanjutnya, diharapkan dapat melakukan penulisan dengan jumlah partisipan yang lebih banyak atau durasi perawatan yang lebih panjang agar hasil penulisan lebih representatif dan dapat dibandingkan secara statistik.

DAFTAR PUSTAKA

Care, D., & Suppl, S. S. (2022). Classification and diagnosis of diabetes : standards of medical care in diabetes — 2022. *Diabetes Care*, *45*(Suppl), 517–538.

Darajat, A. M., Nur, D., Muslim, A., Indarna, A. A., Pratidina, E., & Rizqi, S. M. (2024). *Asuhan keperawatan pada lansia diabetes melitus dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah di Kecamatan Cibiru Kota Bandung*. *4*(1), 20–25.

Hasanuddin, F. (2020). Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi. *Journal Of Health, Education and Literacy*, 44–53.

Junaiddin, J. (2020). Hubungan Self Efficacy Dengan Kepatuhan Terapi Diet Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Rsud Kota Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, *15*(3), 208–211. http://jurnal.stikesnh.ac.id/index.php/jikd/article/view/341

Kaneko, M., Nozawa, H., Rokutan, H., Murono, K., Ushiku, T., & Ishihara, S. (2021). Changes in Diabetes treatment during the COVID-19 pandemic – A systematic review and meta analysis. *International Journal of Surgery*, *7(1)*(117). https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s40792-021-01204-9

Nuraisyah, F. (2020). Faktor Risiko Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan Aisyiyah*, *13*(2), 120–127. https://doi.org/10.31101/jkk.395

PERKEN. (2020). Konsensus pengelolaan diabetes melitus tipe 2 di Indonesia 2017. *PB PERKEN*.

PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2017). Standar Diagnostic Keperawatan Indonesia (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI

PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI

PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI

Raharjo, M. (2018). *Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Ny. N dengan Diabetes Melitus di Ruang Kirana Rumah Sakit*.

Rani, C. C., & Mulyani, N. S. (2021). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian diabetes mellitus tipe-II pada pasien rawat jalan. *Jurnal SAGO Gizi*

Dan Kesehatan, *2*(2), 122. https://doi.org/10.30867/gikes.v2i2.258

Renaldi, H. A., Susanto, A., & Burhan, A. (2022). Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Glukosa Darah Pada Pasien Tn. D Dengan Diabetes Melitus Tipe Ii Di Rsi Banjarnegara. *Jurnal Inovasi Penulisan*, *3*(6), 6787–6792.

Setiadi. (2021). *konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi*.

Sudoyo.A.W. (2022). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid III* (Edisi 4). FK Universitas Indonesi.

Widiasari, K. R., Wijaya, I. M. K., & Suputra, P. A. (2021). Diabetes Melitus Tipe 2: Faktor Risiko, Diagnosis, Dan Tatalaksana. *Ganesha Medicine*, *1*(2), 114. https://doi.org/10.23887/gm.v1i2.40006

Zhu, M.-Y., Fei, F.-M., Chen, J., Zhou, Z.-C., Wu, B., & Shen, Y.-Y. (2019). Endometriosis of the duplex appendix: A case report and review of the literature. *World Journal of Clinical*, *7(15)*(2094–2102). https://doi.org/https://doi.org/10.12998/wjcc.v7.i15.2094 Cases

LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

JADWAL KEGIATAN

No	Kegiatan	Tabel																							
		Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Pendaftaran KIAN																								
2.	Bimbingan Proposal																								
3.	Pendaftara Ujian Proposal																								
4.	Ujian Proposal																								
5.	Revisi Proposal																								
7.	Pengambilan dan Pengolahan data																								
8.	Bimbingan hasil																								
9.	Pendaftaran ujian sidang																								
10.	Ujian sidang																								
11.	Revisi KIAN																								
12.	Penggandaan ,Plagscan, dan Pengumpulan KIAN																								

INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG

Lampiran 2 Lembar *Inform Consent*

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

INFORM CONSENT

Setelah mendapatkan penjelasan dari penulis, saya yang bertanda-tangan dibawah ini:

Nama (Inisial) :……...

