

**KARYA ILMIAH AKHIR  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN  
DENGAN DIABETES MELLITUS TIPE 2**

**(Di Puskesmas Kesamben Jombang)**



**OLEH :**

**OKKY WIDYA DESTARANI  
256410027**

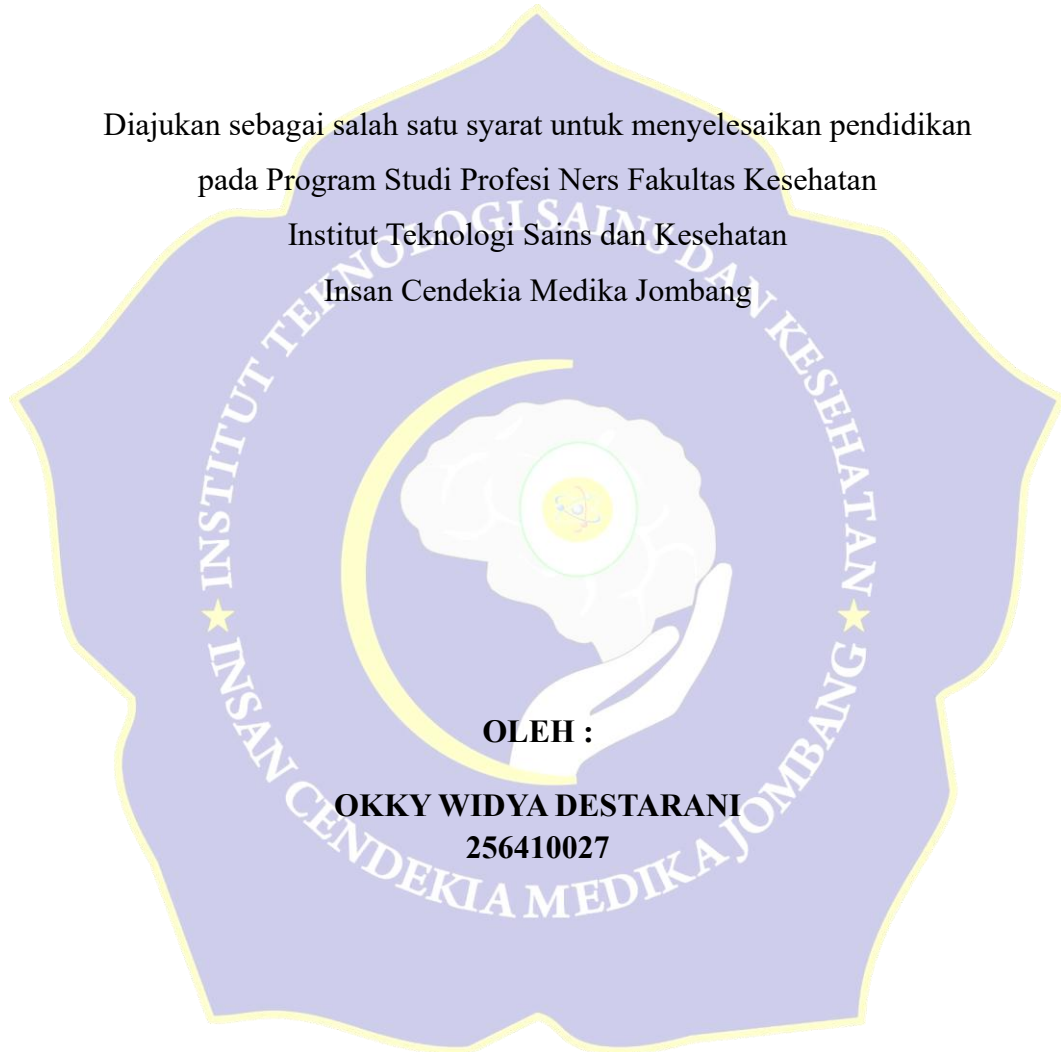
**PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN  
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2026**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN  
DENGAN DIABETES MELLITUS TIPE 2**

**(Di Puskesmas Kesamben Jombang)**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

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



**OLEH :**

**OKKY WIDYA DESTARANI  
256410027**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN  
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2026**

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Okky Widya Destarani

NIM : 256410027

Program Studi : Profesi Ners

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

"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 (Di Puskesmas Kesamben Jombang)"

Merupakan karya tulis ilmiah bukan milik orang lain yang secara keseluruhan adalah asli hasil karya penelitian 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, 04 Mei 2026

Yang Menyatakan  
Peneliti



(Okky Widya Destarani)  
256410027

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Okky Widya Destarani

NIM : 256410027

Program Studi : Profesi Ners

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

"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 (Di Puskesmas Kesamben Jombang)"

Merupakan karya tulis ilmiah bukan milik orang lain yang secara keseluruhan adalah asli hasil karya penelitian 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 melakukan plagiasi, maka saya siap di proses sesuai hukum dan undang-undang yang berlaku. Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 04 Mei 2026  
Yang Menyatakan  
Peneliti



(Okky Widya Destarani)  
256410027

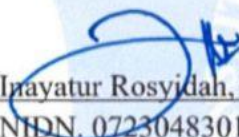
## LEMBAR PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR

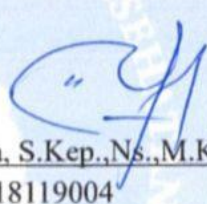
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 (Di Puskesmas Kesamben Jombang)  
Nama Mahasiswa : Okky Widya Destarani  
NIM : 256410027

TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING  
PADA TANGGAL 10 FEBRUARI 2026

**Pembimbing Ketua**

**Pembimbing Anggota**


  
Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.  
NIDN. 0723048301

  
Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep.  
NIDN. 0718119004

**Mengetahui**

**Dekan Fakultas Kesehatan  
ITSKes ICME Jombang**

**Ketua Program Studi  
Profesi Ners**

  
Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.  
NIDN. 0723048301

  
Dwi Prasetyaningati, S.Kep., Ns.,M.Kep.  
NIDN. 0708098201

## LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

### Karya ilmiah akhir ini telah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Okky Widya Destarani  
NIM : 256410027  
Program Studi : Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 (Di Puskesmas Kesamben Jombang)

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Profesi Ners

### Komisi Dewan Penguji,

Ketua Dewan Penguji : Dr.Muarrofah,S.Kep.,Ns.,M.Kes (  )  
NIDN. 023127501  
Penguji I : Inayatur Rosyidah,S.Kep.,Ns.,M.Kep (  )  
NIDN. 0723048301  
Penguji II : Ifa Nofalia,S.Kep.,Ns.,M.Kep (  )  
NIDN. 0718119004  
Ditetapkan di : **JOMBANG**  
Pada tanggal : 03 Maret 2026

### Mengetahui,

**Dekan Fakultas Kesehatan  
ITSKES ICMe Jombang**

  
Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0723048301

**Ketua Program Studi  
Profesi Ners**

  
Dwi Prasetyaningati, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0708098201

## RIWAYAT HIDUP

Peneliti dilahirkan di Trenggalek pada tanggal 22 Desember 2022, dari pasangan Bapak Samsul Arifin dan Ibu Suyatmi, sebagai anak kedua dari 1 bersaudara yaitu kakak saya Richa Layla Agustina, S.Kep.,Ns.

Pendidikan Sekolah Dasar (SD) peneliti diselesaikan di SDN Wuluh 02 pada tahun 2015, Sekolah Menengah Pertama (SMP) diselesaikan di SMP Negeri 1 Kesamben pada tahun 2018 dan Sekolah Menengah Akhir (SMA) diselesaikan di MAN 2 Mojokerto pada tahun 2021. Kemudian penulis melanjutkan pendidikannya di Institut Teknologi Sains Dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

Jombang, 31 Januari 2026  
Yang Menyatakan  
Peneliti



(Okky Widya Destarani)  
NIM. 256410027

## PERSEMBAHAN

Puji Syukur Saya Ucpakan Akan Kehadirat Allah Swt Atas Limpahan Rahmat, Hidayah, Serta Karunia-Nya Sehingga Peneliti Dapat Menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Dengan Judul ” Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 (Di Puskesmas Kesamben Jombang) sesuai dengan jadwal yang ditentukan. Semoga karya ilmiah akhir ini dapat memberikan manfaat kepada semua orang yang membacanya. Saya persembahkan karya ilmiah akhir ini kepada :

1. Kedua orang tua saya, Bapak Samsul Arifin dan Ibu Suyatmi yang saya cintai dan saya sayangi. Terimakasih atas segala cinta dan kasih sayang ayah dan ibu. Tidak ada hentinya ayah dan ibu selalu mengajarkan, membimbing, memberikan saran, arahan dan nasihat untuk penulis menjadi lebih baik, serta terimakasih banyak untuk semua yang ayah dan ibu berikan hingga harus bekerja seharian dan tidak pernah mengeluh karena lelah. Kalian adalah alasan utama penulis untuk tidak menyerah dalam menyelesaikan pendidikan ini. Terimakasih sekali lagi, untuk doa yang selalu ayah dan ibu panjatkan demi kelancaran disetiap ujian yang penulis lalui dan terimakasih untuk keringat yang kalian teteskan demi penulis.
2. Kakak saya Richa Layla Agustina, S.Kep.,Ns yang sangat saya cintai dan saya sayangi. Terimakasih atas segala dukungan yang telah diberikan kepada penulis, terimakasih sudah mau mendengarkan keluh kesah penulis tanpa adanya rasa bosan, terimakasih sudah menemani penulis dalam suka maupun duka, terimakasih banyak sudah memberikan dukungan dan arahan yang bahkan tidak terhingga untuk setiap harinya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
3. Dan yang terakhir kepada diri saya sendiri, Okky Widya Destarani. Terimakasih sudah bertahan sejauh ini. Terimakasih atas segala perjuangan telah selesai mengerjakan karya ilmiah akhir ini dengan tepat waktu. Terimakasih kepada diri saya sendiri yang sudah mampu melewati lika liku kehidupan dengan sabar. Terimakasih kepada jiwa dan raga masih tetap kuat hingga saat ini. Saya bangga pada diri saya sendiri. Kedepannya untuk raga yang kuat, hati yang selalu tegar dan sabar, mari bekerjasama untuk lebih berkembang lagi menjadi pribadi yang lebih baik dari hari ke hari. Tetaplah jadi manusia yang mau berusaha dan tidak lelah untuk mencoba.

*Congrats, on your new title.Ns*

## MOTTO

*“Ilmu adalah cahaya yang menerangi jiwa”  
(QS.An-Nur : 35)*

*”Setiap mimpi besar dimulai dengan mimpi kecil yang diperjuangkan”  
(Okky Widya Destarani)*



**ABSTRAK**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN**  
**DIABETES MELLITUS TIPE 2**

**(Di Puskesmas Kesamben)**

**Oleh :**

Okky Widya Destarani, Inayatur Rosyidah, Ifa Nofalia  
Profesi Ners Fakultas Keperawatan ITS Kes ICMe Jombang

[okkywidya22@gmail.com](mailto:okkywidya22@gmail.com)

**Pendahuluan :** Diabetes Mellitus (DM) Tipe 2 merupakan penyakit metabolik yang ditandai dengan hiperglikemia akibat resistensi insulin. Kondisi kadar gula darah yang tidak terkontrol sering kali menimbulkan keluhan subjektif berupa lemas dan pusing, yang jika terlanjut dapat membatasi kemampuan fungsional pasien dalam beraktivitas. Tujuan studi kasus ini untuk melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif pada pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Puskesmas Kesamben. **Metode :** Penelitian ini menggunakan desain studi kasus untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus tipe 2. Uji keabsahan data dilakukan melalui peningkatan durasi observasi dan triangulasi data. Analisis data meliputi pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, pembahasan, dan kesimpulan. **Hasil :** Berdasarkan studi kasus, didapatkan pasien mengeluhkan badan lemas, pusing, serta merasa haus (polidipsia), sering kencing pada malam hari (nokturia), serta kadar gula darah acak (GDA) meningkat mencapai 285 mg/dl. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah dan intoleransi aktivitas. Intervensi pada ketidakstabilan kadar glukosa darah menggunakan manajemen hiperglikemia, sedangkan pada intoleransi aktivitas menggunakan manajemen energi. Implementasi diberikan selama 3x24 jam sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan. Evaluasi dilakukan dengan teknik subjektif, objektif, assessment, planning, berdasarkan kriteria hasil didapatkan tercapainya diagnosa pertama dan kedua pada hari ketiga. **Kesimpulan :** Asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 telah diberikan secara komprehensif, dengan menunjukkan adanya keberhasilan dalam pemberian asuhan keperawatan khususnya pada diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah dan intoleransi aktivitas.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Diabetes Mellitus Tipe 2

**ABSTRACT**  
**NURSING CARE FOR PATIENTS WITH**  
**DIABETES MELLITUS TIPE 2**

*(At the Kesamben Health Center)*

**By :**

**Okky Widya Destarani, Inayatur Rosyidah, Ifa Nofalia**

**Bachelor of Nursing, ITS Kes ICMe Jombang**

[okkywidya22@gmail.com](mailto:okkywidya22@gmail.com)

**Introduction :** Type 2 Diabetes Mellitus (DM) is a metabolic disease characterized by hyperglycemia due to insulin resistance. Uncontrolled blood sugar levels often cause subjective complaints in the form of weakness and dizziness, which if continued can limit the patient's functional ability to carry out activities. The purpose of this case study is to carry out comprehensive nursing care for Type 2 Diabetes Mellitus patients at the Kesamben Health Center. **Methods:** This study used a case study design to explore nursing care in patients with type 2 diabetes mellitus. The validity test of the data was carried out by increasing the duration of observation and triangulation of data. Data analysis includes data collection, data reduction, data presentation, discussion, and conclusion. **Results:** Based on the case study, it was found that patients complained of weakness, dizziness, and feeling thirsty (polydipsia), frequent urination at night (nocturia), and random blood sugar (GDA) levels increased to 285 mg/dl. The established nursing diagnosis is instability of blood glucose levels and activity intolerance. Interventions on instability of blood glucose levels use hyperglycemic management, while on activity intolerance use energy management. Implementation is given for 3x24 hours according to the planned intervention. Evaluation is carried out with subjective, objective, assessment, and planning techniques, based on the criteria obtained by achieving the first and second diagnoses on the third day. **Conclusion:** Nursing care provided to patients with Type 2 Diabetes Mellitus has been provided comprehensively, showing success in providing nursing care, especially in the diagnosis of instability of blood glucose levels and activity intolerance.

*Keywords: Nursing Care, Type 2 Diabetes Mellitus*

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat limpahan Rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan Proposal Karya Ilmiah Akhir dengan Judul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Puskesmas Kesamben Jombang. Proposal Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Profesi Ners (Ns) pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Kesehatan ITS Kes 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 ITS Kes 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, Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing ketua dan Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing anggota yang telah memberikan waktu dan bimbingan kepada saya untuk menyelesaikan Proposal Karya Ilmiah akhir Ners saya.

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

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

Jombang, 22 September 2025

Penulis



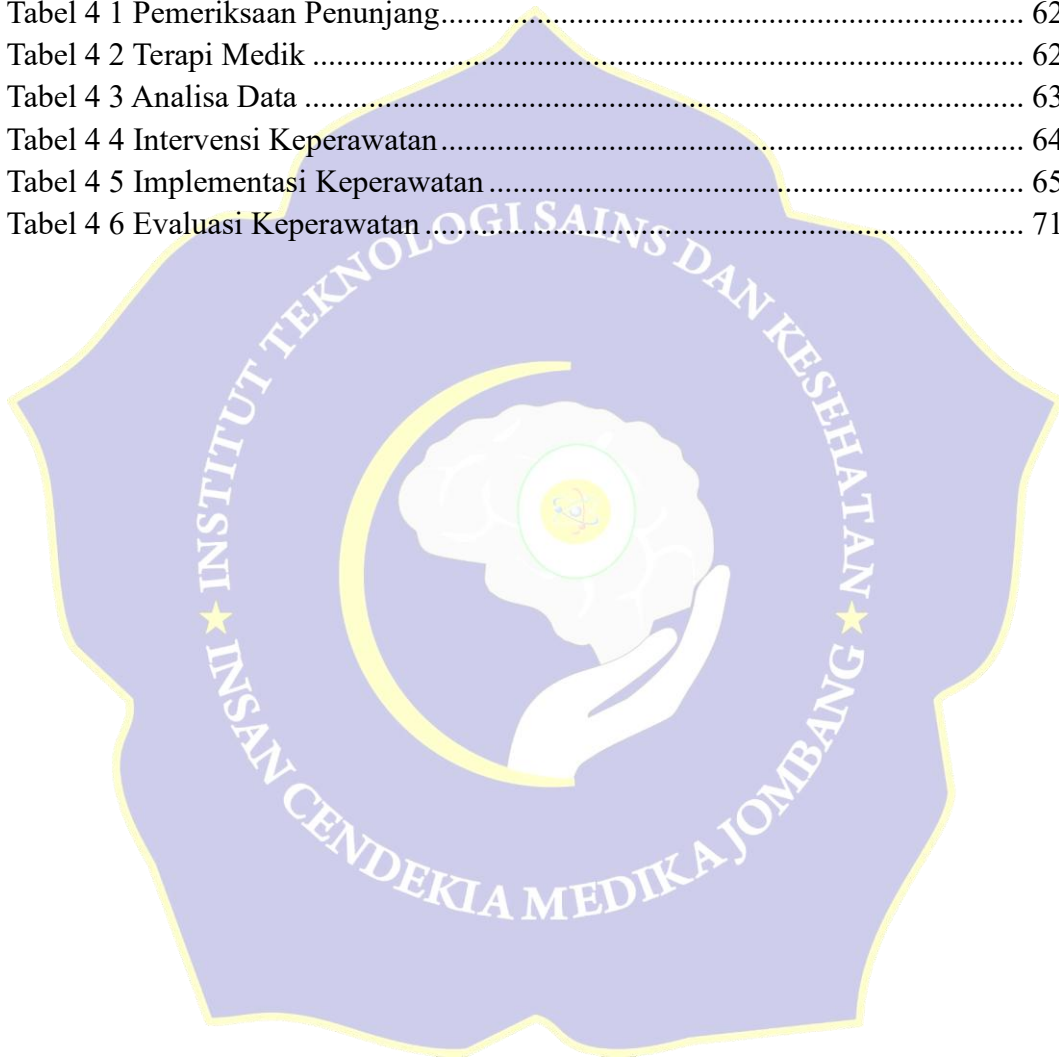
Okky Widya Destarani

## DAFTAR ISI

<b>SAMPUL LUAR.....</b>	<b>i</b>
<b>SAMPUL DALAM.....</b>	<b>ii</b>
<b>SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR ....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>RIWAYAT HIDUP.....</b>	<b>vii</b>
<b>PERSEMBAHAN.....</b>	<b>viii</b>
<b>MOTTO .....</b>	<b>ix</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>x</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>xi</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN.....</b>	<b>xvii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan masalah .....	4
1.3 Tujuan .....	4
1.4 Manfaat .....	5
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>6</b>
2.1 Konsep Diabetes Mellitus Tipe 2 .....	6
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2.....	25
<b>BAB 3 METODE PENELITIAN .....</b>	<b>43</b>
3.1 Desain Penelitian .....	43
3.2 Batasan Istilah .....	43
3.3 Partisipan.....	44
3.4 Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	45
3.5 Pengumpulan Data .....	45
3.6 Uji Keabsahan Data .....	46
3.7 Analisa Data.....	47
3.8 Etika Penelitian .....	48
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>50</b>
4.1 Hasil .....	50
4.2 Pembahasan.....	76
<b>BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>88</b>
5.1 Kesimpulan .....	88
5.2 Saran .....	89
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>90</b>

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2 1Diagnosa Keperawatan Diabetes Mellitus Tipe 2 ..... 35  
Tabel 2 2 Intervensi Keperawatan..... 37  
Tabel 4 1 Pemeriksaan Penunjang..... 62  
Tabel 4 2 Terapi Medik ..... 62  
Tabel 4 3 Analisa Data ..... 63  
Tabel 4 4 Intervensi Keperawatan..... 64  
Tabel 4 5 Implementasi Keperawatan ..... 65  
Tabel 4 6 Evaluasi Keperawatan ..... 71