Umur :……

Jenis Kelamin :……

Menyatakan (**bersedia/tidak bersedia**) menjadi responden dalam penulisan yang dilakukan saudara Sholikhul Khasan Adi Putra, Mahasiswa Profesi Ners Fakultas Kesehatan ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Post Amputasi Above Knee Dengan Masalah Perfusi Perifer Tidak Efektif".

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sejujur-jujurnya tanpa paksaan dari pihak manapun.

Jombang,…….2025

Responden

(……)

Nb: coret yang tidak perlu

Lampiran 3 Format Asuhan Keperawatan

PRAKTIK PROFESI
PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG
Jl. Kemuning No. 57 A Candimulyo Jombang, Telp. 0321-8494886

Asuhan Keperawatan pada pasien .....

Dengan Diagnosa.....

di Ruang.....

I. PENGKAJIAN

A. Tanggal Masuk : .....
B. Jam masuk : .....
C. Tanggal Pengkajian : .....
D. Jam Pengkajian : .....
E. No.RM : .....
F. Identitas
   1. Identitas pasien
      a. Nama :.....
      b. Umur :.....
      c. Jenis kelamin :.....
      d. Agama :.....
      e. Pendidikan :.....
      f. Pekerjaan :.....
      g. Alamat :.....
      h. Status Pernikahan :.....
   2. Penanggung Jawab Pasien
      a. Nama :.....
      b. Umur :.....
      c. Jenis kelamin :.....
      d. Agama :.....
      e. Pendidikan :.....
      f. Pekerjaan :.....
      g. Alamat :.....
      h. Hub. Dengan PX :.....

G. Riwayat Kesehatan
   1. Keluhan Utama

      .....

      .....

      .....

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

.....

.....

.....

.....

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

.....

.....

.....

.....

H. Pola Fungsi Kesehatan

1. Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

a. Merokok : Jumlah :..... Jenis:.....Ketergantungan:.....

b. Alkohol : Jumlah :..... Jenis:.....Ketergantungan: .....

c. Obat-obatan : Jumlah :..... Jenis:.....Ketergantungan:.....

d. Alergi :.....

e. Harapan dirawat di RS : .....

f. Pengetahuan tentang penyakit :.....

g. Pengetahuan tentang keamanan dan keselamatan : .....

h. Data lain : .....

2. Nutrisi dan Metabolik

a. Jenis diet :.....

b. Jumlah porsi : .....

c. Nafsu makan :.....

d. Kesulitan menelan :.....

e. Jumlah cairan/minum : .....

f. Jenis cairan :.....

g. Data lain : .....

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 : .....
b. Data lain : .....

4. Tidur dan Istirahat

a. Kebiasaan tidur : .....
b. Lama tidur: .....
c. Masalah tidur : .....
d. Data lain : .....

5. Eliminasi

a. Pola defekasi : .....
b. Warna feses : .....
c. Kolostomi : .....
d. Pola miksi : .....
e. Warna urine : .....
f. Jumlah urine : .....
g. Data lain : .....

6. Pola Persepsi Diri (Konsep Diri)

a. Harga diri : .....
b. Peran : .....
c. Identitas diri : .....
d. Ideal diri : .....
e. Penampilan : .....
f. Koping : .....
g. Data lain : .....

7. Peran dan Hubungan Sosial

a. Sistem pendukung : .....
b. Interaksi dengan orang lain : .....
c. Data lain : .....

8. Seksual dan Reproduksi

a. Frekuensi hubungan seksual : .....
b. Hambatan hubungan seksual : .....
c. Periode menstruasi : .....
d. Masalah menstruasi : .....

e. Data lain : .....

9. Kognitif Perseptual

a. Keadaan mental : .....

b. Berbicara : .....

c. Kemampuan memahami : .....

d. Ansietas : .....

e. Pendengaran : .....

f. Penglihatan : .....

g. Nyeri : .....

h. Data lain : .....

10. Nilai dan Keyakinan

a. Agama yang dianut : .....

b. Nilai/keyakinan terhadap penyakit : .....

c. Data lain : .....

I. Pengkajian

a. Vital Sign

Tekanan Darah : ..... Nadi : .....

Suhu : ..... RR : .....

b. Kesadaran : .....

GCS : .....

c. Keadaan Umum

a. Status gizi : ☐ Gemuk ☐ Normal ☐ Kurus

Berat Badan : ..... Tinggi Badan : .....

b. Sikap : ☐ Tenang ☐ Gelisah ☐ Menahan nyeri

d. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

a. Warna rambut : .....

b. Kuantitas rambut : .....

c. Tekstur rambut : .....

d. Kulit kepala : .....

e. Bentuk kepala : .....

f. Data lain : .....

.....

2) Mata

a. Konjungtiva : .....

b. Sclera : .....

c. Reflek pupil : .....

d. Bola mata : .....

e. Data lain : .....

3) Telinga
   a. Bentuk telinga : .....
   b. Kesimetrisan : .....
   c. Pengeluaran cairan : .....
   d. Data lain : .....

4) Hidung dan Sinus
   a. Bentuk hidung : .....
   b. Warna : .....
   c. Data lain : .....

5) Mulut dan tenggorokan
   a. Bibir : .....
   b. Mukosa : .....
   c. Gigi : .....
   d. Lidah : .....
   e. Palatum : .....
   f. Faring : .....
   g. Data lain : .....

6) Leher
   a. Bentuk : .....
   b. Warna : .....
   c. Posisi trakea : .....
   d. Pembesaran tiroid : .....
   e. JVP : .....
   f. Data lain : .....

7) Thorax
   - Paru-Paru
     a. Bentuk dada: .....
     b. Frekuensi nafas : .....
     c. Kedalaman nafas : .....
     d. Jenis pernafasan : .....
     e. Retraksi dada : .....
     f. Irama nafas : .....
     g. Ekspansi paru : .....
     h. Vocal fremitus : .....
     i. Nyeri : .....

j. Batas paru : .....

k. Suara nafas : .....

l. Data lain : .....

- Jantung

a. Ictus cordis : .....

b. Nyeri : .....

c. Batas jantung : .....

d. Bunyi jantung : .....

e. Data lain : .....

8) Abdomen

a. Bentuk perut: .....

b. Warna kulit : .....

c. Lingkar perut .....

d. Bising usus : .....

e. Massa :.....

f. Acites :.....

g. Nyeri :.....

h. Data lain : .....

9) Genetalia :

a. Kondisi meatus : .....

b. Kelainan skrotum : .....

c. Odem vulva : .....

d. Kelainan : .....

e. Data lain : .....

10) Ekstremitas

a. Kekuatan otot: .....

b. Turgor :.....

c. Odem : .....

d. Nyeri :.....

e. Warna kulit : .....

f. Akral :.....

g. Sianosis :.....

h. Parese : .....

i. Alat bantu : .....

j. Data lain : .....

e. Pemeriksaan Penunjang

.....

.....

.....

.....

f. Terapi Medik

II. ANALISA DATA

NO.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH

III. DIAGNOSA KEPERAWATAN (SESUAI PRIORITAS)

1. .....
   .....
2. .....
   .....
3. .....
   .....
4. .....
   .....
5. .....
   .....

IV. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

NO.	SDKI KEPERAWATAN	SLKI (SMART)	SIKI
		Indikator : No. | Indikator | Indikator 1 | 2 | 3 | 4 | 5	**Aktiflitas Keperawatan :**

V. IMPLEMENTASI

NO. DX	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF

VI. EVALUASI

NO.	NO. DX	HARI/ TGL	JAM	EVALUASI	PARAF

Lampiran 4 Lampirran Bimbingan KIAN 1

77

LEMBAR BIMBINGAN KIA

Nama : Sholikhul Khasan Adi Putra

NIM : 246410032

Judul KIA : Asuhan Keperawatan dengan masalah ketidakstabilan glukosa darah pada pasien diabetes melitus tipe 2 Di RSUD Jombang