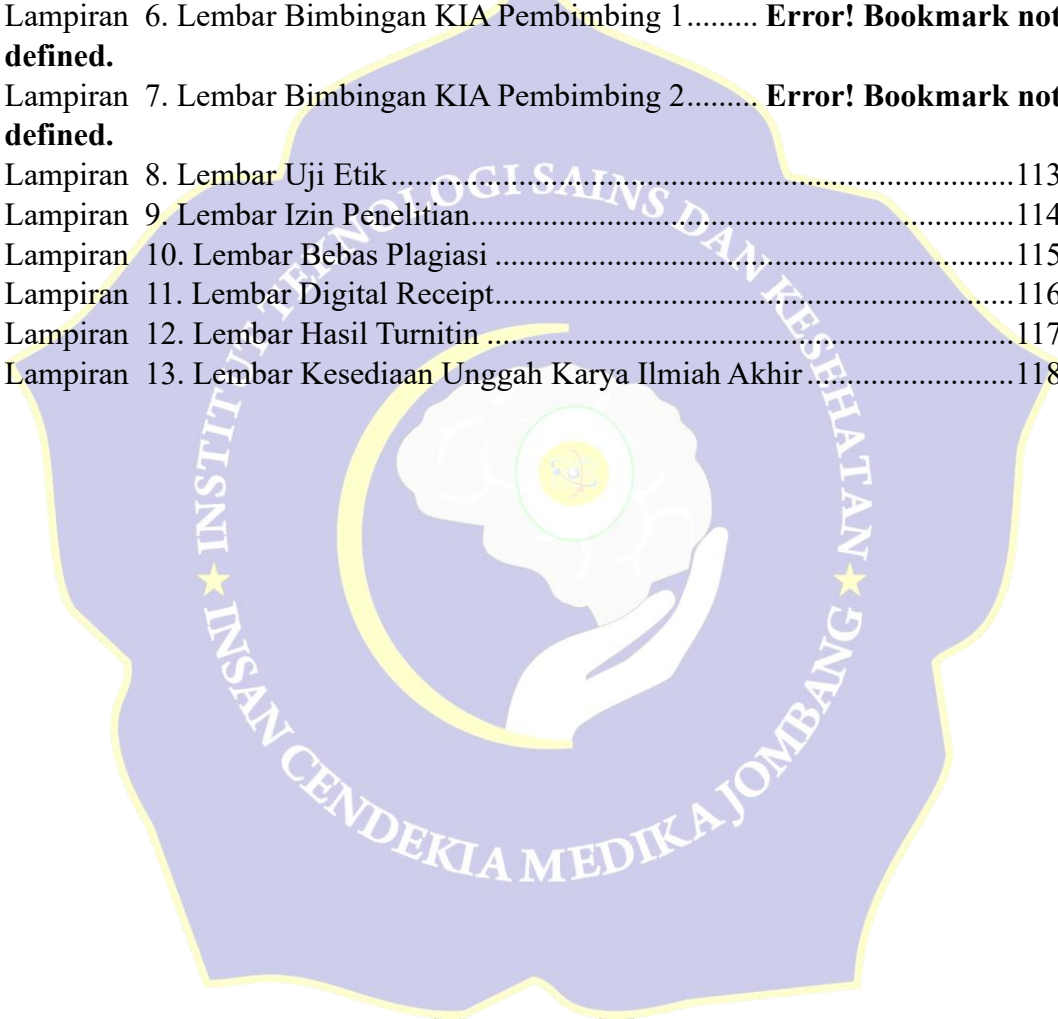
## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Pathway Diabetes Mellitus Tipe 2..... 14



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Jadwal Kegiatan .....	94
Lampiran 2. Lembar Penjelasan Penelitian.....	95
Lampiran 3. Lembar Persetujuan Menjadi Responden ( <i>Informed Consent</i> ).....	96
Lampiran 4. Format Pengkajian Asuhan Keperawatan.....	97
Lampiran 5. Lembar Pengecekan Judul .....	110
Lampiran 6. Lembar Bimbingan KIA Pembimbing 1.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Lampiran 7. Lembar Bimbingan KIA Pembimbing 2.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Lampiran 8. Lembar Uji Etik.....	113
Lampiran 9. Lembar Izin Penelitian.....	114
Lampiran 10. Lembar Bebas Plagiasi .....	115
Lampiran 11. Lembar Digital Receipt.....	116
Lampiran 12. Lembar Hasil Turnitin .....	117
Lampiran 13. Lembar Kesiapan Unggah Karya Ilmiah Akhir .....	118



## DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

### Daftar Lambang

%	: Persentase
≥	: Lebih Besar
≤	: Lebih Kecil
/	: Atau
&	: Dan
-	: Tanda Penghubung
°C	: Derajat Celcius
()	: Tanda Kurung

### Daftar Singkatan

DM	: Diabetes Mellitus
PTM	: Penyakit Tidak Menular
WHO	: <i>World Health Organization</i>
SKI	: Survei Kesehatan Indonesia
IDF	: <i>International Diabetes Federation</i>
ADA	: <i>American Diabetes Association</i>
GDP	: Gula Darah Puasa
TTGO	: Tes Toleransi Glukosa Oral
HbA1C	: Hemoglobin A1C
GDS	: Gula Darah Sewaktu
E-GFR	: <i>Glomerular Filtration Rate</i>
OCT	: <i>Optical coherence tomography</i>
EMG	: Elektromiografi
EKG	: Elektrokardiografi
ABI	: <i>Ankle brachial index</i>
CRP	: <i>C-Reactive Protein</i>
PERKENI	: Perkumpulan Endokrinologi Indonesia
AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
WOD	: Wawancara, Observasi, Dokumentasi
SDKI	: Standar Diagnostik Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Penyakit kencing manis atau Diabetes Mellitus Tipe 2 merupakan gangguan metabolik kronis yang ditandai hiperglikemia akibat disfungsi atau kekurangan insulin, dan dapat memicu komplikasi pembuluh darah besar maupun kecil. Salah satu dampak seriusnya adalah gangguan sistem kardiovaskular, yang dapat meningkatkan risiko hipertensi hingga infark miokard apabila tidak ditangani secara tepat dan cepat (Putri and Aprilla, 2024). Diabetes melitus termasuk dalam kelompok penyakit tidak menular (PTM), yaitu kondisi kronis noninfeksius yang berlangsung progresif dalam waktu lama. PTM kini menjadi tantangan kesehatan masyarakat utama karena kontribusinya terhadap tingginya angka morbiditas dan mortalitas yang ditimbulkan, serta membutuhkan penatalaksanaan jangka panjang yang komprehensif (Susanto, 2022).

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2023) Secara global, kasus Diabetes Mellitus telah mencapai lebih dari 422 juta dan diproyeksikan akan bertambah hingga sekitar 643 juta pada tahun 2030, apabila Tanpa upaya pencegahan dan pengelolaan yang optimal. Data Survei Kesehatan Indonesia (SKI, 2023), menunjukkan bahwa prevalensi diabetes melitus pada usia  $\geq 15$  tahun sebesar 11,7% dari hasil peninjauan kadar gula darah dan 2,2% berdasarkan diagnosis dokter. Untuk kelompok umur, prevalensi Diabetes Mellitus tercatat sebesar 1,7% (Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan,

2023). Dengan jumlah penduduk sekitar 278,7 juta penduduk Indonesia, diperkirakan sebanyak 32,6 juta jiwa penderita Diabetes Mellitus. Bahkan menurut *International Diabetes Federation (IDF) Atlas 2023*, menunjukkan bahwa jumlah kasus diabetes di Indonesia sekitar 19,5 juta jiwa dan diproyeksikan meningkat hingga lebih dari 28 juta jiwa pada tahun 2045. Khususnya di Provinsi Jawa Timur, mencatat lebih 1,2 juta kasus diabetes dan menempatkan penyakit ini sebagai salah satu dari lima penyebab kematian tertinggi di wilayah tersebut (Dinas Kesehatan Jawa Timur, 2023). Kondisi serupa di Kabupaten Jombang tahun 2024, menunjukkan terdapat lebih dari 13.500 kasus Diabetes Mellitus yang terdeteksi di fasilitas kesehatan, menunjukkan trend peningkatan yang konsisten setiap tahunnya. Sementara itu di tingkat pelayanan kesehatan primer, khususnya Puskesmas Kesamben Kabupaten Jombang pada periode bulan Agustus 2025 tercatat sebanyak 114 pasien dengan masalah Diabetes Mellitus yang datang untuk melakukan pemeriksaan dan pengobatan, yang menunjukkan bahwa penyakit ini masih menjadi masalah kesehatan utama di tingkat masyarakat (Rekam Medis Puskesmas Kesamben Jombang, 2025).

Penyakit metabolik Diabetes Mellitus dapat terjadi karena berbagai faktor, termasuk asupan makanan manis serta lemak, gaya hidup kurang aktif, dan faktor keturunan. Kondisi ini dicirikan dengan gangguan pengeluaran insulin atau berkurangnya respons tubuh terhadap insulin sel terhadap insulin, yang berujung pada peningkatan kadar gula darah. Dalam praktik keperawatan yang sering dijumpai adalah ketidakpatuhan diet, yang biasanya disebabkan oleh minimnya pengetahuan pasien mengenai makanan yang aman, dan

ketidakcocokan antara selera dengan menu diet yang diberikan. 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 pengelolaan Diabetes Mellitus (diet, olahraga, edukasi, dan farmakoterapi), tidak dijalankan dengan baik. Dalam jangka panjang manajemen diabetes mellitus yang buruk dapat menyebabkan komplikasi serius, seperti neuropati, nefropati, retinopati, dan peningkatan risiko masalah kardiovaskular. Oleh karena itu, edukasi kesehatan yang berkelanjutan sangat penting untuk membantu pasien memahami mengenai pentingnya pola makan sehat dan seimbang dalam pengendalian diabetes mellitus (Adnyana, 2024).

Pencegahan Diabetes Mellitus sangat penting untuk menekan angka kejadian dan mencegah komplikasi melalui penerapan kebiasaan hidup sehat melalui konsumsi makanan yang bernutrisi seimbang, membatasi asupan gula serta lemak jenuh, menjaga berat tubuh ideal, menjalankan olahraga rutin setidaknya berdurasi 30 menit per hari, dan memeriksa kadar glukosa darah secara berkala. Edukasi kesehatan kepada masyarakat mengenai faktor risiko juga menjadi langkah strategis dalam menurunkan prevalensi penyakit Diabetes Mellitus. Perawat sebagai bagian dari tenaga kesehatan berperan krusial dalam asuhan keperawatan yang mencakup proses pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi, serta memberikan edukasi tentang gaya hidup sehat, kepatuhan terapi, serta kontrol kadar glukosa darah sebagai langkah pencegahan komplikasi. Berdasarkan latar belakang tersebut,

penulis tertarik menyusun karya ilmiah akhir dengan judul ” Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Puskesmas Kesamben Jombang” sebagai bentuk kontribusi terhadap peningkatan pelayanan keperawatan serta upaya penanggulangan dan pencegahan penyakit tidak menular di kalangan masyarakat (Adnyana, 2024).

## **1.2 Rumusan masalah**

Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Puskesmas Kesamben Jombang ?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Melakukan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Puskesmas Kesamben Jombang.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Puskesmas Kesamben Jombang.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Asuhan Keperawatan Pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Puskesmas Kesamben Jombang.
3. Merumuskan intervensi keperawatan pada Asuhan Keperawatan Pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Puskesmas Kesamben Jombang.
4. Melakukan implementasi keperawatan pada Asuhan Keperawatan Pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Puskesmas Kesamben Jombang.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada Asuhan Keperawatan Pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Puskesmas Kesamben Jombang.

## 1.4 Manfaat

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian karya ilmiah ini dituju dapat menjadi tambahan wawasan dan uraian dalam bidang keperawatan medikal bedah terutama pada klien yang terdiagnosa Diabetes Mellitus Tipe 2.

### 1.4.2 Manfaat Praktis

Diharapkan hasil penelitian ini memberikan kontribusi dalam peningkatan kualitas layanan keperawatan medikal bedah serta memberdayakan keluarga dalam merawat anggota yang mengalami diabetes mellitus tipe 2.



## BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Konsep Diabetes Mellitus Tipe 2

#### 2.1.1 Pengertian

Diabetes Mellitus adalah keadaan ketika kadar gula darah meningkat pada tubuh, terjadi akibat produksi insulin oleh pankreas tidak optimal. Insulin juga sangat penting bagi tubuh untuk transformasi zat protein dan lipid. Jika jumlahnya kurang, maka akan terjadi hiperglikemia (*International Diabetes Federation, 2021*).

Diabetes mellitus tipe 2 merupakan kondisi dengan kadar gula darah meninggi, disebabkan karena produksi insulin yang tidak tepat serta dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk keturunan dan lingkungan (Putri and Aprilla, 2024).

Diabetes mellitus tipe 2 merupakan keadaan defisiensi insulin yang disebabkan oleh resistensi insulin serta disfungsi sel beta pankreas. Penyakit ini berkembang akibat gangguan dalam fungsi maupun pelepasan insulin (Putri and Aprilla, 2024).

#### 2.1.2 Klasifikasi

Menurut *American Diabetes Association* (ADA, 2020) membagi Diabetes Mellitus ke dalam empat jenis, yaitu:

1. Diabetes Mellitus Tipe I

Penyebab utama diabetes tipe 1 ini biasanya adalah reaksi autoimun, di mana sistem imun yang seharusnya melindungi tubuh menyerang sel beta pankreas penghasil insulin. Kesalahan respons ini dipicu oleh faktor genetik, infeksi virus, perilaku makan, mikrobiota usus, serta faktor

imunologis lainnya. Diabetes Mellitus tipe I dapat lebih umum dijumpai pada anak dan remaja, tetapi masih berpeluang muncul di umur berapapun.

Pengelolaan diabetes melitus tipe 1 mengharuskan terapi insulin sepanjang hidup guna mencegah peningkatan kadar gula darah agar tidak tinggi. Kepatuhan dalam pemberian insulin memungkinkan penderita tetap hidup secara teratur (*American Association of Diabetes Educators*, 2020).

Kenaikan kondisi hiperglikemi penderita tipe 1 berujung kebutuhan insulin secara rutin atau bisa juga seumur hidup. Sebagian besar tidak memiliki hubungan dengan genetik maupun riwayat keluarga.

## 2. Diabetes Mellitus Tipe II

Diabetes tipe 2 akibat adanya penurunan pelepasan insulin bertahap melatar belakangi munculnya refrakter insulin. Meskipun insulin tersedia dalam jumlah yang memadai, namun fungsinya tidak berjalan secara optimal sehingga terjadi peningkatan kadar glukosa dalam darah. Kejadian Diabetes Mellitus tipe 2 ini banyak dialami oleh kelompok usia dewasa hingga lanjut usia. Penerapan pola hidup kurang sehat dapat menyebabkan sel dalam tubuh kurang sensitive merespon hormon insulin.

Penanganan diabetes melitus tipe 2 dilakukan melalui aplikasi pola hidup sehat, seperti pengaturan diet dan aktivitas fisik yang cukup. Berbeda dengan diabetes melitus tipe 1 yang memerlukan insulin, pada

tipe 2 terapi insulin tidak selalu menjadi pilihan utama dalam penanganan awal (*American Association of Diabetes Educators, 2020*).

Lebih dari 90% kasus diabetes melitus merupakan tipe 2, sehingga menjadi tipe yang kerap ditemukan. Diabetes Mellitus tipe II ini juga harus diwaspadai karena memiliki faktor yang berisiko terkait *lifestyle*. Yang dapat meningkatkan risiko terjadinya Diabetes Mellitus tipe II ini diantaranya lain : obesitas, berat badan berlebih, usia lanjut, aktivitas fisik rendah, lingkungan tertentu, kualitas tidur yang buruk, serta riwayat keturunan.

### 3. Diabetes Gestasional

Diabetes tipe ini disebabkan oleh perpaduan dari ketidakcukupan respons dan produksi hormon insulin. Diabetes gestasional terjadi pada ibu hamil, khususnya pada trimester dua dan tiga (*Fitriani Nasution, 2021*). Pencegahan dan penanganan untuk diabetes gestasional adalah dengan penyesuaian serta modifikasi gaya hidup, termasuk pengaturan diet dan kegiatan fisik bila upaya sebelumnya belum menunjukkan hasil, maka akan ditangani dengan pengobatan medikamentasi. Tanpa penanganan komprehensif, diabetes gestasional berpotensi komplikasi bagi ibu maupun janin (*Raharjo, 2022*).

Diabetes gestasional memiliki beberapa faktor risiko yang sama dengan Diabetes Mellitus tipe II antara lain : usia, riwayat keturunan, ras, dan obesitas. Diantara faktor tersebut obesitas sebagai faktor yang paling berperan terjadinya diabetes gestasional.

#### 4. Diabetes Tipe Spesifik Lain

Diabetes monogenik adalah tipe diabetes lain yang berbeda dari tipe 1 dan 2, yang penyebabnya berasal dari mutasi satu gen atau bisa dibidang mengganggu fungsi sel  $\beta$  atau memicu resistensi insulin (Pradana dkk. 2022)

Tipe diabetes ini termasuk yang disebabkan oleh faktor lain, seperti kelainan genetik fungsi sel beta, kelainan genetik kerja insulin, diabetes monogenik, penyakit pankreas eksokrin, hingga efek samping obat atau paparan kimia.

##### 2.1.3 Etiologi

Berdasarkan Adnyana (2024) beragam faktor menjadi penyebab Diabetes Mellitus Tipe 2, yang kemudian memicu resistensi insulin dan penurunan fungsi produksi insulin oleh sel  $\beta$  pankreas hingga berujung pada hiperglikemia. Diabetes mellitus tipe 2 disebabkan oleh sejumlah variabel, termasuk :

##### 1. Faktor genetik dan riwayat keluarga

Seseorang lebih berisiko mengalami DM tipe 2 apabila memiliki keluarga dengan riwayat penyakit tersebut. Faktor keturunan berperan dalam memengaruhi kerja insulin, fungsi sel  $\beta$  pankreas, dan metabolisme glukosa, yang dapat mengganggu keseimbangan gula darah

##### 2. Obesitas

Risiko DM tipe 2 meningkat pada individu dengan kelebihan berat badan, terutama obesitas. Penumpukan lemak di daerah perut menyebabkan gangguan sensitivitas insulin, sehingga glukosa tidak dapat

dimanfaatkan oleh sel dan tetap berada dalam darah, yang akhirnya memicu hiperglikemia kronis.

3. Kebiasaan hidup kurang sehat

Asupan makanan tidak seimbang, kaya akan lemak dan gula namun serat minim, serta kurangnya aktivitas fisik. Hal ini menyebabkan penurunan penggunaan glukosa oleh tubuh, yang berdampak pada meningkatnya resistensi insulin dan kadar gula darah.

4. Faktor hormonal dan usia

Bertambahnya usia berhubungan dengan penurunan fungsi metabolisme dan sensitivitas insulin, sehingga meningkatkan risiko diabetes mellitus tipe 2. Pada perempuan, risiko ini dapat meningkat akibat perubahan hormonal, terutama pada kondisi seperti sindrom ovarium polikistik (PCOS), kehamilan (diabetes gestasional), dan masa menopause. Perubahan hormon estrogen dapat mempengaruhi sensitivitas insulin dan penyebaran lemak tubuh, sehingga perempuan dengan gangguan hormonal lebih rentan.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Alam Uazman (2023) menyebutkan tanda klinis Diabetes Mellitus tipe 2 terbagi menjadi dua, yang dijelaskan sebagai berikut :

1. Tanda utama

- a. Intensitas berkemih karena adanya peningkatan kadar gula darah dapat menyebabkan ginjal mengeluarkan lebih banyak air melalui urine (poliuria).

- b. Cepat merasa lapar karena insulin tidak dapat bekerja dan tubuh menggunakan glukosa untuk energi maka dari itu tubuh tidak mendapatkan energi yang cukup dan merasakan selalu lapar (polifagia).
- c. Sering merasa haus dikarenakan tubuh mencoba mengeluarkan kelebihan gula melalui urine (polidipsia).

## 2. Gejala Penyerta

- a. Hilangnya berat badan secara cepat tanpa penyebab yang pasti.
- b. Sensasi kebas kurangnya aliran darah dapat memperburuk kerusakan saraf.
- c. Pruritus pada area genital wanita dikarenakan kadar gula yang tinggi bisa menyebabkan gatal-gatal.
- d. Lesi yang lama membaik dikarenakan kadar gula tinggi dapat merusak saraf.
- e. Disfungsi ereksi pada pria akibat hiperglikemia yang merusak saraf dan pembuluh darah.
- f. Furunkel atau bisul yang muncul dan hilang secara berulang.
- g. Penglihatan yang mulai memudar dikarenakan kadar gula tinggi bisa menyebabkan kerusakan pada lensa mata.
- h. Cepat lelah dikarenakan tubuh tidak mendapatkan energi yang cukup.
- i. Mudah mengantuk bisa disebabkan karena adanya efek obat.

### 2.1.5 Patofisiologi

Diabetes Mellitus Tipe 2 terjadi saat kekurangan produksi gula karena pankreas 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 berkemih meningkat dan perasaan haus berlebihan pada pasien.