Nama Dosen Pembimbing : Dr. Muarrofah, S.Kep.,Ns., M.Kes

NO	Tanggal	Hasil Bimbingan	Tanda Tangan
1.	8 April 2025	Konsul Judul	
2.	11 April 2025	Acc Judul + Penyusunan BAB I	
3.	3 Juni 2025	Konsul BAB I	
4.	9 Juni 2025	Konsul Revisi BAB I	
5.	15 Juni 2025	Konsul BAB II	
6.	16 Juni 2025	Konsul Revisi BAB II	
7.	17 Juni 2025	Konsul BAB II + Revisi	
8.	18 Juni 2025	Acc proposal Kian	
9.	8 Juli 2025	Revisi Proposal	
10.	9 Juli 2025	Revisi proposal	
11.	10 Juli 2025	Lanjut BAB IV + V KIAN	
12.	6 Agust 2025	Konsul BAB IV	
13	07 Agust 2025	Revisi BAB IV	
14.	11 Agust 2025	Konsul BAB IV + V KIAN	
15.	14 Agust 2025	Revisi BAB IV + V KIAN	
16.	15 Agust 2025	Konsul BAB IV + V KIAN	
17.	18 Agust 2025	Revisi BAB IV + V KIAN	
18.	19 Agust 2025	Acc Sem Has	

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 5 Lampiran Bimbingan KIAN 2

78

LEMBAR BIMBINGAN KIA

Nama : Sholikhul Khasan Adi Putra

NIM : 246410032

Judul KIA : Asuhan Keperawatan dengan masalah ketidakstabilan glukosa darah pada pasien diabetes melitus tipe 2 Di RSUD Jombang

Nama Dosen Pembimbing : Ucik Indrawati, S.Kep.,Ns., M.Kep

NO	Tanggal	Hasil Bimbingan	Tanda Tangan
1.	8 April 2025	Konsul Judul	
2.	11 April 2025	Acc Judul + Penyusunan BAB I	
3.	3 Juni 2025	Konsul BAB I	
4.	9 Juni 2025	Konsul Revisi BAB I	
5.	15 Juni 2025	Konsul BAB II	
6.	16 Juni 2025	Konsul Revisi BAB II	
7.	17 Juni 2025	Konsul BAB II + Revisi	
8.	18 Juni 2025	Acc Proposal KIAN	
9.	8 Juli 2025	Revisi Proposal	
10.	9 Juli 2025	Revisi Proposal	
11.	10 Juli 2025	Lanjut BAB III + V KIAN	
12.	6 Agust 2025	Konsul BAB IV	
13.	7 Agust 2025	Revisi BAB IV	
14.	11 Agust 2025	Konsul BAB IV + V KIAN	
15.	14 Agust 2025	Revisi BAB IV + V KIAN	
16.	15 Agust 2025	Konsul BAB IV + V KIAN	
17.	18 Agust 2025	Revisi BAB IV + V KIAN	
18.	19 Agust 2025	Acc SEMHAS	

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 6 Lembar Kaji Etik

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE

Institut Tekonologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang
***Institute of Technology Science and Health* Insan Cendekia Medika Jombang**

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

"ETHICAL APPROVAL"
No. 445/KEPK/ITSKES-ICME/IX/2025

Komite Etik Penelitian Kesehatan Institut Tekonologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Institute of Technology Science and Health Insan Cendekia Medika Jombang *with regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :*

Asuhan Keperawatan Dengan Masalah KertidakstabilanKadar Glukosa Darah Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Studi Kasus Di Rumah Sakit Umum Daerah Jombang

Peneliti Utama *Principal Investigator* : **Sholikhul Khasan Adi Putra S.Kep**

Nama Institusi *Name of the Institution* : **ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang**

Unit/Lembaga/Tempat Penelitian *Setting of Research* : **RSUD Jombang**

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.
And approved the above - mentioned protocol.