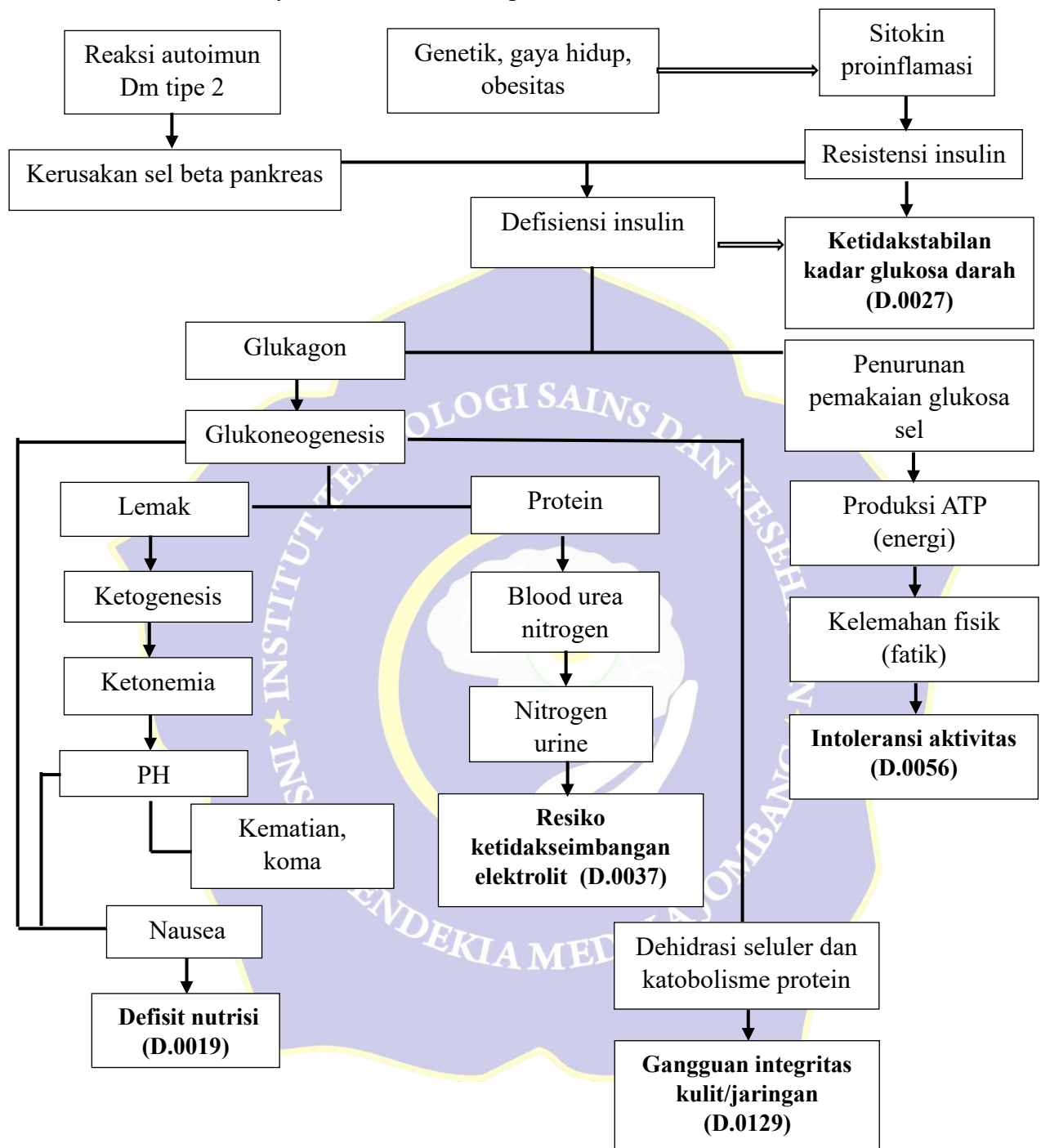
Insulin yang tidak mencukupi dapat menghambat penguraian dan pemanfaatan protein serta lemak, sehingga mengakibatkan berkurangnya berat badan. Polifagia dapat dialami oleh pasien berupa peningkatan keinginan untuk makan sebagai kompensasi atas berkurangnya cadangan kalori. Gejala lain yang muncul termasuk rasa lelah dan kelemahan. Insulin secara fisiologis mengendalikan glikogenolisis serta glukoneogenesis. Akan tetapi, pada keadaan kekurangan insulin, kedua proses metabolik tersebut berlangsung tidak terkontrol, yang semakin meningkatkan kadar glukosa darah (hiperglikemia). Peningkatan lipolisis menyebabkan produksi badan keton sebagai produk samping metabolisme lemak. Akumulasi badan keton yang bersifat asam dapat mengacaukan keseimbangan asam-basa dalam tubuh. Gejala ketoasidosis meliputi nyeri perut, mual, muntah, peningkatan frekuensi napas, serta bau aroma napas menyerupai aseton. Apabila tidak segera ditangani, kondisi ini dapat menyebabkan penurunan kesadaran, koma, hingga kematian. Gangguan metabolik dapat diperbaiki melalui terapi insulin disertai pemberian cairan dan elektrolit yang sesuai kebutuhan secara cepat serta

mengatasi hiperglikemia dan ketoasidosis. Selain itu, penatalaksanaan juga mencakup diet, aktivitas fisik, dan evaluasi kadar gula darah secara rutin.

Secara normal, insulin akan mengikat reseptor khusus pada permukaan sel, sehingga memicu serangkaian reaksi yang mengatur metabolisme glukosa di dalam sel. Resistensi insulin pada diabetes mellitus tipe 2 menyebabkan berkurangnya respons di dalam sel terhadap insulin. Perkembangan ketidakcocokan glukosa yang berlangsung lambat dan bertahap membuat awal diabetes mellitus tipe 2 kerap tidak terdiagnosis. Saat gejala muncul, biasanya bersifat ringan, seperti kelelahan, mudah marah (iritabilitas), seringnya buang air kecil disertai rasa haus berlebihan serta penyembuhan luka kulit yang lambat, infeksi pada area vagina, atau pandangan kabur apabila kadar glukosa sangat tinggi (hiperglikemia).



## 2.1.6 Pathway Diabetes Mellitus Tipe 2



Gambar 2. 1 Pathway Diabetes Mellitus Tipe 2

Sumber: Annisa (2021)

### 2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Laudya dan Prasetyo (2020) menyatakan bahwa pemeriksaan tambahan yang dapat diterapkan pada pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 antara lain :

#### 1. Pemeriksaan Untuk Menegakkan Diagnosis

##### a. Gula darah puasa (GDP)

Tes ini mengukur kadar glukosa darah setelah puasa selama sedikitnya 8 jam untuk mengevaluasi regulasi glukosa basal tubuh dan mendeteksi adanya diabetes jika hasil  $\geq 126$  mg/dL.

##### b. Gula darah sewaktu (GDS)

Pemeriksaan gula darah sewaktu bisa dikerjakan kapan pun tanpa mempertimbangkan waktu makan, dan digunakan untuk mengidentifikasi diabetes bila terdapat gejala dasar jika hasil  $\geq 200$  mg/dL.

##### c. Tes toleransi glukosa oral (TTGO/OGTT)

Tes yang dilaksanakan dengan memberikan 75 gram glukosa oral dan memeriksa kadar glukosa darah 2 jam kemudian. Dengan tujuan untuk menilai kemampuan tubuh memetabolisme glukosa dan menegakkan diagnosis jika hasil  $\geq 200$  mg/dL.

##### d. HbA1c (hemoglobin terglikasi)

Pemeriksaan yang dilakukan dengan cara menentukan rerata glukosa darah selama kurun waktu 2-3 bulan terakhir. Dengan tujuan untuk membantu diagnosis diabetes jika hasil  $\geq 6,5\%$  serta memberikan gambaran kontrol glukosa dalam jangka panjang.

## 2. Pemeriksaan Untuk Pemantauan Dan Evaluasi Terapi

### a. HbA1c

Pemeriksaan ini digunakan untuk mengenali rata-rata kontrol glukosa darah selama 2–3 bulan sebelumnya. Dengan tujuan untuk mengevaluasi efektivitas terapi dan kepatuhan pasien dalam mengontrol gula darah, dimana nilai  $<7\%$  menunjukkan kontrol yang baik.

### b. Profil glukosa harian (GDP dan GDS rutin)

Dilakukan dengan memeriksa kadar glukosa darah beberapa kali dalam sehari baik sebelum maupun sesudah makan. Dengan tujuan untuk memantau fluktuasi kadar gula darah harian dan membantu penyesuaian dosis obat atau insulin.

### c. Fruktosamin

Pemeriksaan kadar protein plasma yang terglukasi yang memberikan kadar glukosa darah selama 2-3 minggu terakhir. Dengan tujuan sebagai alternatif pemantauan terutama pada kondisi dimana HbA1c tidak akurat seperti pada anemia atau kelainan hemoglobin.

## 3. Pemeriksaan Untuk Deteksi Dini Komplikasi

### a. Fungsi ginjal

#### 1) Ureum dan kreatinin serum

Dilakukan untuk mengukur sisa metabolisime protein dalam darah dengan tujuan menilai fungsi filtrasi ginjal dan mendeteksi kerusakan ginjal dini.

2) Laju filtrasi glomerulus (eGFR)

Dihitung berdasarkan kadar kreatinin, umur, dan berat badan untuk menilai kemampuan ginjal dalam menyaring darah sehingga dapat mendeteksi penurunan fungsi ginjal akibat komplikasi diabetes.

3) Mikroalbuminuria urin

Dilakukan untuk mendeteksi keberadaan albumin dalam urin yang bertujuan mengidentifikasi nefropati diabetik pada tahap awal sebelum terjadi kerusakan ginjal berat.

4) Urinalisis lengkap

Memeriksa kandungan urin seperti glukosa, protein, keton, dan sedimen, yang bertujuan untuk mendeteksi glikosuria, proteinuria, infeksi saluran kemih, atau tanda-tanda komplikasi lain.

b. Fungsi mata (retinopati)

1) Funduskopi atau retinografi

Dilakukan dengan memeriksa retina mata untuk mendeteksi kelainan seperti perdarahan atau neovaskularisasi, yang bertujuan untuk diagnosis dini retinopati diabetik.

2) *Optical coherence tomography* (OCT)

Pemeriksaan pencitraan retina secara detail untuk mendeteksi edema makula diabetik, yang bertujuan mencegah gangguan penglihatan berat.

c. Fungsi saraf (neuropati)

1) Monofilamen test atau tuning fork

Dilakukan untuk menilai sensasi sentuh dan getar pada ekstremitas bawah, yang bertujuan untuk mendeteksi neuropati perifer secara dini.

2) Elektromiografi (EMG)

3) Memeriksa aktivitas listrik dan saraf otot untuk mengevaluasi fungsi saraf secara mendalam, yang bertujuan menilai tingkat keparahan neuropati diabetik.

d. Fungsi jantung dan pembuluh darah

1) Elektrokardiografi (EKG) atau *treadmill test*

Dilakukan untuk memeriksa aktivitas listrik jantung dalam kondisi istirahat maupun aktivitas, yang bertujuan mendeteksi penyakit jantung iskemik atau gangguan irama jantung akibat komplikasi diabetes.

2) Ekokardiografi

Menggunakan ultrasonografi untuk melihat struktur dan fungsi jantung, yang bertujuan menilai komplikasi kardiovaskular seperti kardiomiopati diabetik.

3) Doppler arteri perifer

Dilakukan untuk memeriksa aliran darah ke pembuluh darah ekstremitas bawah, yang bertujuan mendeteksi penyakit arteri perifer akibat aterosklerosis pada pasien diabetes.

e. Pemeriksaan kaki (*diabetic foot*)

1) Pemeriksaan fisik kaki

Dilakukan dengan menilai warna kulit, suhu, pulsasi, dan adanya luka, yang bertujuan mendeteksi dini ulkus diabetik atau gangguan dalam sirkulasi darah.

2) *Ankle brachial index* (ABI)

Metode ini melibatkan perbandingan tekanan darah pada pergelangan kaki dan lengan, yang bertujuan menilai sirkulasi darah perifer dan risiko iskemia tungkai bawah.

4. Pemeriksaan Penunjang Tambahan

a. Profil lipid (kolesterol total, ldl, hdl, dan trigliserida)

Dilakukan untuk menilai kadar lemak dalam darah, yang bertujuan menilai risiko aterosklerosis dan penyakit kardiovaskular yang sering menyertai diabetes.

b. Asam urat

Diperiksa untuk mendeteksi hiperurisemia, yang bertujuan mengidentifikasi gangguan metabolik yang dapat memperburuk kondisi pasien diabetes.

c. Enzim hati (AST dan ALT)

Diperiksa untuk mengevaluasi fungsi hati, yang bertujuan mendeteksi komplikasi seperti penyakit hati berlemak non-alkoholik (NAFLD) yang umum pada pasien penderita diabetes.

d. C-reactive protein (CRP) atau hs-CRP

Diperiksa sebagai penanda inflamasi sistemik, yang bertujuan menilai risiko inflamasi kardiovaskular yang dapat meningkatkan komplikasi penyakit jantung pada pasien diabetes.

### 2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut Prawitasari (2023) penatalaksanaan difokuskan pada pengendalian kadar glukosa darah, pencegahan komplikasi jangka pendek dan panjang, serta peningkatan kualitas hidup penderita. Secara umum penatalaksanaan Diabetes Mellitus Tipe 2 mencakup 5 pilar utama sebagai berikut :

1. Edukasi Pasien Dan Keluarga

Dilakukan untuk meningkatkan pemahaman yang menyeluruh terkait penyakit diabetes, termasuk penyebab, tanda dan gejala, cara pencegahan, pentingnya pengendalian gula darah, pengenalan tanda bahaya seperti hipoglikemia dan hiperglikemia, serta perawatan diri seperti pemeriksaan gula darah mandiri dan perawatan kaki. Dengan tujuan meningkatkan kesadaran, kepatuhan terhadap terapi, dan kemampuan pasien dalam mengelola penyakitnya secara mandiri (Aji, 2022).

2. Terapi Nutrisi Medis (Diet Diabetes)

Dilakukan dengan mengatur pola makan secara tepat berdasarkan prinsip 3J (jumlah, jenis, dan jadwal) yaitu membatasi asupan kalori sesuai kebutuhan, memilih sumber karbohidrat kompleks, memperbanyak serat,

mengatur konsumsi protein dan lemak sehat, serta menghindari makanan indeks gula tinggi dan lemak pekat. Dengan tujuan agar glukosa darah tetap terkontrol serta berat badan berada dalam kondisi ideal, dan mencegah lonjakan gula darah setelah makan (Kusuma Erik, 2022).

3. Terapi Aktivitas Fisik (Olahraga Teratur)

Dilakukan dengan memberikan anjuran olahraga aerobik intensitas sedang seperti jalan cepat, bersepeda, renang, atau senam selama durasi 150 menit per minggu serta latihan resistensi otot 2-3x/minggu. Dengan tujuan meningkatkan sensitivitas insulin, membantu penurunan berat badan, memperbaiki metabolisme glukosa, dan menurunkan risiko komplikasi kardiovaskular (Roifah Ifa, 2022).

4. Terapi Farmakologis (Obat-Obatan)

Diberikan jika pengaturan diet makanan dan kegiatan fisik tidak cukup untuk menurunkan tingkat gula darah, dengan penggunaan obat antidiabetes dalam bentuk oral seperti : metformin, sulfonilurea, DPP-4 inhibitor, SGLT2 inhibitor, atau akarbose yang bekerja dengan berbagai mekanisme untuk menurunkan glukosa darah, serta terapi insulin pada pasien dengan diabetes tipe 1 atau tipe 2 yang sulit dikendalikan. Dengan tujuan mencapai kadar glukosa darah target dan mencegah komplikasi lebih lanjut (Amananti, 2024).

5. Pemantauan Dan Evaluasi Rutin

Dilakukan secara berkala dengan pemeriksaan *fasting blood glucose*, gula darah sewaktu, HbA1c, tekanan darah, profil lipid, fungsi ginjal, pemeriksaan mata, saraf, serta pemeriksaan kaki untuk mendeteksi

komplikasi secara dini. Dengan tujuan menilai efektivitas terapi, menyesuaikan pengobatan jika diperlukan dan mencegah perkembangan komplikasi kronis (Laudya and Prasetyo, 2020).

### 2.1.9 Komplikasi

Menurut Moewardi (2023) Pada Diabetes Mellitus tipe 2, komplikasi diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu:

#### 1. Komplikasi Akut

##### a. Hipoglikemia

Kondisi dengan glukosa darah rendah, yaitu di rentang bawah 50 mg/dL.

##### b. Hiperglikemia

Keadaan peningkatan kadar glukosa darah akibat asupan kalori berlebih atau penghentian obat oral maupun insulin suntik, yang ditandai dengan pandangan kabur, rasa haus berlebihan, muntah, serta penurunan berat badan.

##### c. Ketosiasidosis diabetik

Kondisi akut akibat defisiensi insulin berat yang terjadi secara tiba-tiba, umumnya dipicu oleh infeksi, ketidakteraturan penggunaan insulin, atau pola makan yang berlebihan.

##### d. Hiperosmolar nonketotik

Dehidrasi berat yang disertai penurunan tekanan darah hingga syok, tanpa disertai keton dalam darah.

e. Komalakto asidosis

Situasi tubuh dengan akumulasi asam laktat yang tidak dapat dikonversi menjadi bikarbonat.

2. Komplikasi Kronis

Komplikasi jangka panjang pada Diabetes Mellitus digolongkan menjadi dua kategori, yaitu sebagai berikut :

a. Komplikasi spesifik

Komplikasi ini disebabkan oleh kerusakan pembuluh darah kecil (mikroangiopati diabetik) serta gangguan metabolisme jaringan.

Komplikasi spesifik tersebut meliputi beberapa kondisi berikut:

1) Retinopati diabetikum

Kerusakan vaskular kecil di retina akibat gula darah tinggi dalam jangka panjang. Sehingga mengakibatkan gangguan penglihatan, perdarahan retina, kebutaan.

2) Nefropati diabetikum

Kerusakan ginjal (glomerulus) karena hiperglikemia kronis. Sehingga mengakibatkan proteinuria, edema, hipertensi, gagal ginjal kronis.

3) Neuropati diabetikum

Kerusakan saraf akibat gangguan suplai darah dan metabolisme saraf. Sehingga mengakibatkan kesemutan, baal, nyeri pada kaki/tangan.

#### 4) Diabetik foot

Komplikasi kronis pada individu Diabetes Mellitus mencakup kelainan pada kaki yang ditandai dengan adanya luka (ulkus), infeksi, atau gangren akibat kombinasi neuropati, gangguan aliran darah (angiopati), dan infeksi.

#### b. Komplikasi non spesifik

Abnormalitas ini serupa dengan kondisi bebas Diabetes Mellitus, namun muncul lebih dini. Adapun penyakit yang terkategori dalam komplikasi non-spesifik adalah sebagai berikut :

- 1) Kelainan pada pembuluh darah besar (makroangiopati diabetik), yang ditandai dengan penumpukan lemak di dalam maupun di bawah dinding pembuluh darah.
- 2) Katarak, yaitu kondisi kekeruhan pada lensa mata.
- 3) ★ Penyakit infeksi, termasuk tuberkulosis serta ★ infeksi saluran kemih.

#### 2.1.10 Edukasi Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2

Pemberian edukasi pada pasien dan keluarga bertujuan untuk meningkatkan proses penyakit, upaya preventif, komplikasi, serta manajemen kondisi tersebut. Hal tersebut dapat meningkatkan secara signifikan pengetahuan keluarga dalam strategi perbaikan (PERKENI, 2021). Edukasi bertujuan untuk promosi hidup sehat merupakan salah satu pencegahan Diabetes Mellitus. Pada DM tipe 2, edukasi primer ditujukan untuk meningkatkan pemahaman pasien terhadap proses penyakit dan

penatalaksanaannya, termasuk pengaturan diet, aktivitas fisik, serta terapi obat seperti obat oral maupun.

Gagasan utama edukasi primer yaitu :

1. Perubahan kebiasaan makan sehat.
2. Latihan gerak dengan latihan jasmani secara berkesinambungan.
3. Pemanfaat fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan.
4. Mampu mengenal dan menghadapi keadaan saat sakit dengan tepat.

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2**

### **2.1.1 Pengkajian**

Pengkajian keperawatan merupakan prosedur pertama dalam fase asuhan keperawatan yang dilakukan secara terstruktur guna memperoleh data tentang kondisi kesehatan pasien (Rosliana Dewi, 2024). :

1. Tanggal masuk (digunakan untuk mencatat kapan pertama kali pasien datang atau dirawat di fasilitas kesehatan, yang berfungsi sebagai acuan awal pelayanan medis, dasar pencatatan lama rawat, serta evaluasi perkembangan kondisi pasien dari waktu ke waktu).
2. Jam masuk (mencatat waktu tepat pasien tiba atau diterima di ruang pelayanan, yang berguna untuk mengawasi ketepatan waktu penanganan, menentukan prioritas pelayanan, serta dokumentasi medis secara kronologis yang akurat).
3. Tanggal pengkajian (menunjukkan hari dilakukannya pengkajian awal oleh tenaga kesehatan, yang berfungsi sebagai dasar perencanaan asuhan keperawatan atau medis sesuai dengan kondisi terkini pasien dan sebagai pembanding untuk evaluasi selanjutnya).

4. Jam pengkajian (digunakan untuk mencatat waktu tepat saat pengkajian kondisi pasien dilakukan oleh tenaga kesehatan, yang berfungsi sebagai dokumen kronologis untuk memantau perubahan kondisi pasien secara *real-time*).
5. No. rekam medis (RM) (identitas unik pasien dalam sistem rumah sakit yang digunakan untuk mengakses seluruh riwayat kesehatan, hasil pemeriksaan, terapi, dan tindakan medis secara cepat, tepat, dan aman selama pasien mendapatkan pelayanan).
6. Identitas
  - a. Identitas pasien
    - 1) Nama lengkap (untuk identifikasi utama pasien, mencegah kesalahan identitas).
    - 2) Tempat, tanggal lahir (TTL) (untuk menentukan usia biologis dan memverifikasi identitas pasien).
    - 3) Jenis kelamin (penting untuk pertimbangan medis, terapi, dan pendekatan psikologis).
    - 4) Umur (menentukan kategori usia (anak, dewasa, lansia) yang berpengaruh pada diagnosa dan terapi).
    - 5) Alamat (untuk keperluan administrasi, kunjungan rumah, dan penelusuran bila diperlukan).
    - 6) Agama (untuk menghormati kebutuhan spiritual pasien dalam perawatan).
    - 7) Pekerjaan (mengetahui aktivitas sehari-hari dan kemungkinan risiko kesehatan dari pekerjaan).

- 8) Status pernikahan (menentukan dukungan sosial dan emosional yang tersedia).
- 9) Pendidikan terakhir (untuk menyesuaikan pendekatan komunikasi dan edukasi kesehatan).
- 10) Suku/budaya (penting untuk menyesuaikan pendekatan pelayanan yang sensitif budaya).
- 11) Nomor telepon/HP (untuk kontak saat ada kebutuhan atau keadaan darurat).

b. Identitas penanggung jawab pasien

- 1) Nama lengkap (untuk memastikan siapa yang bertanggung jawab atas pasien).
- 2) Hubungan dengan pasien (misal : suami, anak, orang tua, wali hukum).
- 3) ★ Alamat (sama pentingnya dengan pasien, untuk kebutuhan administrasi dan komunikasi).
- 4) Nomor telepon aktif (untuk dihubungi saat kondisi gawat darurat atau informasi medis penting).
- 5) Pekerjaan (opsional) (mengetahui status sosial-ekonomi atau keterlibatan dalam pengasuhan pasien).

7. Riwayat keluhan

- a. Keluhan utama (pasien dengan Diabetes Mellitus tipe 2 mayoritas menunjukkan keluhan utama berupa sering buang air kecil (poliuria), polidipsia, mudah timbul lapar (polifagia), massa tubuh menurun

tanpa sebab, tubuh terasa lemas. Beberapa pasien juga mengeluhkan pandangan kabur atau kesemutan pada tangan dan kaki).

- b. Riwayat kesehatan sekarang (pada riwayat penyakit sekarang, pasien dapat menyebutkan bahwa gejala-gejala tersebut telah dirasakan selama beberapa minggu atau bulan terakhir, dan mungkin semakin memberat. Beberapa pasien juga telah menjalani pemeriksaan kadar gula darah dengan hasil yang tinggi. Selain itu, mungkin ada riwayat pengobatan dengan obat antidiabetik oral atau insulin, serta adanya infeksi berulang seperti infeksi saluran kemih atau infeksi kulit).
  - c. Riwayat penyakit dahulu (riwayat penyakit terdahulu sering menunjukkan bahwa pasien pernah mengalami masalah kesehatan terkait metabolik, seperti hipertensi, hiperkolesterolemia, atau bahkan serangan jantung. Beberapa pasien juga memiliki riwayat perawatan karena komplikasi akut diabetes seperti ketoasidosis diabetik atau hipoglikemia berat).
  - d. Riwayat kesehatan keluarga (dalam riwayat keluarga, sering ditemukan bahwa keluarga inti, atau kerabat dekat lainnya juga menderita Diabetes Mellitus, hipertensi, atau penyakit jantung. Faktor keturunan menjadi salah satu risiko penting, terutama pada Diabetes Mellitus tipe 2).
8. Pola fungsi kesehatan
- a. Persepsi terhadap kesehatan dan upaya pemeliharannya (biasanya pasien mengetahui dirinya menderita Diabetes Mellitus namun belum sepenuhnya memahami cara pengelolaan penyakit seperti

- pengaturan pola makan, pemeriksaan gula darah rutin, serta kepatuhan terhadap pengobatan yang masih kurang).
- b. Nutrisi dan metabolik (biasanya pasien mengalami polifagia, polidipsia, berat badan menurun, dan kadar glukosa darah tinggi akibat gangguan metabolisme).
  - c. Aktivitas dan latihan (biasanya pasien cepat merasa lelah, mudah lemas, mengalami penurunan toleransi terhadap aktivitas fisik, dan jarang melakukan olahraga secara teratur).
  - d. Tidur dan istirahat (biasanya pasien mengalami insomnia akibat kerap terjaga di malam hari untuk miksi (nokturia) dan merasa tidak segar saat bangun tidur).
  - e. Eliminasi (biasanya pasien poliuria akibat kadar glukosa darah tinggi dan pola eliminasi urin dapat berubah jika terjadi komplikasi pada ginjal).
  - f. Pola konsep diri dan persepsi diri, yang umumnya ditandai dengan rasa cemas pada pasien, takut, atau khawatir terhadap kondisi penyakit kronisnya serta takut akan kemungkinan terjadinya komplikasi).
  - g. Peran dan hubungan sosial (biasanya pasien mengalami penurunan peran sosial karena keterbatasan aktivitas namun tetap berusaha menjalankan hubungan sosial dengan keluarga dan lingkungan sekitar).

- h. Aspek seksual dan sistem reproduksi (biasanya pasien mengalami penurunan gairah seksual dan pada pria dapat terjadi disfungsi ereksi akibat gangguan vaskular dan neuropati).
- i. Kognitif perseptual (biasanya pasien mengalami kesemutan, penurunan sensasi pada ekstremitas, gangguan penglihatan, dan kesulitan berkonsentrasi akibat kadar glukosa darah yang tidak stabil).
- j. Nilai dan keyakinan (biasanya pasien memandang penyakit sebagai ujian dan tetap berusaha menjalani pengobatan sesuai anjuran tenaga kesehatan serta keyakinan yang dianut).

#### 9. Pengkajian

- a. Vital sign (biasanya pasien memiliki tanda-tanda vital sign sebagai berikut : tekanan darah sekitar 110-140/70-90 mmHg (dapat meningkat jika ada komplikasi hipertensi), frekuensi nadi sekitar 60-100x/menit (dapat meningkat bila terjadi dehidrasi atau infeksi), frekuensi napas sekitar 16-24x/menit, suhu tubuh sekitar 36-37,5°C).
- b. Kesadaran (biasanya pasien *compos mentis*/sadar penuh dan responsif, namun dapat menurun menjadi *somnolen* atau koma pada keadaan hipoglikemia atau hiperglikemia berat).
- c. Keadaan umum (biasanya pasien tampak lemah, mudah lelah, berat badan menurun, dan terlihat tidak bugar akibat kadar glukosa darah yang tidak terkontrol).
- d. Peemeriksaan fisik (*head to toe*)
  - 1) Keadaan umum

a) Inspeksi : pasien terlihat kurang bugar, kadang terlihat pucat atau letih. Pada Diabetes Mellitus yang tidak terkontrol dapat ditemukan penurunan berat badan.

Normal : tampak segar, aktif.

Pada Diabetes Mellitus : tampak lemah, kadang tampak dehidrasi (bibir kering dan cekung).

b) Palpasi : kulit terasa kering (pada hiperglikemia) atau lembab bila ada hipoglikemia.

Normal : kulit lembab dan elastis.

Pada Diabetes Mellitus : turgor kulit menurun, terasa kering atau kasar.

## 2) Kepala dan wajah

a) Inspeksi : wajah tampak letih, kadang tampak cekung pada pasien dehidrasi.

Normal : simetris dan cerah.

Pada Diabetes Mellitus : kadang tampak pucat atau tampak sakit.

b) Palpasi : tidak ditemukan massa atau nyeri saat tekan.

Normal : bebas adanya nyeri.

Pada Diabetes Mellitus : biasanya tidak berubah, kecuali ada infeksi sinus.

## 3) Mata

c) Inspeksi : amati konjungtiva dan sklera.

Normal : konjungtiva merah muda, sklera putih.

Pada Diabetes Mellitus : dapat ditemukan retinopati diabetik (penglihatan kabur), konjungtiva bisa pucat apabila anemia.

d) Palpasi : biasanya tidak dilakukan kecuali dicurigai tekanan intraokular.

#### 4) Mulut

a) Inspeksi : amati bibir, mukosa mulut, lidah.

Normal : lembab dan bersih.

Pada Diabetes Mellitus : bibir kering, lidah kering, mulut terasa manis atau kering (*xerostomia*), gusi mudah berdarah (penyakit periodontal).

#### 5) Leher

a) Inspeksi : observasi terhadap pembesaran kelenjar tiroid atau limfa (kelenjar getah bening).

Normal : bentuk normal, tidak terdapat pembesaran tiroid.

Pada Diabetes Mellitus : biasanya normal, kecuali Diabetes Mellitus dengan penyakit autoimun.

b) Palpasi : raba kelenjar tiroid dan limfonodi.

Normal : lembut, tidak membesar.

Pada Diabetes Mellitus : biasanya tidak terdapat perubahan.

c) Perkusi : jarang relevan.

d) Auskultasi : jarang relevan.

#### 6) Dada (jantung dan paru)

a) Inspeksi : pernafasan teratur.

Normal : 16-20x/menit.

Pada Diabetes Mellitus : bisa ditemukan napas kusmaul (napas dalam dan cepat) pada DKA.

b) Palpasi : raba heaving (jarang).

Normal : tidak ada nyeri.

Pada Diabetes Mellitus : biasanya normal.

c) Perkusi : biasanya resonan normal.

d) Auskultasi :

Jantung : normal (bunyi S1 S2 reguler HR 60-100x/menit), pada Diabetes Mellitus (bradikardi atau takikardi bila ada gangguan elektrolit).

Paru : normal (suara vesikuler normal), pada Diabetes Mellitus berat (bisa muncul ronkhi bila ada infeksi paru)

7) Abdomen

★ a) Inspeksi : bentuk datar atau bulat.

Normal : tidak terdapat luka atau distensi.

Pada Diabetes Mellitus : dapat terlihat luka injeksi insulin berulang.

b) Palpasi : periksa nyeri tekan dan elastisitas.

Normal : lunak, tidak nyeri.

Pada Diabetes Mellitus : kadang ada lipodistrofi pada area suntikan insulin.

c) Perkusi : timpani pada usus.

Normal : sesuai pola.

Pada Diabetes Mellitus : umumnya sama.

## d) Auskultasi :

Normal : bising usus 5-30x/menit.

Pada Diabetes Mellitus neuropati : bising usus bisa menurun (gastroparesis diabetik).

## 8) Ekstremitas (tangan dan kaki)

## a) Inspeksi : amati warna kulit, bentuk luka, dan kuku.

Normal : kulit utuh dan warna merata.

Pada Diabetes Mellitus : sering ditemukan neuropati (kesemutan, mati rasa), luka kaki diabetik, kuku menebal, kulit kering dan pecah.

## b) Palpasi : raba suhu, turgor, dan nadi perifer (arteri dorsalis pedis).

Normal : hangat, turgor baik, nadi kuat.

Pada Diabetes Mellitus : kaki dingin, turgor menurun, nadi perifer melemah bila ada gangguan vaskular.

## c) Perkusi : biasanya tidak relevan.

## d) Auskultasi : bisa auskultasi aliran darah dengan doppler bila dicurigai sumbatan vaskular.

## 9) Status neurologis

## a) Inspeksi &amp; palpasi : periksa sensasi menggunakan kapas atau tusuk tumpul.

Pada Diabetes Mellitus : penurunan sensasi pada kaki (neuropati perifer).

## 2.1.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel 2 1Diagnosa Keperawatan Diabetes Mellitus Tipe 2

No	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
1.	<p><b>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027).</b>            Penyebab :  <u>Hiperglikemia</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kelainan fungsi pankreas.</li> <li>Ressistensi terhadap insulin.</li> <li>Intoleransi glukosa.</li> <li>Masalah regulasi gula puasa.</li> </ol> <p>Penyebab :  <u>Hipoglikemia</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Terapi insulin atau obat antidiabetik peroral.</li> <li>Hiperinsulinemia.</li> <li>Kelainan sistem endokrin.</li> <li>Kelainan fungsi hati</li> <li>Penyakit ginjal menetap.</li> <li>Efek samping obat-obatan.</li> <li>Penanganan operasi pada tumor.</li> <li>Kelainan metabolisme kongenital.</li> </ol>	<p>Perubahan kadar glukosa darah yang dapat berupa kenaikan atau penurunan dari batas normal.</p> <p><b>Kondisi Klinis Terkait Mencakup:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Diabetes mellitus.</li> <li>Ketosidosis diabetikum.</li> <li>Hipoglikemia.</li> <li>Hiperglikemia.</li> <li>Diabetes pada kehamilan.</li> <li>Terapi radang sendi.</li> <li>Pemberian nutrisi langsung (TPN).</li> </ol>	<p><b>Tanda dan Gejala Mayor :</b>            Subjektif :  <u>Hipoglikemia</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Rasa kantuk.</li> <li>Sakit kepala.</li> </ol> <p>Subjektif :  <u>Hiperglikemia</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Letih.</li> </ol> <p>Objektif :  <u>Hipoglikemia</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Disordinasi gerak.</li> <li>Penurunan kadar glikemia.</li> </ol> <p>Objektif :  <u>Hiperglikemia</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Peningkatan kadar glukosa darah/urin.</li> </ol> <p><b>Tanda dan Gejala Minor :</b>            Subjektif :  <u>Hipoglikemia</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jantung berdebar.</li> <li>Defisit energi berlebih.</li> </ol> <p>Subjektif :  <u>Hiperglikemia</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kekeringan pada kulit.</li> <li>Rasa haus meningkat.</li> </ol> <p>Objektif :  <u>Hipoglikemia</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tremor.</li> <li>Penurunan tingkat kesadaran.</li> <li>Perubahan perilaku.</li> <li>Gangguan wicara.</li> <li>Berpeluh.</li> </ol> <p>Objektif :  <u>Hiperglikemia</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Peningkatan volume urin.</li> </ol>
2.	<p><b>Gangguan Integritas Kulit Dan Jaringan (D.0129).</b>            Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Peralihan perfusi.</li> <li>Ketidakseimbangan nutrisi (lebih atau kurang).</li> <li>Defisit atau overload cairan.</li> <li>Penurunan mobilitas fisik.</li> <li>Bahan kimia iritatif.</li> <li>Suhu lingkungan yang</li> </ol>	<p>Adanya kerusakan kelengkapan struktur kulit maupun jaringan, termasuk lapisan, serta jaringan tubuh termasuk mukosa, mata, wajah, musculus, urat, skeletal, kartilago, kapsul sendi, dan ligamen.</p> <p><b>Kondisi</b></p>	<p><b>Gejala dan Tanda Mayor :</b>            Subjektif :            (tidak ada)            Objektiv :  <ol style="list-style-type: none"> <li>Disrupsi pada jaringan atau struktur strata kulit.</li> </ol></p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor :</b>            Subjektif :            (tidak tersedia)            Objektiv :  <ol style="list-style-type: none"> <li>Nyeri.</li> </ol></p>

No	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
	ekstrem. 7. Faktor mekanis. 8. Reaksi radioterapi. 9. Humiditas. 10. Proses degeneratif. 11. Gangguan saraf perifer. 12. Perubahan warna kulit. 13. Fluktuasi hormon. 14. Kurangnya edukasi terkait pemeliharaan integritas jaringan.	<b>Klinis Terkait</b> 1. Imobilisasi. 2. Insufisiensi jantung. 3. Gagal fungsi ginjal. 4. Penyakit gula. 5. Penurunan imunitas (mis.AIDS).	2. Perdarahan. 3. Hiperemia. 4. Lebam.
3.	<b>Defisit Nutrisi (D.0019)</b> Penyebab : 1. Disfagia (gangguan menelan). 2. Gangguan digestif. 3. Malabsorpsi nutrisi. 4. Intensifikasi permintaan energi. 5. Kendala finansial. 6. Aspek kejiwaan (stres, anoreksia/penurunan keinginan makan).	Kekurangan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolik. <b>Kondisi Klinis Terkait</b> 1. Serangan otak. 2. Penyakit parkinson. 3. Sindrom mobius. 4. Lumpuh otak. 5. Bibir sumbing. 6. Lngit-langit sumbing. 7. <i>Amyotropic lateral sclerosis (ALS)</i> . 8. Gangguan neuromotor. 9. Trauma panas. 10. Keganasan. 11. Kontaminasi kuman. 12. <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> AIDS. 13. Crohn's disease	<b>Gejala dan Tanda Mayor :</b> Subjektif : (tidak tersedia) Objektif : 1. Penurunan berat badan $\geq 10\%$ suboptimal. <b>Gejala dan Tanda Minor :</b> Subjektif : 1. Rasa kenyang dini. 2. Nyeri atau kram perut. 3. Penurunan hasrat makan. Objektif : 1. Peningkatan peristaltik usus. 2. Kelemahan otot rahang. 3. Kelemahan otot deglutisi. 4. Selaput lendir tampak pucat. 5. Stomatitis. 6. Penurunan level albumin. 7. Kerontokan rambut berlebihan. 8. BAB cair.
4.	<b>Intoleransi Aktivitas (D.0056).</b> Penyebab : 1. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen tubuh. 2. Istirahat total. 3. Lemah fisik. 4. Keterbatasan gerak. 5. Gaya hidup kurang variatif.	Ketidakmampuan energi tubuh yang memadai untuk menjalankan aktivitas harian. <b>Kondisi Klinis Terkait</b> 1. Kekurangan sel darah merah. 2. Kegagalan fungsi pompa jantung. 3. Penyumbatan pembuluh darah jantung. 4. Gangguan fungsi katup jantung. 5. Gangguan irama jantung. 6. Obstruksi jalan	<b>Gejala dan Tanda Mayor :</b> Subjektif : 1. Keluhan kelelahan. Objektif : 1. Peningkatan frekuensi denyut jantung $>20\%$ saat fase istirahat. <b>Gejala dan Tanda Minor :</b> Subjektif : 1. Sesak napas saat atau usai kegiatan. 2. Rasa ketidaknyamanan setelah melakukan aktivitas. 3. Kelemahan fisik. Objektif : 1. Tekanan darah berubah $>20\%$ dari kondisi istirahat.