Jombang, **16 September 2025**
Ketua,

Dhita Yuniar Kristianingrum S.ST.,Bd.,M.Kes
NIK. 05.10.371

Lampiran 7 Surat Pengecekan Judul

80

PERPUSTAKAAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG
Kampus C : Jl. Kemuning No. 57 Candimulyo Jombang Telp. 0321-865446

SURAT PERNYATAAN
Pengecekan Judul

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap	: Sholikhul Khasan Adi Putra
NIM	: 246410032
Prodi	: Profesi Ners
Tempat/Tanggal Lahir	: Kediri, 16 Oktober 2025
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
Alamat	: Dsn. Gondang Ds. Sekoto Kecamatan Badas, Kab. Kediri
No.Tlp/HP	: 0819-5250-5115
email	: sholikhulkhasan16@gmail.com
Judul Penelitian	: Asuhan Keperawatan Dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien Diabetes Meletus Tipe 2 Di RSUD Jombang

Menyatakan bahwa judul LTA/Skripsi/KIAN diatas telah dilakukan pengecekan, dan judul tersebut **layak** untuk diajukan sebagai judul LTA/Skripsi/KIAN. Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dapat dijadikan sebagai referensi kepada dosen pembimbing dalam mengajukan judul LTA/Skripsi.

Jombang, 20 Agustus 2025
Mengetahui,
Kepala Perpustakaan

Dwi Nuriana, M.IP
NIK.01.08.112

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 8 Surat Keterangan Plagiasi

ITSKes Insan Cendekia Medika
Jl Kemuning No. 57 A Candimulyo Jombang Jawa Timur Indonesia
SK. Kemendikbud Ristek No. 68/E/O/2022

SURAT KETERANGAN BEBAS PLAGIASI

Nomor : 098/AK/072039/IX/2025

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama	: Dr. Lusianah Meinawati, SST., S.Psi., M.Kes
NIDN	: 0718058503
Jabatan	: Wakil Rektor I
Institusi	: Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama Lengkap	: Sholikhul Khasan Adi Putra
NPM	: 246410032
Program Studi	: Profesi Ners
Fakultas	: Kesehatan
Judul	: Asuhan Keperawatan dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2

Telah melalui proses Check Plagiasi dan dinyatakan **BEBAS PLAGIASI** dengan persentase kemiripan sebesar **20%**.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang,
Wakil Rektor I

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

Kampus A Jl. Kemuning No 57 A Candimulyo - Jomba
Kampus B Jl. Halmahera 33 Kaliwungu - Jomba
Website: www.itskes.icme-jbg.ac
Tlp. 0321 8404886 Fax. 0321 8404

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 9 Hasil Turnit *Digital Receipt*