No	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
		napas kronis (PPOK). 7. Abnormalitas metabolisme. 8. Kelainan muskuloskeletal.	2. Rekaman jantung mengindikasikan adanya ketidakteraturan irama jantung pada saat atau pasca aktivitas. 3. Hasil EKG menunjukkan hipoperfusi. 4. Kebiruan.
	<b>Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit (D.0037)</b> Faktor risiko : 1. Alterasi keseimbangan cairan 2. Kelebihan volume cairan. 3. Gangguan mekanisme regulasi (mis.diabetes). 4. Reaksi pascaproedur, seperti setelah tindakan operasi. 5. Diare. 6. Muntah. 7. Disfungsi ginjal. 8. Disfungsi regulasi endokrin.	Berisiko mengalami ketidakteraturan nilai serum elektrolit. <b>Kondisi Klinis Terkait</b> 1. Gagal ginjal. 2. Anoreksia nervosa. 3. Diabetes mellitus. 4. Penyakit chron. 5. Gastroenteritis. 6. Oankreatitis. 7. Cedera kepala. 8. Kanker. 9. Trauma multipel. 10. Cedera termal. 11. Kelainan hemoglobin herediter.	<b>Gejala dan Tanda Mayor :</b> - <b>Gejala dan Tanda Minor :</b> -

Sumber : SDKI,SLKI,SIKI (2021)

### 2.1.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2 2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	<b>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027).</b>	<b>Kestabilan Kadar Glukosa (L.03022).</b> Setelah dilaksanakan intervensi selama ..... jam, maka kestabilan kadar gula darah meningkat dengan Kriteria hasil : 1. Somnolen (1-5). 2. Vertigo (1-5). 3. Fatigue (1-5). 4. Mulut kering (1-5). 5. Rasa haus (1-5). <b>Keterangan :</b> Indikator menurun 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	<b>Manajemen Hiperglikemia (1.03115).</b> Definisi : melakukan pemantauan serta pengaturan kadar gula darah yang melebihi nilai normal. Tindakan Observasi : 1. Kaji potensi faktor pencetus hiperglikemia. 2. Pantau kadar glukosa darah, bila diperlukan 3. Amati tanda klinis hiperglikemia. Terapeutik : 1. Beri intake cairan per oral. 2. Diskusi medis apabila tanda dan gejala hiperglikemia menetap atau memburuk. Edukasi : 1. Anjurkan pemantauan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		1. Kadar glukosa dalam darah (1-5). 2. Kadar glukosa dalam urine (1-5). <b>Keterangan :</b> Indikator membaik 1. Perburukan 2. Cukup memburuk 3. Stabil 4. Cenderung membaik 5. Perbaikan	glukosa darah secara mandiri. 2. Dorong kepatuhan terhadap pola makan dan latihan tubuh. 3. Ajarkan manajemen pengelolaan diabetes. Kolaborasi : 1. Lakukan kerjasama pemberian cairan intravena. 2. Lakukan kolaborasi farmakologis antidiabetik
2.	<b>Gangguan Integritas Kulit Dan Jaringan (D.0129).</b>	<b>Integritas Kulit Dan Jaringan (L.14125).</b> Setelah dilakukan intervensi selama ..... jam, maka integritas kulit dan jaringan meningkat dengan Kriteria hasil : 1. Elastitas (1-5). 2. Hidrasi (1-5). 3. Perfusi jaringan (1-5) <b>Keterangan :</b> Indikator meningkat 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan  1. Gangguan jaringan (1-5). 2. Kerusakan lapisan integumen (1-5). 3. Dolor (1-5). 4. Kemerahan (1-5). <b>Keterangan :</b> Indikator menurun 1. Meningkatkan 2. Cenderung meningkat 3. Stabil 4. cenderung menurun 5. Menurun  1. Temperatur kulit (1-5). 2. Tampilan kulit (1-5). <b>Keterangan :</b> Indikator membaik 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik	<b>Perawatan Integritas Kulit (1.11353).</b> Definisi : mengkaji serta perawatan kulit untuk mempertahankan integritas, hidrasi, dan pencegahan pertumbuhan infeksi mikroba. Tindakan Observasi : 1. Lakukan identifikasi faktor pencetus gangguan integritas kulit (misalnya sirkulasi, kondisi nutrisi, kelembaban, suhu ekstrem, serta keterbatasan mobilitas). Terapeutik : 1. Lakukan reposisi pasien tirah baring secara berkala setiap 2 jam. 2. Beri stimulasi masase pada area tonjolan tulang, <i>bila perlu</i> . 3. Pakai preparat emolien berbahan petroleum untuk mengatasi kulit xerosis. 4. Aplikasikan produk dengan formulasi ringan, alami, dan hipoalergenik. Edukasi : 1. Rekomendasikan penggunaan emolien (seperti lotion, serum). 2. Dorong pemenuhan minum adekuat. 3. Anjurkan peningkatan gizi. 4. Anjurkan konsumsi buah dan sayur untuk sumber serat vitamin Kolaborasi : (-)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
3.	<b>Defisit Nutrisi (D.0019).</b>	<p><b>Status Nutrisi (L.03030).</b> Setelah dilakukan intervensi selama ..... jam, maka status nutrisi membaik dengan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Derajat konsumsi makanan yang disajikan (1-5).</li> <li>2. Pengetahuan terkait pemilihan diet yang sehat (1-5).</li> <li>3. Tingkat pemahaman mengenai pemilihan minuman yang sehat (1-5).</li> <li>4. Tingkat pengetahuan terkait standar kebutuhan asupan gizi yang sesuai(1-5).</li> <li>5. Sikap individu dalam memilih makanan dan minuman yang selaras dengan tujuan (1-5)</li> </ol> <p><b>Keterangan :</b> Indikator meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurun</li> <li>2. Cukup menurun</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup meningkat</li> <li>5. Meningkatkan</li> </ol> <p>Indikator membaik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memburuk</li> <li>2. Cukup memburuk</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup membaik</li> <li>5. Membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nutrisi (1.03119).</b> Definisi : Menentukan serta mengatur pola konsumsi gizi yang seimbang.</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nilai status nutrisi.</li> <li>2. Kaji alergi dan intoleransi makanan.</li> <li>3. Pemantauan asupan makan harian.</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hidangkan sajian dengan tampilan yang menggugah selera serta suhu yang tepat.</li> <li>2. Beri tambahan suplemen nutrisi apabila diperlukan.</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hibau berada pada postur duduk jika kondisi memungkinkan.</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan kerja sama dengan spesialis gizi dalam menetapkan kebutuhan energi serta jenis zat gizi yang sesuai</li> </ol>
4.	<b>Intoleransi Aktivitas (D.0056).</b>	<p><b>Toleransi Aktivitas (L.05047)</b> Setelah pelaksanaan intervensi selama ..... jam, maka toleransi aktivitas mengalami peningkatan yang ditandai oleh</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan fungsional dalam melakukan aktivitas harian (1-5).</li> </ol>	<p><b>Manajemen Energi (1.05178).</b> Definisi : Menilai serta mengatur pemanfaatan energi guna mengurangi atau meminimalkan kelelahan, sekaligus mendukung masa rehabilitasi secara optimal.</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau tingkat kelelahan baik secara fisik maupun emosional.</li> <li>2. Amati pola serta durasi</li> </ol>

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		2. Edukasi mengenai jarak berjalan (1-5). 3. Kekuatan otot ekstremitas bawah (1-5) 1. Keluhan lelah (1-5) 2. Dispnea setelah aktivitas (1-5) 3. Perasaan lemah (1-5) <b>Keterangan</b> Indikator menurun : 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 1. Frekuensi napas (1-5) <b>Keterangan</b> Indikator membaik : 1. Memburuk 2. Menurun ringan 3. Sedang/stabil 4. Meningkat ringan 5. Membaik	waktu tidur. Terapeutik : 1. Ciptakan lingkungan yang nyaman dengan rangsangan minimal. 2. Damping pasien untuk duduk di pinggir tempat tidur jika memungkinkan melakukan ambulasi. Edukasi : 1. Sarankan untuk melakukan istirahat total. 2. Anjurkan meningkatkan aktivitas secara bertahap sesuai toleransi. Kolaborasi : 1. Berkolaborasi dengan nutrisionis untuk optimalisasi asupan makanan. 2. Kolaborasi pemberian obat
5.	<b>Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit ( D.0037).</b>	<b>Keseimbangan Elektrolit (L.03021).</b> Setelah dilakukan intervensi selama ..... jam, maka keseimbangan elektrolit meningkat dengan Kriteria hasil : 1. Serum natrium (1-5). 2. Serum kalium (1-5). 3. Serum klorida (1-5). 4. Serum kalsium (1-5). 5. Serum magnesium (1-5). 6. Serum fosfor (1-5). <b>Keterangan :</b> Indikator meningkat 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan	<b>Pemantauan Elektrolit (1.03122).</b> Definisi : Menghimpun serta menganalisis informasi yang berkaitan dengan pengaturan keseimbangan elektrolit dalam tubuh. Tindakan Observasi : 1. Kenali faktor-faktor yang berpotensi menyebabkan gangguan keseimbangan elektrolit. 2. Pantau kadar elektrolit dalam serum. 3. Amati adanya kehilangan cairan. Terapeutik : 1. Sesuaikan frekuensi atau interval pemantauan berdasarkan kondisi pasien. 2. Catat setiap hasil observasi yang diperoleh. Edukasi : 1. Sampaikan tujuan serta prosedur dari kegiatan pemantauan. 2. Berikan informasi terkait hasil dari pemantauan tersebut. Kolaborasi : (-)

Sumber : SDKI,SLKI.SIKI (2021)

#### 2.1.4 Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi merupakan proses pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan, termasuk pengelolaan dan penerapannya. Pemberian intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien meliputi penguatan, terapi, tindakan korektif terhadap kondisi kesehatan, Penyuluhan bagi klien dan keluarga serta langkah-langkah pencegahan terhadap kemungkinan kejadian kelainan kesehatan di masa mendatang. Supaya pelaksanaan Penerapan intervensi menunjukkan efektivitas dan Perawat perlu menguasai kemampuan kognitif, keterampilan interpersonal, dan keterampilan teknis agar pelaksanaan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana. Proses pelaksanaan ini menitikberatkan kebutuhan klien, dengan memerhatikan berbagai determinan kebutuhan asuhan keperawatan (Rosliana Dewi, 2024). Bagian-bagian yang termasuk dalam tahap implementasi meliputi:

1. Tindakan pencermatan ialah upaya menghimpun dan menelaah Data status klinis klien.
2. Prosedur terapeutik adalah intervensi yang tanpa penundaan bertujuan mengembalikan kondisi kesehatan klien atau tindakan preventif memburuknya status kesehatan.
3. Tindakan edukatif merupakan kegiatan yang diarahkan untuk meningkatkan kemandirian klien dalam perawatan diri melalui pembentukan perilaku baru guna mengatasi masalah yang dihadapi.

4. Tindakan kolaborasi adalah upaya yang dilakukan melalui koordinasi dengan Melibatkan profesi kesehatan lain seperti dokter, analis lab, pakar gizi, kefarmasian, serta perawat lainnya.

#### 2.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam lingkup praktik keperawatan mencakup dua tahapan, yakni formatif dan sumatif. Penilaian formatif bersifat kontinu sepanjang pelaksanaan asuhan keperawatan, sementara penilaian sumatif dilakukan pada fase penutup dari proses keperawatan (Keperawatan and Ernawati, 2022). Mekanisme evaluasi ini umumnya menggunakan pendekatan SOAP, yang meliputi komponen subjektif, objektif, analisis, serta perencanaan.

1. Subyektif (S) : merupakan data berdasar hasil wawancara dengan pasien atau keluarga. berdasarkan pengalaman yang dirasakan setelah tindakan keperawatan diberikan.
2. Obyektif (O) : informasi atau hasil pengamatan yang diperoleh langsung oleh perawat setelah pelaksanaan intervensi keperawatan. Evaluasi dilakukan berdasarkan data yang dikumpulkan segera setelah asuhan keperawatan dilaksanakan.
3. Analisis (A) : evaluasi dilakukan melalui peninjauan pencapaian hasil dan pengukuran kesesuaiannya dengan sasaran yang dirumuskan berdasarkan diagnosis pasien.
4. Perencanaan (P) : pengembangan rencana asuhan keperawatan tahap berikutnya disusun dengan mengacu pada respons pasien yang diperoleh melalui proses penilaian.

## **BAB 3 METODE PENELITIAN**

### **3.1 Desain Penelitian**

Dalam penelitian ini diterapkan rancangan studi kasus, yaitu suatu metode pembelajaran atau penelitian yang menggunakan kasus nyata (situasi, kondisi, masalah) sebagai bahan analisis untuk dipelajari dan dicari solusinya. Dalam penerapannya, desain studi kasus mempertimbangkan faktor temporal yang disesuaikan dengan kondisi kasus yang rinci. Keunggulan utama dari desain ini adalah kemampuannya menghasilkan deskripsi komprehensif dan detail mengenai satu subjek penelitian, meskipun jumlah responden relatif terbatas (Amananti, 2024). Penelitian ini menitikberatkan studi kasus sebagai metode untuk mengevaluasi permasalahan asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus.

### **3.2 Batasan Istilah**

Terminologi yang digunakan berlandaskan pada asuhan keperawatan bagi pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Puskesmas Kesamben, Jombang. Dengan demikian, studi kasus ini memerlukan uraian yang mendetail mengenai kondisi implementasi program pengelolaan penyakit tidak menular. Terminologi tersebut disajikan secara naratif, dan apabila diperlukan dapat diperkuat dengan informasi kualitatif guna mendukung definisi yang dirumuskan oleh penulis.

#### **1. Asuhan Keperawatan**

Keperawatan merupakan bentuk pelayanan yang mencakup intervensi langsung terhadap klien pada beragam fasilitas pelayanan kesehatan. Pelaksanaan praktik keperawatan berpegang pada prinsip-prinsip profesi

yang berakar pada landasan ilmiah dan keterampilan, mengutamakan pendekatan humanis, serta menitikberatkan pada pemenuhan kebutuhan objektif klien dalam rangka mendukung penyelesaian masalah yang dialaminya (Putri and Aprilla, 2024).

## 2. Diabetes Mellitus Tipe 2

Penyakit metabolik kronis dengan karakteristik hiperglikemia tersebut dikenal sebagai Diabetes Mellitus Tipe 2, yang terjadi akibat defisiensi insulin relatif atau ketidakmampuan tubuh dalam merespons insulin dengan baik. Sehingga berdampak pada naiknya kadar gula darah tetap tinggi dan dalam jangka panjang dapat menimbulkan berbagai komplikasi, baik akut (hipoglikemia, ketoasidosis) maupun kronis (kerusakan pada jantung, ginjal, mata, saraf, dan pembuluh darah) (Russell & Hoffman, 2022).

### 3.3 Partisipan

Responden dalam penelitian ini ialah pasien yang berdomisili di Desa Kesamben, Kecamatan Kesamben, Kabupaten Jombang dengan diagnosa Diabetes Mellitus Tipe 2. Pemilihan partisipan dilakukan berdasarkan kriteria sebagai berikut :

1. Pasien yang menyatakan kesediaan menjadi responden dengan menandatangani formulir persetujuan (*informed consent*).
2. Klien yang bersikap kooperatif serta mampu berkomunikasi secara efektif.
3. Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 yang telah terdiagnosis tanpa disertai komplikasi luka diabet.
4. Pasien perempuan dengan diagnosis Diabetes Mellitus Tipe 2.

5. Pasien berusia antara 30-60 tahun.
6. Pasien yang tidak mengalami gangguan pendengaran atau gangguan kognitif yang dapat menghambat komunikasi.

### **3.4 Lokasi Dan Waktu Penelitian**

#### **3.4.1 Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian ini berada di Puskesmas Kesamben, Kabupaten Jombang, Provinsi Jawa Timur, Indonesia.

#### **3.4.2 Waktu penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan September - Desember 2025.

### **3.5 Pengumpulan Data**

Menurut Arini dkk. (2022) pengumpulan data mencakup pendekatan terhadap topik penelitian serta identifikasi karakteristik khusus yang relevan. Proses ini dilakukan secara bertahap dan disesuaikan dengan teknik instrumen yang digunakan serta rancangan penelitian yang diterapkan

#### **1. Wawancara**

Proses pengumpulan data dilakukan melalui interaksi langsung dalam bentuk tanya jawab dengan klien, yang meliputi anamnesis seperti identitas pasien, masalah utama yang dirasakan, riwayat kesehatan saat ini, riwayat penyakit sebelumnya, serta riwayat kesehatan keluarga. Data utama diperoleh dari klien dan keluarga.

#### **2. Observasi**

Observasi adalah upaya melihat dan menilai secara langsung keadaan fisik, perilaku, dan respon klien terhadap suatu tindakan. Dalam penelitian ini,

peneliti mengobservasi dan melakukan pemeriksaan fisik *head to toe* sesuai dengan format asuhan keperawatan medikal bedah.

### 3. Studi Dokumentasi

Pengumpulan data dilakukan melalui kegiatan studi dokumentasi yang bersumber dari catatan, transkrip, buku, agenda, dan berbagai dokumen tertulis lainnya. Objek yang diteliti dalam studi dokumentasi bersifat non-hidup. Pengumpulan data pada penelitian ini dilaksanakan menggunakan pendekatan studi dokumentasi, di mana rekam medis perawat digunakan sebagai sumber data pokok.

#### 3.6 Uji Keabsahan Data

Tingkat kelengkapan dan mutu dalam studi kasus menjadi dasar pelaksanaan uji validitas. Peneliti berperan sebagai instrumen utama sementara validitas data diverifikasi melalui metode yang sesuai :

1. Memperpanjang waktu pengamatan (*prolog observation*), yaitu pengamatan yang berlangsung dalam waktu relatif lebih lama untuk memantau kondisi pasien atau objek tertentu agar perubahan yang terjadi dapat terlihat lebih jelas. Dengan maksud memperoleh data yang lebih komprehensif, untuk melihat perkembangan atau perubahan kondisi.
2. Peneliti menerapkan triangulasi data, yaitu teknik penghimpunan data dengan mengintegrasikan beragam data dan sumber yang sudah ada yang bersumber dari 3 data yaitu pasien lain yang memiliki masalah keperawatan sama dengan klien, perawat yang merawat pasien pada saat ini dan keluarga pasien atau klien yang mendampingi, dijadikan sebagai sumber pelengkap berasosiasi dengan masalah yang dikaji.

### 3.7 Analisa Data

Proses analisis data pada penelitian ini meliputi pengembangan narasi berdasarkan interpretasi hasil wawancara mendalam sehingga memungkinkan perumusan jawaban atas pertanyaan penelitian. (Adnyana, 2024) menyatakan bahwa teknik analisa dilakukan melalui studi dokumentasi dan observasi untuk memperoleh data, hasil yang diperoleh Berikutnya dilakukan analisis yang kemudian diintegrasikan dengan teori yang relevan untuk merumuskan rekomendasi intervensi. Proses analisis mencakup tahapan-tahapan sebagai berikut :

1. Pengumpulan Data

Pada studi ini, data diperoleh dengan cara tiga pendekatan, yaitu wawancara, observasi, dan dokumentasi (WOD). Data yang diperoleh mencakup aspek diagnosis, pengkajian, perencanaan, intervensi, implementasi serta evaluasi keperawatan.

2. Mereduksi Data

Informasi hasil wawancara dihimpun dan didokumentasikan sebagai catatan lapangan untuk keperluan analisis selanjutnya dan disajikan secara deskriptif maupun naratif.

3. Penyajian Data

Hasil informasi yang diperoleh dapat ditampilkan dalam berbagai format seperti tabel, bagan, teks, dan gambar, serta kerahasiaan responden dijaga dengan menyembunyikan identitasnya.

#### 4. Pembahasan

Analisis dilakukan berdasarkan penyajian data dengan membahas temuan yang diperoleh serta membandingkannya dengan hasil penelitian sebelumnya, sambil mengacu pada kerangka teori yang relevan terkait perilaku data kesehatan.

#### 5. Kesimpulan

Kesimpulan dalam penelitian ini ditarik melalui pendekatan induktif, dengan data yang dikumpulkan mencakup aspek diagnosis, pengkajian, perencanaan, tindakan, serta evaluasi.

### 3.8 Etika Penelitian

Etika persiapan studi kasus meliputi :

#### 1. *Ethical clearance*

*Ethical clearance* menjadi dasar acuan peneliti dalam memastikan prinsip integritas, kejujuran, dan keadilan tetap terjaga dalam kegiatan penelitian. Komisi etik penelitian mengeluarkan surat keterangan tertulis dengan nomer registrasi, 479/KEPK/ITSKES-ICME/I/2026, dengan lini penelitian sudah layak untuk dilaksanakan

#### 2. *Informed consent* (persetujuan menjadi klien)

Responden menerima formulir informed consent agar mereka memahami tujuan, maksud, serta kemungkinan efek timbul selama proses pengumpulan data. Ketika subjek bersedia ikut serta sebagai responden, maka perlu menandatangani formulir persetujuan. Apabila responden menolak menjadi responden, maka peneliti akan menghormati keputusan responden tersebut tanpa adanya paksaan.

3. *Anonimity* (tanpa nama)

Kerahasiaan subjek penelitian dijaga dengan memberikan kode pada formulir pengumpulan data serta tidak mencantumkan identitas responden dalam instrumen pengumpulan data.

4. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Data yang telah dihimpun secara keseluruhan akan dijaga kerahasiannya oleh peneliti untuk memastikan perlindungan privasi partisipan dengan hanya menyajikan data dalam bentuk agregat pada hasil penelitian. Informasi yang diperoleh dari responden diperlakukan secara rahasia dan digunakan semata-mata untuk kepentingan akademik maupun penelitian.



## **BAB 4**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Hasil**

##### **4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data**

Penelitian ini dilaksanakan di UPT Puskesmas Kesamben yang berlokasi di Jl.Raya Kesamben No.3A, Kecamatan Kesamben, Kabupaten Jombang, Jawa Timur. UPT Puskesmas Kesamben merupakan puskesmas perdesaan dengan layanan rawat inap, UGD 24 jam, serta pelayanan PONED, dan didukung oleh fasilitas penunjang berupa farmasi dan laboratorium.

UPT Puskesmas Kesamben menyelenggarakan pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan penyakit tidak menular seperti Diabetes Mellitus. Melalui pelayanan rawat jalan dan pengelolaan penyakit kronis. Wilayah kerja puskesmas meliputi 8 desa di Kecamatan Kesamben, yaitu Kesamben, Podoroto, Jombatan, Kedung Mlati, Kedung Betik, Pojok Kulon, Jati Duwur dan Gumulan. Serta didukung oleh Puskesmas pembantu di Desa Kedung Betik. Puskesmas ini merupakan pola pengelolaan keuangan BLUD dan memenuhi standar pelayanan kesehatan masyarakat.

##### **4.1.2 Karakteristik Partisipan**

###### **1. Identitas klien**

Nama	: Ny.S
Usia	: 52 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: Sekolah menengah atas (SMA)

Pekerjaan : Ibu rumah tangga (IRT)  
Alamat : Ngembut, RT/RW 04/03, Kesamben, Jombang  
Status pernikahan : Menikah  
Tanggal masuk : 22 Desember, 2025  
Jam masuk : 11.00 WIB  
No.RM : 411xx  
Diagnosa medis : Diabetes Mellitus Tipe 2

#### 4.1.3 Data Asuhan Keperawatan

##### 1. Pengkajian

###### a. Riwayat kesehatan

###### 1) Keluhan utama

Pasien mengatakan badan terasa lemas

###### 2) Riwayat penyakit sekarang

Pasien datang ke Puskesmas Kesamben pada tanggal 22 Desember 2025 pukul 11.00 WIB, dengan keluhan badan lemas, mudah lemah setelah melakukan aktivitas harian disertai dengan pusing (mbliyur) sejak 3 hari yang lalu sebelum masuk Puskesmas. Keluhan dirasakan hilang timbul, selama keluhan berlangsung, pasien mengatakan sering merasa haus terus menerus meskipun minum sudah banyak, sehingga pasien sempat mengonsumsi minuman berupa teh manis. Setelah konsumsi minuman tersebut, keluhan lemas tetap dirasakan dan semakin bertambah. Pada saat dilakukan pemeriksaan, pasien dalam keadaan kesadaran composmentis dengan GCS 456, tanda-tanda vital tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 72x/menit, rr 22x/menit, suhu

36,6°C, SPO2 99%, hasil pemeriksaan glukosa darah acak (GDA) 285 mg/dl. Pada saat di unit gawat darurat (UGD), pasien diberikan penanganan awal yaitu pemasangan infus ringer laktat (RL) pada tangan kiri dengan kecepatan 28 tpm, pemberian terapi injeksi berupa ampicilin, ranitidin dan metoclopramide guna untuk stabilisasi kondisi awal.

### 3) Riwayat penyakit dahulu

Pasien mempunyai riwayat penyakit diabetes mellitus tipe 2 sejak 1 tahun terakhir dengan terapi glimpiride. Namun pasien mengatakan bahwa dirinya tidak patuh dalam menjalankan pengobatan, terkadang sering terliwat maupun tidak rutin, sehingga kondisi penyakitnya saat ini dalam status tidak terkontrol.

### 4) Riwayat penyakit keluarga

Pasien menyampaikan bahwa di keluarganya tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit diabetes mellitus tipe 2.

### b. Pola fungsi kesehatan

#### 1) Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

- a) Merokok : Pasien tidak merokok
- b) Alkohol : Pasien tidak konsumsi alkohol
- c) Obat-obatan : Pasien konsumsi obat glimpiride
- d) Alergi : Tidak ada alergi obat maupun sejenisnya
- e) Harapan dirawat : Pasien berharap agar dapat cepat sembuh seperti semula
- f) Pengetahuan mengenai penyakit : Pasien mengetahui

## 2) Nutrisi dan metabolik

- a) Jenis diet : Diet DM 3J (jumlah,jenis,jadwal), jumlah kalori sebesar 15000 kalori, jenis makanan yang menghindari gula, lemak, dan karbohidrat sederhana, jadwal makan 3xsehari
- b) Diet/pantangan : Makanan dan minuman tinggi gula, makanan manis, makanan tinggi lemak dan karbohidrat sederhana
- c) Jumlah porsi : 3x sehari (sesuai dari ahli gizi), habis  $\frac{1}{4}$  porsi makanan
- d) Nafsu makan : Menurun
- e) Kesulitan menelan : Tidak ada kesulitan menelan
- f) Jumlah cairan/minum :  $\pm$  2000 cc/hari
- g) Jenis cairan : Air putih, infus *ringer laktat* (RL)

## 3) Aktivitas dan latihan

Tabel 4. 1 Aktivitas Dan Latihan

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

Keterangan :

0 (mandiri), 1 (menggunakan alat bantu), 2 (dibantu orang), 3 (dibantu orang lain dan alat), 4 (tergantung total)

## 4) Tidur dan istirahat

## a) Kebiasaan tidur

Sebelum sakit (sering terbangun), saat sakit (sering terbangun)  
karena pasien sering buang air kecil (BAK)

## b) Lama tidur

Sebelum sakit (7-6 jam), saat sakit (5-6 jam)

## c) Masalah tidur

Sebelum sakit (frekuensi terbangun malam hari akibat ingin buang air kecil meningkat, sehingga tidur kurang nyenyak, dan sering merasa mengantuk), saat sakit (pasien Masih terjadi gangguan tidur berupa sering terbangun untuk buang air kecil pada malam hari, sehingga pasien mengeluhkan sering mengantuk dan kurang tidur), pasien 1-2 x tampak menguap karena mengantuk

## 5) Eliminasi

a) Kebiasaan defikasi : Teratur, terkadang konstipasi

b) Pola defikasi : Sebelum sakit (1-2x/hari), saat sakit  
(1x/hari)

c) Warna feses : Kecoklatan

d) Kolostomi : Tidak menggunakan kolostomi

e) Kebiasaan miksi : Sering (poliuria)

f) Pola miksi : Frekuensi meningkat, terutama malam hari  
(nokturia)

g) Warna urine : Kuning pekat

h) Jumlah urine : 150 cc/ 30 menit

## 6) Pola persepsi diri (konsep diri)

- a) Harga diri : Pasien paham dan mengetahui terakit dengan harga dirinya
- b) Identitas diri : Di rumah (sebagai istri & ibu), di puskesmas (sebagai pasien)
- c) Ideal diri : Sebagai pasien
- d) Penampilan : Penampilan pasien bersih dan rapi
- e) Koping : Orang terdekat dan keluarga sebagai koping

## 7) Peran dan relasi sosial

- a) Peran aktual saat ini : Sebagai pasien
- b) Penampilan peran : Normal
- c) Sistem dukungan : Keluarga dan petugas kesehatan
- d) Hubungan dengan orang lain : Pasien mampu berinteraksi

## 8) Seksual dan reproduksi

- a) Frekuensi hubungan intim : Tidak terkaji
- b) Kendala hubungan seksual : Tidak terkaji
- c) Periode mesntruasi : Pasien sudah menopause
- d) Masalah menstruasi : Pasien sudah menopause

## 9) Kognitif perseptual

- a) Keadaan mental : Tidak terdapat gangguan
- b) Berbicara : Pasien mampu bicara dengan baik
- c) Kemampuan memahami : Pasien mampu memahami
- d) Ansietas : Tidak terdapat ansietas
- e) Pendengaran : Pasien mampu mendengarkan

f) Nyeri : Tidak terdapat nyeri

10) Nilai dan keyakinan

a) Agama yang dianut : Islam

b) Nilai dan keyakinan terhadap penyakit : Pasien memahami bahwa penyakit ini cobaan dari Tuhan

c. Pengkajian

1) Vital sign

TD : 120/70 mmHg Nadi : 72x/menit SPO2 : 99%

Suhu : 36,6°C RR : 22x/menit

2) Kesadaran

GCS : E4, V5, M6 (composmentis)

3) Keadaan umum

Berat badan : 55 kg Tinggi badan : 155 cm

Status gizi :  $IMT = \frac{55}{1,55 \times 1,55} = \frac{55}{2,40} = 22,9$  (Normal)

Sikap : Tenang

d. Pemeriksaan fisik (*head to toe*)

1) Kepala

a) Inspeksi

Rambut berwarna hitam dan sedikit beruban, karakteristik rambut tampak tipis, teksturnya rampak kering dan kusam, kulit kepala bersih tidak ditemukan adanya lesi, bentuk kepala simetris dan mesosefal

b) Palpasi

Tidak terdapat massa atau benjolan yang teraba, tidak ditemukan adanya nyeri tekan pada area kepala

2) Mata

a) Inspeksi

Konjungtiva tampak (pucat), sclera ikterik negatif (warna putih normal), pupil isokor (kanan dan kiri sama), mengecil saat terkena cahaya (refleks cahaya positif), bola mata simetris, eksoftalmus negatif (tidak menonjol), bola mata tampak sedikit cekung/cowong

b) Palpasi

Tidak teraba peningkatan tekanan intraokular (bola mata teraba lunak)

3) Telinga

a) Inspeksi

Bentuk telinga simetris antara bagian kanan dan kiri, kondisi lubang telinga bersih, tidak tampak serumen atau cairan

b) Palpasi

Tidak ada nyeri tekan pada tragus maupun tulang mastroid

4) Hidung dan sinus

a) Inspeksi

Bentuk hidung simetris, tidak ditemukan adanya deviasi sputum, warna kulit sawo matang, tidak tampak adanya sekret atau polip

## b) Palpasi

Tidak ditemukan adanya massa atau nyeri tekan pada area sinus (forntalis, etmoidalis, maksilaris)

## 5) Mulut dan tenggorokan

## a) Inspeksi

Bibir terasa kering dan pecah-pecah, mukosa mulut tampak kering (xerostomia), tidak ada stomatitis (sariawan), gigi lengkap, lidah bersih berwarna merah muda, palatum utuh tanpa adanya lesi, pada faring tidak terdapat kemerahan maupun pembesaran

## b) Palpasi

Refleks menelan dinilai baik

## 6) Leher

## a) Inspeksi

Bentuk leher sejajar dan warna kulit sawo matang, letak trakea berada di tengah (center) tanpa adanya pergeseran, tidak tampak adanya peningkatan *jugular venous pressure* (JVP)

## b) Palpasi

Tidak teraba adanya massa, benjolan maupun pembesaran pada kelenjar tiroid, tidak ditemukan adanya peningkatan JVP secara palpasi

## 7) Thorax

## Paru-paru

## a) Inspeksi

Bentuk dada tampak simetris (*normochest*), frekuensi napas 22x/menit dengan kedalaman nafas baik, jenis pernapasan adalah dada dan perut dengan pola reguler (teratur), tidak terdapat penggunaan otot bantu pernapasan saat istirahat (retraksi dada negatif), pengembangan paru kanan-kiri seimbang

## b) Palpasi

Vocal fremitus teraba dengan getaran yang sama kuat di seluruh lapang paru kanan dan kiri, tidak teraba nyeri tekan pada seluruh area dada

## c) Perkusi

Batas paru berada pada ICS (interkostal) 4-6, suara perkusi paru resonan/sonor

## d) Auskultasi

Suara napas vesikuler (normal) di seluruh lapang dada, tidak ditemukan adanya suara napas tambahan

## Jantung

## a) Inspeksi

Ictus cordis tidak tampak menonjol secara visual

## b) Palpasi

Ictus cordis teraba pada ICS ke-5 di garis midklavikula kiri (normal) tanpa adanya pergeseran, tidak terdapat nyeri dada (angina)

## c) Perkusi

Lokasi batas jantung berada pada ICS 2 linea sternalis dextra (kanan atas), ICS 4 linea sternalis dextra (kanan bawah), ICS 2 linea sternalis sinistra (kiri atas), dan ICS 5 linea midklavikula sinistra (kiri bawah)

## d) Auskultasi

Suara jantung I dan II (S1-S2) terdengar tunggal dan reguler (lup-dup), tidak terdengar suara mur-mur maupun gallop

## 8) Abdomen

## a) Inspeksi

Perut tampak buncit (distensi ringan), warna kulit merata tanpa striae atau jaringan parut, lingkar perut 90 cm

## b) Palpasi

Tidak didapatkan massa atau tumor pada seluruh kuadran, tidak terdapat nyeri tekan

## c) Perkusi

Acites negtaif (tidak ada penumpukan cairan)

## d) Auskultasi

Bising usus terdengar 12x/menit

## 9) Genetalia

## a) Inspeksi

Meatus bersih, tidak ada tanda infeksi saluran kemih, tidak terdapat edema vulva, lesi, atau keputihan (*flour albus*)

## 10) Ekstremitas

## a) Inspeksi

Warna kulit tampak pucat dan kondisi kulit kering, tidak ditemukan adanya sianosis atau warna kebiruan pada ujung jari maupun jaringan, tidak terdapat tanda-tanda paresis atau kelemahan otot yang terlihat secara visual, pasien tidak menggunakan alat bantu jalan atau penyangga, Ekstremitas atas dan bawah tidak menunjukkan adanya edema

## b) Palpasi

Kekuatan otot :

5	5
4	4

Akral suhu raba pada ujung ekstremitas terasa hangat, turgor kulit elastis, kulit dinilai baik, CRT (*capillary refill time*) <3 detik, tidak ditemukan adanya nyeri tekan pada area ekstremitas

## c) Perkusi

Refleks patella (lutut) dalam batas normal

## e. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan lab darah, tanggal 22 Desember 2025

Tabel 4 1 Pemeriksaan Penunjang

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
<b>HEMATOLOGI</b>		
<b>DARAH LENGKAP</b>		
Hemoglobin	13,1 g/dl	L : 14-18 g/dl P : 12-16 g/dl
Leukosit	10.900/ul	4000-10.000/ul
Trombosit	276.000/ul	150.000-450.000/ul
Hematokrit	42%	32-48%
<b>GLUKOSA DARAH</b>		
Glukosa darah acak	285 mg/dl	<180 mg/dl
<b>IMUNOLOGI/SEROLOGI</b>		
<b>WIDAL</b>		
- Titer O	Negatif	Negatif
- Titer H	Negatif	Negatif
- Titer PA	Negatif	Negatif
- Titer PB	Negatif	Negatif

Sumber : Data primer, 2025

## f. Terapi medik

Tabel 4 2 Terapi Medik

★ Terapi medik	Dosis
<b>Terapi Intravena (IV) /Injeksi</b>	
Infus RL (ringer laktat)	28 tete per menit (tpm)
Injeksi. Ampicilin	1 gram / 3x1
Injeksi. Ranitidin	2x1
Injeksi. Metoclopramide	2x1
<b>Terapi Oral</b>	
Glimepiride	2 mg (1-0-0)
Metformin	500 mg (1x1)
Dimenyhdrinate (dimen)	2x1
Vitamin BC (B-complex)	2x1

Sumber : Data primer, 2025

## 4.1.4 Analisa Data keperawatan

Tabel 4 3 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>Data subjektif (DS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ny.S mengatakan badannya terasa lemas disertai dengan keluhan pusing (mbliyur) sejak 3 hari yang lalu</li> <li>b. Ny.S mengatakan sering merasa haus terus menerus</li> <li>c. Ny.S mengatakan sering buar air kecil (poliuria), terutama pada malam hari (nokturia)</li> <li>d. Ny.S menyampaikan sering mengantuk</li> <li>e. Ny.S mengatakan bahwa nafsu makannya menurun</li> </ul> <p>Data objektif (DO) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien tampak sesekali menguap karena mengantuk</li> <li>b. Pasien tampak sesekali memegang kepala karena pusing (mbilyur)</li> <li>c. Pasien tampak lelah/lesu</li> <li>d. Mukosa mulut pasien tampak kering</li> <li>e. Pasien tampak sering minum karena haus terus menerus</li> <li>f. Hasil pemeriksaan kadar glukosa darah acak (GDA) : 285mg/dl</li> <li>g. Jumlah urin pasien 150 cc/ 30 menit</li> </ul>	Resistensi insulin	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ny.S mengatakan pusing (mbilyur) sejak 3 hari yang lalu</li> <li>b. Ny.S mengatakan tubuhnya terasa lemah dan cepat lelah (terutama setelah melakukan aktivitas)</li> <li>c. Ny.S mengatkan merasa tidak nyaman setelah melakukan aktivitas</li> <li>d. Ny.S mengatakan aktivitas harian masih perlu bantuan keluarga</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Aktivitas harian pasien tampak dibantu oleh keluarga (makan , toileting)</li> <li>b. Pasien tampak hanya mampu berjalan didepan bed 2-3 langkah, selebihnya dibantu oleh keluarga</li> <li>c. Kekuatan otot ekstremitas</li> </ul>	Kelemahan	Intoleransi aktivitas (D.0056)

No	Data	Etiologi	Masalah
5	5		
4	4		
	d. Pasien tampak lelah setelah melakukan aktivitas harian		
	e. Pasien tampak lemah		
	f. RR ( <i>respiratory rate</i> ) 22x/menit		
	g. Konjungtiva Ny.S tampak pucat		

Sumber : Dokumentasi Asuhan Keperawatan, 2025

#### 4.1.5 Diagnosa Keperawatan

1. Ketidaksbailan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan lelah/lesu (D.0027)
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan merasa lemah (D.0056)

#### 4.1.6 Intervensi Keperawatan

Tabel 4 4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Ketidastabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan lelah/lesu (D.0027)	<p>Kestabilan kadar glukosa darah (L.03022)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka kestabilan kadar glukosa darah, meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengantuk (5)</li> <li>2. Pusing (5)</li> <li>3. Lelah/lesu (5)</li> <li>4. Mulut kering (5)</li> <li>5. Rasa haus (4)</li> </ol> <p>Keterangan indikator menurun :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkat</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Menurun</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol> <p>6. Kadar glukosa dalam darah (4)</p> <p>7. Jumlah urine (5)</p> <p>Keterangan indikator membaik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memburuk</li> <li>2. Cukup memburuk</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup membaik</li> <li>5. Membaik</li> </ol>	<p>Manajemen hiperglikemia (1.03115)</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kenali peluang potensi hiperglikemia</li> <li>2. Pantau kadar glukosa darah, <i>jika perlu</i></li> <li>3. Amati tanda serta gejala yang mengarah hiperglikemia</li> <li>4. Pantau jumlah asupan dan keluaran cairan</li> </ol> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan asupan secara oral</li> <li>2. Konsultasi pada tenaga medis bila tanda dan gejala hiperglikemia semakin berat</li> </ol> <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjuran memantau kadar glukosa darah mandiri</li> <li>2. Sarankan kepatuhan pengaturan diet dan aktivitas fisik</li> <li>3. Latih tatalaksana diabetes</li> </ol> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian cairan IV (intravena), <i>jika perlu</i></li> <li>2. Kolaborasi pemberian obat</li> </ol>

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			antidiabetik
2.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan merasa lemah (D.0056)	<p>Toleransi aktivitas (0.05047)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kemandirian dalam aktivitas harian (5)</li> <li>2. Jarak berjalan (5)</li> <li>3. Kekuatan tubuh bagian bawah (5)</li> </ol> <p>Keterangan indikator meningkat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurun</li> <li>2. Cukup menurun</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup meningkat</li> <li>5. Meningkatkan</li> </ol> <p>4. Mudah lelah (5)</p> <p>5. Sesak setelah aktivitas (5)</p> <p>6. Perasaan lemah (5)</p> <p>Keterangan indikator menurun :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol> <p>7. Frekuensi napas (5)</p> <p>Keterangan indikator membaik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memburuk</li> <li>2. Cukup memburuk</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup membaik</li> <li>5. Membaik</li> </ol>	<p>Manajemen energi (1.05178)</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tingkat kelelahan fisik maupun emosional</li> <li>2. Amati pola serta durasi tidur</li> </ol> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan yang tenang dengan sedikit rangsangan</li> <li>2. Bantu pasien duduk di tepi tempat tidur</li> </ol> <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sarankan lakukan bedrest</li> <li>2. Anjuran pelaksanaan aktivitas progresif sesuai kemampuan</li> </ol> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerja sama dengan ahli gizi terkait upaya meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>2. Kolaborasi pemberian obat</li> </ol>

Sumber : SDKI, SLKI, SIKI (2021)

#### 4.1.7 Implementasi Keperawatan

Tabel 4 5 Implementasi Keperawatan

No. Dx	Hari/Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	Paraf
D.0027	Kamis, 22 Desember 2025	11.30	1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia Hasil : penyebab utama adalah resistensi insulin, dan pola makan yang tidak terkontrol (pasien konsumsi teh manis)	Widya
		11.32	2. Mengawasi kadar glukosa darah rutin., Hasil : pemeriksaan kadar glukosa darah (GDA) 285mg/dl	Widya
		11.34	3. Memantau manifestasi klinis hiperglikemia Hasil : pasien masih tampak lemas,	Widya