turnitin

Digital Receipt

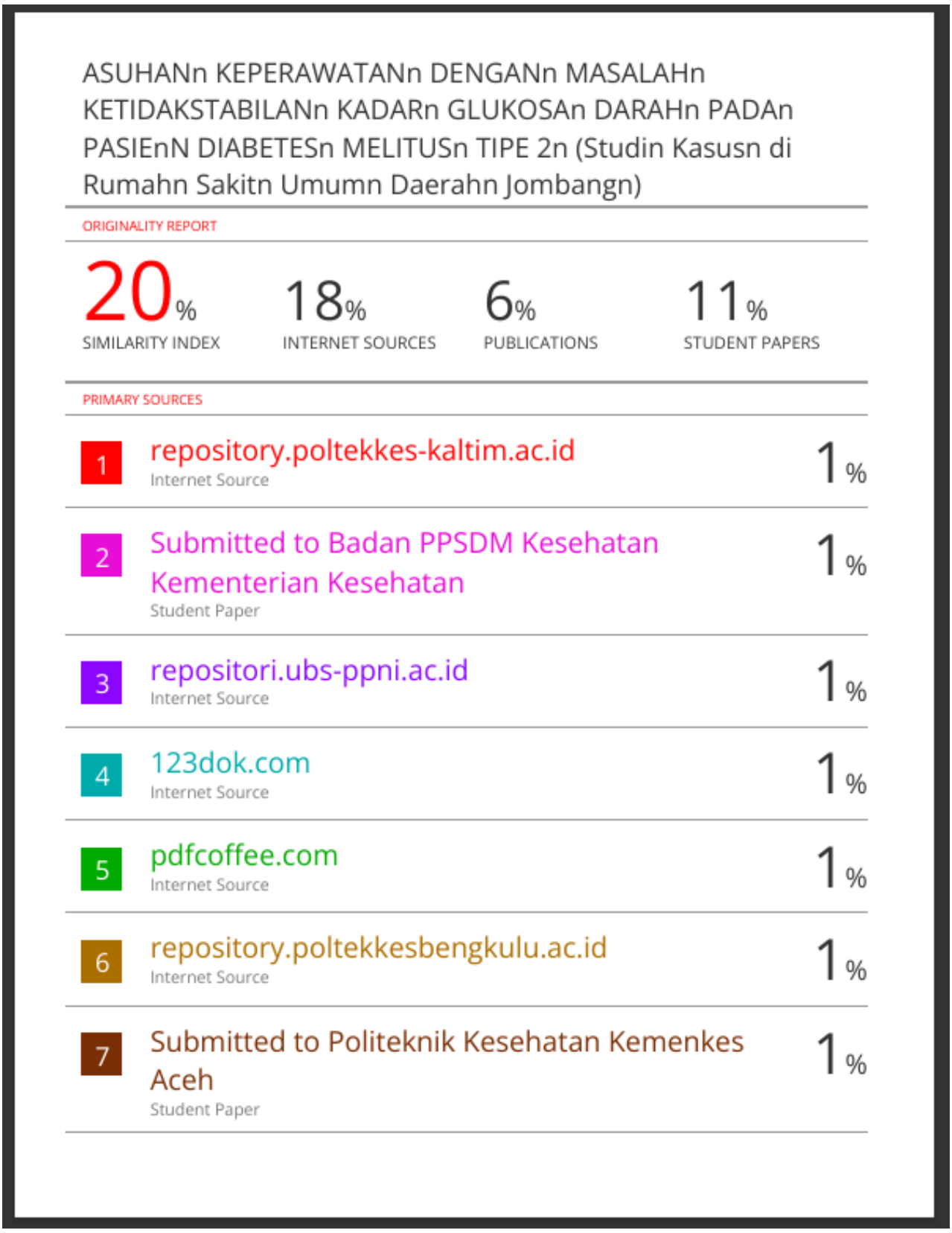
This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author:	. .
Assignment title:	Assignment 10
Submission title:	ASUHANn KEPERAWATANn DENGANn MASALAHn KETIDAKSTA...
File name:	SHOLIKHUL_KHASAN_ADI_PUTRA.docx
File size:	499.32K
Page count:	63
Word count:	10,830
Character count:	68,739
Submission date:	16-Sep-2025 07:34PM (UTC-0700)
Submission ID:	2705781662

Copyright 2025 Turnitin. All rights reserved.

Lampiran 10 Presentase Turnitin



ASUHANn KEPERAWATANn DENGANn MASALAHn KETIDAKSTABILANn KADARn GLUKOSAn DARAHn PADAn PASIEnN DIABETESn MELITUSn TIPE 2n (Studin Kasusn di Rumahn Sakitn Umumn Daerahn Jombangn)

ORIGINALITY REPORT

20%	18%	6%	11%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	1%
2	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	1%
3	repositori.ubs-ppni.ac.id Internet Source	1%
4	123dok.com Internet Source	1%
5	pdfcoffee.com Internet Source	1%
6	repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source	1%
7	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Aceh Student Paper	1%

Lampiran 11 Surat Pernyataan Kesediaan Unggah

84

Lampiran 11 Surat Pernyataan Kesediaan Unggah

SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN UNGGAH KARYA ILMIAH AKHIR

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sholikhul Khasan Adi putra

NIM : 246410032

Prodi : Profesi Ners

Demikian pengembangan ilmu pengetahuan menyetujui untuk memberikan kepada ITSKes Insan Cendekia medika Jombang Hak Bebas Royalti Nom Ekslusif {Non Exclusive Royalty Free Right} atas "Asuhan keperawatan dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah pada pasien diabetes melitus tipe 2 di RSUD Jombang".

Hak bebas Royalty Non Ekslusif ini ITSKes Insan Cendekia medika jombang berhak menyimpan alih KTI/Skripsi/Format mengelola dalam bentuk pangkalan data {database}, merawat KIAN, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan memiliki Hak Cipta

Demikian pernnyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 17 Sepetember 2025
Yang menyatakan peneliti

{Sholikhul Khasan Adi Putra}
246410032

Dipindai dengan CamScanner