No. Dx	Hari/Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	Paraf
			sering haus, mengantuk, mengeluh pusing / mbliyur, mukosa bibir tampak kering	
		11.35	4. Memonitor intake dan output cairan Hasil : intake $\pm$ 2000cc/ 24 jam, output $\pm$ 150 cc/ 30 menit ( <i>balance</i> cairan tidak stabil)	Widya
		11.40	5. Memberikan asupan cairan oral Hasil : bubur dewasa 1500 kalori, Minum air putih secara bertahap dan teratur dalam jumlah kecil namun rasa haus masih dirasakan	Widya
		11.42	6. Berkonsultasi dengan tim medis, jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada Hasil : kondisi pasien telah dilaporkan kepada dokter, dilanjutkan dengan terapi	Widya
		11.45	Merekomendasikan pasien untuk memantau kadar gula darah secara independent Hasil : pasien belum mampu melakukan pemeriksaan gula darah secara mandiri tanpa bantuan	Widya
		11.46	7. Memberikan anjuran untuk mematuhi diet dan rutinitas olahraga (menganjurkan diet rendah gula 3J dengan pilihan jenis makanan karbohidrat kompleks (nasi merah) serta tinggi serat (sayuran), dan rutin berolahraga ringan seperti jalan kaki 15-30 menit setelah kondisi stabil dirumah. Hasil : pasien belum sepenuhnya mahami edukasi yang telah diberikan, belum mampu melakukan olahraga karena kondisi badan masih terasa lemas, dan pasien hanya menghabiskan 1/4 diet DM dari puskesmas	Widya
		11.48	8. Menganjurkan pengelolaan diabetes Hasil : pasien masih belum memahami sepenuhnya cara pengelolaan diabetes	Widya
		11.50	9. Berkolaborasi pemberian cairan IV (intravena) Hasil : infus RL terpasang 28 tpm pada tangan kiri untuk mengatasi dehidrasi, kondisi hidrasi belum optimal	Widya
		12.00	10. Berkolaborasi pemberian obat antidiabetik Hasil : obat glimepiride dan metformin (terminum sesuai jadwal untuk mengontrol gula darah) keluhan masih dirasakan	Widya
D.0056	Kamis, 22 Desember 2025	12.10	1. Mengobservasi tingkat kelelahan fisik dan emosional. Hasil : paaien mengatakan masih lemas, mudah lelah, dan aktivitas masih terbatas	Widya
		12.15	2. Monitoring pola dan durasi istirahat malam	

No. Dx	Hari/Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	Paraf
			Hasil : pasien mengatakan tidur terganggu karena sering terbangun untuk kencing terutama pada malam hari (nokturia), pola tidur pasien belum teratur dan pasien masih mengeluhkan kurang tidur	ϕ Widya
		12.20	3. Menyiapkan lingkungan yang nyaman dengan sedikit rangsangan eksternal Hasil : membatasi jumlah pengunjung dan merapikan tempat tidur agar pasien dapat istirahat dengan tenang, pasien masih tampak lelah	ϕ Widya
		12.25	4. Mendukung pasien untuk duduk di tepi tempat tidur apabila memungkinkan untuk mobilisasi Hasil : pasien mampu duduk dengan bantuan, kekuatan otot ekstremitas bawah skala 4	ϕ Widya
		12.30	5. Menganjurkan pasien melakukan istirahat total di tempat tidur. Hasil : pasien bersedia istirahat di tempat tidur, kelelahan masih dirasakan	ϕ Widya
		12.35	6. Menganjurkan peningkatan aktivitas secara perlahan. Hasil : pasien masih belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri dan masih membutuhkan bantuan, pasien hanya mampu berjalan di depan bed 2 langkah selebihnya butuh bantuan, setelah melakukan aktivitas pasien frekuensi nafas 22x/menit	ϕ Widya
		13.00	7. Berkolaborasi dengan ahli gizi mengenai strategi peningkatan asupan makanan. Hasil : diet DM 3J diberikan dalam porsi kecil, untuk meningkatkan energi, asupan masih belum optimal, pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makan	ϕ Widya
		13.15	8. Berkolaborasi pemberian obat Hasil : obat dimenyhdrinate dan vitamin b-complex diberikan sesuai program, obat terminum per-oral, kondisi engeri pasien masih belum meningkat	ϕ Widya
D.0027	Jum'at, 23 Desember 2025	08.00	1. Memantau kadar glukosa darah Hasil : pemeriksaan kadar glukosa darah acak (GDA) 240 mg/dl (menurun dari hari sebelumnya)	ϕ Widya
		08.05	2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia Hasil : pasien masih tampak sedikit lemas, rasa haus masih dirasakan, pusing (mbilyur) berkurang, mukosa bibir agak tampak lembab	ϕ Widya
		08.10	3. Memonitor intake dan output cairan Hasil : intake ± 2000cc/24 jam, output ±1300cc/24 jam ( <i>balance</i> cairan tidak	ϕ Widya

No. Dx	Hari/Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	Paraf
			(stabil)	
		08.30	4. Memberikan asupan cairan peroral Hasil : pasien minum air putih lebih sering,asupan diet DM dihabiskan ½ porsi	☐ Widya
		08.35	5. Berkonsultasi dengan tim medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada Hasil : kondisi pasien dilaporkan kepada Dokter, terapi dilanjutkan sesuai program	☐ Widya
		08.37	6. Menganjurkan pasien mengawasi kadar gula darah secara mandiri Hasil : pasien mampu memonitor kadar glukosa darah secara mandiri dibantu oleh perawat	☐ Widya
		08.40	7. Menganjurkan mematuhi diet dan rutinitas olahraga. (menganjurkan diet rendah gula 3J dengan pilihan jenis makanan karbohidrat kompleks (nasi merah) serta tinggi serat (sayuran), dan rutin berolahraga ringan seperti jalan kaki 15-30 menit setelah kondisi stabil dirumah. Hasil : pasien sudah mulai memahami mengenai edukasi yang diberikan, sudah mampu melakukan olahraga ringan berjalan didepan bed sebanyak 4-5 langkah, dan pasien sudah mampu menghabiskan ½ diet DM dari puskesmas.	☐ Widya
		08.42	8. Menganjurkan pengelolaan diabetes Hasil : pasien mulai memahami pentingnya pengaturan diet, obat, dan kontrol gula darah secara rutin	☐ Widya
		08.45	9. Berkolaborasi pemberian cairan IV (intravena), jika perlu Hasil : infus RL masih terpasang dan menetes lancar sesuai program terapi	☐ Widya
		09.00	10. Berkolaborasi pemberian obat antidiabetik Hasil : obat glimepiride dan metformin (terminum sesuai jadwal untuk mengontrol gula darah) keluhan sedikit berkurang	☐ Widya
D.0056	Jum'at, 23 Desember 2025	09.05	1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil : pasien mnegatakan rasa lemas mulai berkurang, pasien tampak lenih tenang dan tidak seletih hari sebelumnya	☐ Widya
		09.08	2. Memonitor terhadap pola dan durasi tidur Hasil : pasien melaporkan tidur lebih berkualitas, frekuensi terbangun malam hari berkurang, pasien merasa cukup istirahat	☐ Widya
		09.10	3. Menyediakan lingkungan yang kondusif dan minim stimulasi	

No. Dx	Hari/Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	Paraf
			Hasil : membetasi jumlah pengunjung dan mengatur pencahayaan, pasien dapat beristirahat dengan tenang	☺ Widya
		09.15	4. Memfasilitasi dan dukung pasien untuk duduk di tepi tempat tidur apabila memungkinkan	☺ Widya
			Hasil : pasien mampu duduk di sisi tempat tidur dengan tetap dibantu Kekuatan otot ekstremitas bawah stabil pada skala 4	
		09.20	5. Menganjurkan tirah baring	☺ Widya
			Hasil : pasien kooperatif mengikuti jadwal tirah baring untuk menghemat energi	
		09.25	6. Menganjurkan dan dorong pasien melakukan aktivitas secara gradual.	☺ Widya
			Hasil : pasien mampu melakukan mobilisasi di sekitar tempat tidur dengan bantuan minimal, terkadang berjalan didepan bed 4-5 langkah, aktivitas harian masih perlu dibantu, setelah aktivitas frekuensi napas berkurang menjadi 21x/menit (sebelumnya 22x/menit)	
		09.30	7. Berkolaborasi bersama nutrisisionis tentang cara peningkatan asupan makanan	☺ Widya
			Hasil : diet DM 3j dihabiskan 1/2 porsi, pasien mulai menunjukkan peningkatan nafsu makan	
		09.00	8. Berkolaborasi pemberian obat	☺ Widya
			Hasil : obat dimenyhdrinate dan vitamin b-complex diberikan sesuai program, obat terminum per-oral, pasien melaporkan badan terasa sedikit lebih bertenaga	
D.0027	Sabtu, 24 Desember 2025	08.00	1. Memonitor kadar glukosa darah	☺ Widya
			Hasil : pemeriksaan kadar glukosa darah acak (GDA) 200 mg/dl	
		08.05	2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia	☺ Widya
			Hasil : pasien mengatakan sudah tidak lemas, pusing (mbliyur hilang), rasa haus agak berkurang, dan mukosa bibir lembab	
		08.10	3. Memonitor intake dan output cairan	☺ Widya
			Hasil : intake 1800cc/24 jam, output 1750 cc/24 jam (balance cairan stabil/seimbang)	
		08.15	4. Memberikan intake minum secara oral	☺ Widya
			Hasil : pasien minum air putih dengan porsi normal, asupan diet DM dihabiskan 1 porsi penuh	
		08.20	5. Berkonsultasi dengan tim medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada	☺ Widya
			Hasil : kondisi pasien dilaporkan kepada dokter, terapi dilanjutkan sesuai	

No. Dx	Hari/Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	Paraf
		08.22	6. Menganjurkan patuh terhadap diet dan rutinitas olahraga (menganjurkan diet rendah gula 3J dengan pilihan jenis makanan karbohidrat kompleks (nasi merah) serta tinggi serat (sayuran), dan rutin berolahraga ringan seperti jalan kaki 15-30 menit setelah kondisi stabil dirumah. Hasil : pasien sudah sepenuhnya paham mengenai edukasi yang telah diberikan,sudah mampu melakukan olahraga ringan berjalan ke kamar mandi secara mandiri, pasien berkomitmen untuk menjaga pola makan dan melakukan aktivitas fisik ringan dirumah setelah pulang dari puskesmas, serta pasien sudah mampu menghabiskan seluruh porsi makan diet DM dari puskesmas.	ϕ Widya
		08.25	7. Berkolaborasi pemberian cairan IV (intravena), jika perlu Hasil : infus RL masih terpasang dan menetes lancar sesuai program terapi, hirasi sudah mulai stabil	ϕ Widya
		09.00	8. Berkolaborasi pemberian obat antidiabetik Hasil : obat glimepiride dan metformin (terminum sesuai jadwal untuk mengontrol gula darah) keluhan berkurang	ϕ Widya
D.0056	Sabtu, 24 Desember 2025	09.05	1. Memonitor pengawasan terhadap kelelahan dan emosional Hasil : pasien mengatakan rasa lemas sudah sangat berkurang, tubuh sudah terasa lebih segar, pasien sudah tidak lagi merasa letih seperti hari-hari sebelumnya	ϕ Widya
		09.02	2. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, bila mampu berpindah dan berjalan Hasil : pasien sudah mampu duduk di sisi tempat tidur secara mandiri tanpa adanya keluhan pusing (mbliyur)	ϕ Widya
		09.05	3. Menganjurkan peningkatan aktivitas secara bertahap Hasil : pasien mampu melakukan mobilisasi mandiri dis ekitar tempat tidur dan pasien sudah mampu berjalan ke kaamr mandi sendiri untuk memenuhi kebutuhan harian tanpa adanya keluhan lelah, kekuatan otot ekstremitas bawah skala 5, frekuensi napas 20x/menit	ϕ Widya
		09.10	4. Berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan Hasil : pasien sangat kooperatif, nafsu makan meningkat pesat ditandai dengan	ϕ Widya

No. Dx	Hari/Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	Paraf
			porsi diet DM 3J yang dihabiskan seluruhnya (sebelumnya hanya ½ porsi)	
		09.00	5. Berkolaborasi pemberian obat Hasil : program pemberian obat dimenhydrinate dan vitamin b-complex berjalan lancar secara per-oral, pasien melaporkan tubuh terasa jauh lebih bertenaga dan fit untuk melakukan aktivitas	Widya

Sumber : Dokumentasi Asuhan Keperawatan, 2025



#### 4.1.8 Evaluasi Keperawatan


Tabel 4 6 Evaluasi Keperawatan

No.Dx	Hari/Tanggal	Jam	Evaluasi	Paraf
D.0027	Kamis, 22 Desember 2025	18.30	<p><i>Subjektif :</i> Pasien mengatakan masih merasa lemas, sering haus, mengantuk, dan pusing (mbilyur)</p> <p><i>Objektif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemas</li> <li>2. Mukosa bibir pasien tampak kering</li> <li>3. Hasil gula darah acak (GDA) 285 mg/dl</li> <li>4. Pasien BAK dengan frekuensi 5x7 jam dengan volume 1500cc</li> <li>5. Pasien tampak hanya menghabiskan 1/3 porsi makanan</li> <li>6. Pasien tampak belum mampu melakukan aktivitas olahraga ringan karena badan masih terasa lemas</li> </ol> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengantuk (2)</li> <li>2. Pusing (2)</li> <li>3. Lelah/lesu (2)</li> <li>4. Mulut kering (2)</li> <li>5. Rasa haus (2)</li> <li>6. Kadar glukosa darah (2)</li> <li>7. Jumlah urine (3)</li> </ol> <p><i>Assessment :</i> Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p><i>Planning :</i> Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau nilai gula darah, <i>jika perlu</i></li> <li>2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>3. Memonitor masuk dan keluar cairan</li> <li>4. Memberikana asupan cairan oral</li> <li>5. Berkonsultasi dengan tim medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada</li> <li>6. Menganjurkan pasien memonitor kadar glukosa darah secara mandiri</li> <li>7. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</li> <li>8. Menganjurkan terkait</li> </ol>	Widya

No.Dx	Hari/Tanggal	Jam	Evaluasi	Paraf				
			<p>pengendaliandiabetes</p> <p>9. Berkolaborasi pemberian cairan IV (intravena), jika perlu</p> <p>10. Berkolaborasi pemberian obat antidiabetik</p>					
D.0056	Kamis, 22 Desember 2025	18.15	<p><i>Subjektif :</i></p> <p>Pasien mengatakan masih merasa lemas, mudah lelah, dan aktivitas masih terbatas. Pasien mengatakan tidur Mengalami gangguan karena frekuensi terbangun malam hari untuk buang air kecil (BAK)</p> <p><i>Objektif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemah</li> <li>2. Pasien tampak mudah lelah</li> <li>3. Pasien tampak aktivitas masih membutuhkan bantuan</li> <li>4. Pasien tampak mampu duduk dengan bantuan</li> <li>5. Pasien tampak mampu berjalan pelan 2 langkah didepan bed</li> <li>6. Pasien tampak mudah lelah setelah aktivitas ringan</li> <li>7. Kekuatan ekstremitas           <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </table> </li> <li>8. Frekuensi nafas 22x/menit</li> <li>9. Pasien tampak hanya menghabiskan 1/4 porsi makan</li> </ol> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Derajat kemudahan dalam aktivitas sehari hari (2)</li> <li>2. Jangkauan saat berjalan (2)</li> <li>3. Kekuatan tubuh bagian bawah (4)</li> <li>4. Keluhan lelah (3)</li> <li>5. Dispnea setelah aktivitas (2)</li> <li>6. Perasaan lemah (2)</li> <li>7. Frekuensi napas (3)</li> </ol> <p><i>Assessment :</i></p> <p>Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p><i>Planning :</i></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>2. Memonitor pola dan jam tidur</li> <li>3. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> <li>4. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika dapat berpindah atau berjalan</li> <li>5. Menganjurkan tirah baring</li> <li>6. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>7. Berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> <li>8. Berkolaborasi pemberian obat</li> </ol>	5	5	4	4	<p>ϕ Widya</p>
5	5							
4	4							
D.0027	Jum'at, 23 Desember 2025	15.00	<p><i>Subjektif :</i></p> <p>Pasien mengatakan rasa haus masih ada,</p>					

No.Dx	Hari/Tanggal	Jam	Evaluasi	Paraf
			<p>pusing (mbliyur), mengantuk sudah berkurang serta menyatakan mulai memahami pentingnya diet dan kontrol gula darah secara rutin, meskipun masih merasa sedikit lemas</p> <p><i>Objektif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lebih segar</li> <li>2. Mukosa bibir pasien tampak agak lembab</li> <li>3. Hasil gula darah acak (GDA) 240 mg/dl (menurun dari sebelumnya 285 mg/dl)</li> <li>4. Pasien BAK dengan frekuensi 5x/24 jam dengan volume 1300cc/24 jam</li> <li>5. Pasien tampak menghabiskan ½ porsi makanan</li> <li>6. Pasien tampak memahami cara pengelolaan diabetes dengan benar</li> <li>7. Pasien tampak sudah mampu melakukan aktivitas olahraga ringan dengan berjalan 4-5 langkah didepan bed</li> </ol> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengantuk (4)</li> <li>2. Pusing (4)</li> <li>3. Lelah /lesu (4)</li> <li>4. Mulut kering (4)</li> <li>5. Rasa haus (3)</li> <li>6. Kadar glukosa dalam darah (3)</li> <li>7. Jumlah urine (4)</li> </ol> <p><i>Assessment :</i> Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p><i>Planning :</i> Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor kadar glukosa darah, <i>jika perlu</i></li> <li>2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>3. Memonitor intake dan output cairan</li> <li>4. Memberikan asupan cairan oral</li> <li>5. Berkonsultasi dengan tim medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada</li> <li>6. Mengajukan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</li> <li>7. Berkolaborasi pemberian cairan IV (intravena), <i>jika perlu</i></li> <li>8. Berkolaborasi pemberian obat antidiabetik</li> </ol>	<p>Widya</p>
D.0056	Jum'at, 23 Desember 2025	15.10	<p><i>Subjektif:</i> Pasien mengatakan rasa lemas mulai berkurang, badan terasa lebih bertenaga, tidur lebih berkualitas, serta nafsu makan mulai meningkat</p> <p><i>Objektif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lebih tenang dan tidak seteluh hari sebelumnya</li> <li>2. Pasien tampak mampu duudk di sisi tempat tidur dengan bantuan</li> </ol>	

No.Dx	Hari/Tanggal	Jam	Evaluasi	Paraf
			3. Kekuatan ekstremitas $\frac{5}{4} \mid \frac{5}{4}$	 Widya
			4. Pasien tampak kooperatif mengikuti jadwal tirah baring 5. Pasien menunjukkan kemampuan bermobilisasi di sekitar tempat tidur dengan bantuan minimal 6. Pasien tampak mampu berjalan 4-5 langkah didepan bed 7. Aktivitas harian tampak masih perlu bantuan keluarga 8. Frekuensi napas 21x/menit 9. Pasien tampak menghabiskan 1/2 porsi makan Kriteria hasil : 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas (4) 2. Jarak berjalan (4) 3. Kekuatan tubuh bagian bawah (4) 4. Keluhan lelah (2) 5. Dispnea setelah aktivitas (4) 6. Perasaan lemah (4) 7. Frekuensi napas (4) <i>Assesment :</i> Intoleransi aktivitas belum teratasi <i>Planning :</i> Intervensi dilanjutkan 1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional 2. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika dapat berpindah atau berjalan 3. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 4. Berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan 5. Berkolaborasi pemberian obat	
D.0027	Sabtu, 24 Desember 2025	14.00	<i>Subjektif :</i> Pasien mengatakan badan sudah terasa bertenaga, sudah tidak merasa lemas, pusing (mbliyur) sudah hilang, rasa haus agak beerkurang, dan menyatakan komitmen untuk menjaga pola makan serta rutin olahraga ringan seperti berjalan 15-30 menit <i>Objektif :</i> 1. Pasien tampak jauh lebih segar dan bertenaga 2. Bibir pasien tampak lembab 3. Hasil pemeriksaan gula darah acak (GDA) 200 mg/dl 4. Pasien BAK dengan frekeunsi 3x/24 jam dengan volume 1750cc/24 jam 5. Pasien tampak menghabiskan 1 porsi penuh makanan dengan lahap 6. Pasien tampak sudah mampu melakukan aktivitas olahraga ringan dengan	 Widya

No.Dx	Hari/Tanggal	Jam	Evaluasi	Paraf				
			berjalan ke kamar mandi secara mandiri Kriteria hasil : 1. Mengantuk (5) 2. Pusing (5) 3. Lelah/lesu (5) 4. Mulut kering (5) 5. Rasa haus (4) 6. Kadar glukosa dalam darah (4) 7. Jumlah urine (5)					
			<i>Assesment :</i> Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi <i>Planning :</i> Intervensi dihentikan, pasien pulang					
D.0056	Sabtu, 24 Desember 2025		<i>Subjektif :</i> Pasien mengatakan rasa lemas sudah sangat berkurang dan badan terasa jauh lebih bertenaga, tidak lagi merasa letih, tidur sangat nyenyak, serta nafsu makan meningkat pesat <i>Objektif :</i> 1. Pasien tampak jauh lebih segar, tenang, dan tidak menunjukkan tanda-tanda kelelahan seperti hari sebelumnya 2. Pasien tampak mampu duduk di sisi tempat tidur secara mandiri tanpa keluhan pusing 3. Pasien tampak mampu melakukan mobilisasi di sekitar tempat tidur, pasien sudah mampu melakukan aktivitas harian secara mandiri 4. Pasien tampak kooperatif menghabiskan seluruh porsi diet DM 3J yang telah disediakan 5. Pasien tampak tidak sesak setelah beraktivitas 6. Frekuensi napas 20x/menit 7. Kekuatan ekstremitas <table border="1" data-bbox="874 1429 986 1485"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table> Kriteria hasil : 1. Kemudahan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari (5) 2. Jarak berjalan (5) 3. Kekuatan ekstremitas bawah (5) 4. Keluhan fatigue (kelelahan). 5. (5) 6. Disnpnea setelah aktivitas (5) 7. Perasaan lemah (5) 8. Frekuensi napas (5)	5	5	5	5	 Widya
5	5							
5	5							
			<i>Assesment :</i> Intoleransi aktivitas teratasi <i>Planning :</i> Intervensi dihentikan, pasien pulang					

Sumber : Dokumentasi Asuhan Keperawatan, 2025

## 4.2 Pembahasan

Penelitian ini meneliti kasus keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Puskesmas Kesamben Jombang, yang mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah serta intoleransi aktivitas, dengan tujuan untuk menilai dan menganalisis manajemen kesehatan serta kemampuan fungsional pasien dalam beraktivitas. Dalam pembahasan ini, dijelaskan mulai dari proses pengkajian untuk mengumpulkan data pasien, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan intervensi untuk stabilisasi gula darah dan peningkatan toleransi aktivitas, implementasi asuhan, hingga evaluasi hasil asuhan keperawatan.

### 4.2.1 Pengkajian

Pengkajian menunjukkan Ny.S (52 tahun) mengeluhkan badan terasa lemas, pusing (mbliyur), sering haus, serta nokturia. Pasien diketahui memiliki riwayat Kondisi diabetes mellitus tipe 2 dalam kurun waktu satu tahun terakhir, namun pasien menyatakan adanya ketidakpatuhan dalam menjalankan pengobatan karena konsumsi obat yang tidak rutin dan sering terlewat. Secara klinis, ditemukan kadar gula darah acak (GDA) sebesar 285 mg/dl, mukosa mulut tampak kering, konjungtiva pucat, serta kondisi fisik yang tampak lesu. Terkait dengan kemampuan fungsional, aktivitas harian pasien seperti makan dan toileting memerlukan bantuan orang lain, dan pasien tampak lelah setelah melakukan pergerakan minimal di sekitar tempat tidur.

Menurut Darmawati,U.S (2024), kondisi ketidakpatuhan dalam menjalankan pengobatan pada pasien dengan gangguan kontrol glikemik memicu terjadinya hiperglikemia yang menimbulkan efek somatik di dalam pembuluh darah. Tingginya kadar glukosa darah menarik cairan dari dalam sel ke ruang

ekstraseluler, yang secara klinis bermansifestasi sebagai rasa haus yang berlebihan (polidipsia) dan produksi urine yang meningkat (poliuria). Selain itu, karena glukosa tidak dapat ditransfer ke dalam jaringan akibat resistensi insulin, tubuh mengalami kondisi kelaparan di tengah kelimpahan, dimana sel-sel otot dan otak kekurangan bahan bakar utama untuk metabolisme. Hal ini mengakibatkan penurunan produksi energi yang signifikan, sehingga muncul rasa lelah yang ekstrem, pusing, serta terjadi penurunan kekuatan otot. Ketidakmampuan tubuh dalam menyediakan energi dan nutrisi yang cukup ke jaringan otot saat bergerak inilah yang menyebabkan timbulnya adanya kelelahan secara fisik serta keterbatasan dalam melaksanakan aktivitas rutin.

Menurut peneliti, data yang teridentifikasi pada pengkajian Ny.S sangat relevan dan berlandaskan teori patofisiologi Diabetes Mellitus Tipe. Keluhan lemas dan pusing (mbliyur) yang dirasakan pasien merupakan dampak langsung dari kegagalan transportasi glukosa ke dalam sel untuk metabolisme energi, serta adanya kondisi dehidrasi ringan yang ditandai dengan mukosa kering dan poliuria. Peneliti berpendapat bahwa faktor utama yang memicu kondisi akut pasien saat masuk puskesmas adalah kurangnya kepatuhan manajemen diri (*self-management*), terutama dalam rutinitas minum obat dan pengaturan diet. Kebiasaan pasien mengkonsumsi teh manis saat merasa lemas menunjukkan kurangnya pemahaman bahwa lemas tersebut bukan karena kekurangan gula (hipoglikemia), melainkan karena ketidakmampuan tubuh mengolah gula yang sudah tinggi (hiperglikemia).

#### 4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan Ny.S ditetapkan berdasarkan hasil pengkajian asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 di UPT Puskesmas Kesamben Jombang. Diagnosa keperawatan pertama yang ditegakkan adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, yang ditandai dengan keluhan badan lemas, pusing (mbliyur), sering merasa haus, mulut kering, serta (poliuria) terutama (nokturia). Data objektif pendukung menunjukkan gula darah acak (GDA) pasien tinggi yaitu 285 mg/dl dan jumlah urin mencapai 2100cc/24 jam. Diagnosa keperawatan kedua adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, yang ditandai dengan keluhan merasa lemas, intoleransi aktivitas ringan-sedang, dan Adanya rasa tidak nyaman pasca aktivitas. Secara objektif, aktivitas harian pasien tampak dibantu oleh keluarga, konjungtiva pucat, serta frekuensi napas meningkat menjadi 22x/menit setelah melakukan aktivitas.

Menurut Andriani & Hasanah (2023), ketidakpatuhan dalam menjalankan pengobatan pada pasien dengan gangguan metabolisme glukosa menyebabkan tidak adekuatnya jumlah insulin atau terjadinya resistensi insulin, sehingga glukosa yang berasal dari makanan bertahan di sirkulasi darah dan tidak dapat diserap oleh sel. Akibatnya, terjadi penumpukan glukosa ekstraseluler (hiperglikemia) yang meningkatkan tekanan osmotik plasma, sehingga menarik cairan intraseluler ke dalam vaskular. Proses ini memicu diuresis osmotik yang bermanifestasi sebagai poliuria (sering kencing) dan dehidrasi seluler yang memicu rasa haus berlebihan. Kondisi fluktuasi kadar glukosa yang tidak terkontrol inilah yang mendasari munculnya ketidakstabilan kadar glukosa darah. Di sisi lain

menurut Pradita dkk (2025), karena glukosa gagal masuk ke dalam sel otot, jaringan mengalami defisit bahan bakar utama untuk melakukan metabolisme aerob guna menghasilkan *adenosin trifofat* (ATP). Sebagai kompensasi, tubuh melakukan pemecahan cadangan lemak dan protein, namun proses ini tidak efisien dan menyebabkan kelelahan otot serta penurunan kekuatan fisik. Ketidakmampuan seluler dalam memproduksi energi kimiawi inilah yang menyebabkan tubuh tidak mampu mentoleransi beban aktivitas sehari-hari. Ketidakseimbangan antara suplai energi yang rendah dengan kebutuhan metabolik saat bergerak inilah yang secara klinis memunculkan masalah intoleransi aktivitas.

Menurut peneliti, penetapan kedua diagnosa tersebut pada Ny.S sudah sangat tepat dan sesuai dengan fakta klinis yang ditemukan di lapangan. Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah menjadi prioritas utama karena tingginya kadar glukosa darah acak (GDA) 285mg/dl dan adanya riwayat ketidakpatuhan dalam pengobatan yang dapat membahayakan kondisi pasien jika tidak segera ditangani. Peneliti juga berpendapat bahwa intoleransi aktivitas yang dialami pasien merupakan dampak sekunder dari proses penyakit Diabetes Mellitus yang tidak terkontrol, di mana kekurangan energi seluler dan kondisi konjungtiva yang pucat secara bersamaan menurunkan kemampuan fungsional pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. Dengan demikian, fakta klinis yang ditemukan telah selaras dengan teori sehingga diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah dan intoleransi aktivitas ditegakkan secara akurat sebagai dasar untuk melakukan perencanaan intervensi selanjutnya.

#### 4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada Ny.S disusun berdasarkan dua diagnosa utama yang telah ditetapkan, yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah dan intoleransi aktivitas. Perencanaan tindakan yang dilaksanakan selama 3x24 jam dengan fokus pada stabilisasi metabolik dan pemulihan kemampuan fungsional. Pada diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah, intervensi utama yang dipilih adalah manajemen hiperglikemia (I.03022), dengan tujuan mencapai kestabilan kadar glukosa darah (L.03022). Kriteria hasil yang ditargetkan sangat spesifik, meliputi penurunan keluhan mengantuk, pusing, fatigue dan xerostomia (mulut kering), dan sensasi dahaga (polidipsia) ke skala 5 (menurun), serta perbaikan kadar glukosa dalam darah dan jumlah urine ke skala 5 (membaik). Tindakan yang direncanakan mencakup observasi tanda dan gejala hiperglikemia, monitoring kadar gula darah secara berkala, pemberian cairan oral, serta edukasi intensif mengenai kepatuhan diet DM 3J (jumlah, jenis, jadwal). Selain itu, dilakukan kolaborasi pemberian terapi farmakologis berupa glimepiride 1x2 mg dan meformin 3x500 mg, serta pemberian cairan ringer laktat (RL) 28 tpm. Untuk diagnosa kedua, intoleransi aktivitas yang ditetapkan adalah manajemen energi (I.05178) dengan tujuan meningkatkan toleransi aktivitas (L.05047). Kriteria hasil meliputi peningkatan kemudahan beraktivitas mandiri sehari-hari, jarak berjalan, kebugaran tubuh ke skala 5 (meningkat), dan penurunan perasaan lemah dan dispnea setelah beraktivitas ke skala 5 (menurun), serta frekuensi napas ke skala 5 (membaik). Rencana tindakan melibatkan monitoring kelelahan fisik dan emosional, memfasilitasi aktivitas mobilitas bertahap mulai dari duduk di tempat tidur hingga berjalan di sekitar ruangan, serta menciptakan lingkungan yang

kondusif dan hipo-stimulus untuk mendukung waktu istirahat pasien. Selain itu pasien diberikan obat dimenhydrinate 3x50 mg untuk mengatasi keluhan pusing (mbliyur), sehingga pasien merasa lebih nyaman untuk memulai mobilisasi bertahap, dan vitamin b-complex 1x1 sebagai agen neurotropik untuk memperbaiki sistem saraf dan metabolisme energi.

Menurut Izza & Setya (2022), manajemen hiperglikemia diarahkan untuk Melakukan deteksi dan manajemen hiperglikemi guna untuk mencegah kondisi komplikasi akut, antara lain ketoasidosis diabetik serta sindrom hiperosmolar, edukasi merupakan pilar krusial. Menurut Pradita dkk (2025), kepatuhan diet DM 3J sangat menentukan keberhasilan terapi karena membantu mengontrol beban glikemik yang masuk ke dalam tubuh. Penggunaan obat antidiabetik oral seperti glimepiride memiliki mekanisme kerja dengan menginduksi aktivasi sel beta pankreas untuk mengeluarkan insulin, sementara metformin dapat memperbaiki respons insulin tubuh kombinasi intervensi farmakologis dan non-farmakologis (seperti rehidrasi oral/intravena) diperlukan untuk mengoreksi gangguan osmotik akibat hiperglikemia yang menyebabkan poliuria dan polidipsia. Menurut Veby (2024), intoleransi aktivitas pada penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 mengalami defisit energi karena glukosa tidak dapat berpenetrasi ke dalam sel otot secara optimal. Intervensi manajemen energi dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2021), difokuskan pada penghematan energi dan peningkatan daya tahan tubuh melalui latihan bertahap. Teknik mobilisasi dini secara progresif terbukti dapat meningkatkan sirkulasi darah dan mencegah atrofi otot serta kelemahan lebih lanjut pada pasien rawat inap. Keseimbangan antara periode istirahat yang cukup dengan aktivitas yang terukur sangat penting untuk dapat

mencegah kelelahan berlebih yang dapat memicu stres metabolik pada pasien diabetes.

Menurut peneliti, intervensi keperawatan yang direncanakan pada Ny. S sudah sangat relevan, berbasis teori, dan realistis untuk diterapkan sesuai dengan kondisi klinis pasien guna mencapai kestabilan kadar glukosa darah serta meningkatkan kemampuan fungsional. Intervensi ini disusun secara sistematis berdasarkan pedoman Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang diselaraskan dengan kriteria hasil pada SLKI. Pada diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah, pemilihan intervensi manajemen hiperglikemia (I.03115) dinilai sangat tepat karena pasien datang dengan kondisi GDA yang tinggi (285 mg/dl) disertai gejala khas seperti polidipsia, poliuria, dan lemas. Peneliti berpendapat bahwa fokus pada pemantauan kadar glukosa secara berkala dan edukasi pengelolaan diet DM 3J (jumlah, jenis, jadwal) merupakan kunci utama, mengingat riwayat pasien yang sebelumnya tidak patuh dalam pengobatan. Kolaborasi pemberian obat antidiabetik oral seperti glimepiride dan metformin juga menjadi langkah krusial untuk menekan resistensi insulin yang menjadi etiologi utama masalah ini. Namun, terdapat beberapa intervensi dalam SIKI yang tidak dicantumkan karena disesuaikan dengan kebutuhan pasien di Puskesmas, seperti instruksi pengelolaan tipe pompa insulin atau pemantauan keton urine yang memang tidak diindikasikan pada kondisi Ny. S saat ini. Pada diagnosa intoleransi aktivitas, pemilihan intervensi manajemen energi (I.05178) dinilai sangat sesuai karena pasien mengalami kelemahan fisik akibat kelemahan, yang ditandai dengan pasien merasa lemas setelah melakukan aktivitas. Menurut peneliti, pendekatan melalui aktivitas bertahap dan pemantauan pola tidur

sangatlah efektif untuk menghemat cadangan energi pasien yang terbatas. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur hingga mobilisasi mandiri ke kamar mandi merupakan bentuk progresivitas intervensi yang sangat logis untuk memulihkan kekuatan otot pasien yang berada pada skala 4 menuju skala 5. Meskipun demikian, peneliti tidak mencantumkan intervensi seperti penggunaan alat bantu jalan yang kompleks, karena kondisi pasien masih mampu melakukan mobilisasi mandiri seiring dengan membaiknya status metabolisme dan asupan nutrisi. Secara keseluruhan, peneliti menilai bahwa rangkaian intervensi yang dirancang telah mencakup aspek observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi secara komprehensif

#### 4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada Ny. S dilaksanakan secara komprehensif selama 3x24 jam (22–24 Desember 2025). Pada diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah, peneliti melaksanakan tindakan monitoring kadar GDA yang menunjukkan angka awal 285 mg/dl, memantau gejala hiperglikemia (polidipsia, poliuria, lemas), memberikan terapi cairan intravena RL 28 tpm, serta berkolaborasi dalam pemberian obat antidiabetik oral (metformin 500 mg dan glimepiride 2 mg). Peneliti juga mengimplementasikan edukasi diet DM 3J (jumlah, jenis, jadwal). Pada diagnosa intoleransi aktivitas, implementasi difokuskan pada pemantauan pola istirahat akibat nokturia, membantu pemenuhan kebutuhan ADL (*activity of daily living*), serta memfasilitasi mobilisasi bertahap. Hasil pada hari ketiga menunjukkan penurunan GDA menjadi 200 mg/dl, pasien mampu menghabiskan 1 porsi makan, dan dapat berjalan mandiri ke kamar mandi tanpa keluhan pusing.

Menurut Izza & Setya (2022), manajemen hiperglikemia bertujuan untuk mengembalikan homeostatis glukosa dan mencegah komplikasi akut seperti ketoasidosis diabetik. Teori patofisiologi DM Tipe 2 menjelaskan bahwa resistensi insulin menyebabkan glukosa menumpuk dalam darah (hiperglikemia), yang memicu diuresis osmotik (poliuria) sehingga pasien membutuhkan rehidrasi cairan yang adekuat. Terapi farmakologis seperti metformin bekerja dengan meningkatkan sensitivitas insulin, sementara glimepiride merangsang sekresi insulin dari sel beta pankreas. Menurut Fransiskus & Elmas (2025), terkait dengan intoleransi aktivitas, teori keperawatan menyebutkan bahwa kelelahan pada pasien diabetes mellitus tipe 2 bersifat multifaktorial, selain karena defisit energi seluler, gangguan tidur akibat nokturia (sering kencing di malam hari) secara signifikan menurunkan cadangan energi fungsional. Oleh karena itu, strategi *energy conservation* (konservasi energi) melalui pengaturan jadwal istirahat dan aktivitas bertahap sangat diperlukan untuk meningkatkan toleransi otot terhadap beban kerja fisik secara perlahan tanpa menyebabkan stres metabolik.

Menurut peneliti, implementasi yang dilakukan sudah sangat sistematis dan menunjukkan integrasi yang kuat antara aspek klinis dan edukatif. Peneliti menilai bahwa keberhasilan penurunan GDA dari 285 mg/dl ke 200 mg/dl bukan hanya hasil dari terapi obat, tetapi juga dipengaruhi oleh keberhasilan peneliti dalam meyakinkan pasien untuk mematuhi diet 3J yang sebelumnya sering dilanggar. Peneliti berpendapat bahwa fokus pada perbaikan pola tidur di hari pertama merupakan langkah strategis yang tepat, karena dengan kualitas istirahat yang lebih baik, pasien memiliki kesiapan fisik yang lebih optimal untuk memulai latihan mobilisasi pada hari berikutnya. Peneliti juga menilai bahwa sikap

kooperatif Ny. S dan dukungan keluarga dalam memantau asupan makanan menjadi faktor pendukung utama lancarnya implementasi ini. Secara keseluruhan, peneliti berkeyakinan bahwa seluruh tindakan yang dilakukan telah memenuhi standar kualitas asuhan keperawatan, di mana evaluasi hari ketiga membuktikan bahwa intervensi tersebut efektif memandirikan pasien dan menstabilkan kondisi metaboliknya sebelum pulang.

#### 4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada Ny. S dilakukan selama 3x24 jam menggunakan metode dokumentasi subjektif, objektif, *assessment, plannig* (SOAP). Berdasarkan catatan perkembangan hari ketiga (24 Desember 2025), masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah dinyatakan teratasi. Faktanya, kadar GDA pasien turun dari 285 mg/dl menjadi 200 mg/dl, keluhan haus dan keadaan lemah menurun, serta pasien kooperatif menjalankan diet DM 3J dengan menghabiskan 1 porsi makan. Kriteria hasil yang tercapai meliputi: koordinasi meningkat (skor 5), rasa kantuk menurun (skor 5), pening menurun (skor 5), lelah/lesu menurun (skor 5), mukosa kering menurun (skor 5), rasa dahaga menurun (skor 4), kadar glukosa darah cukup membaik (skor 4), diuresis membaik (skor 5). Sementara itu, pada masalah intoleransi aktivitas juga dinyatakan teratasi pada hari ketiga. Pasien melaporkan sudah tidak pusing, frekuensi napas stabil di angka 20x/menit, dan kekuatan otot ekstremitas meningkat menjadi skala 5 (normal). Pasien terbukti mampu melakukan mobilisasi mandiri ke kamar mandi. Kriteria hasil yang tercapai yaitu: kemudahan dalam aktivitas harian meningkat (skor 5), jarak berjalan meningkat (skor 5), kekuatan otot tungkai bawah meningkat (skor 5),

perasaan lemah menurun (skor 5), sesak setelah aktivitas menurun (skor 5), frekuensi napas (skor 5) membaik.

Menurut Veby (2024), evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan untuk menilai efektivitas intervensi dengan membandingkan respons pasien terhadap kriteria hasil yang telah ditetapkan. Menurut Iin (2022), keberhasilan manajemen hiperglikemia tidak hanya dinilai dari angka glukometer semata, tetapi juga dari hilangnya gejala osmotik (haus dan lapar berlebih) serta perbaikan status nutrisi yang ditandai dengan kembalinya nafsu makan. Menurut Pradita dkk (2025), pada aspek intoleransi aktivitas, perbaikan kriteria hasil ditandai dengan menurunnya kelemahan. Ketika kadar glukosa darah mulai stabil, sel-sel tubuh kembali mendapatkan asupan energi yang cukup melalui proses metabolisme yang benar, sehingga kekuatan otot meningkat dan kelelahan (fatigue) menurun. Pemulihan frekuensi napas dan kemampuan mobilisasi mandiri tanpa keluhan penyerta merupakan indikator utama bahwa toleransi aktivitas pasien telah kembali optimal.

Menurut peneliti, evaluasi keperawatan yang dilakukan selama tiga hari menunjukkan pada Ny. S menunjukkan hasil yang sangat memuaskan dan sepenuhnya sesuai dengan target luaran yang ditetapkan. Peneliti berpendapat bahwa keberhasilan evaluasi pada diagnosa ketidakstabilan glukosa darah merupakan dampak langsung dari integrasi yang tepat antara terapi farmakologis (metformin & glimepiride) dengan edukasi diet yang konsisten. Turunnya kadar gula darah ke angka 200 mg/dl dipandang sebagai kemajuan signifikan bagi pasien yang sebelumnya memiliki riwayat tidak patuh pengobatan. Peneliti juga menilai bahwa teratasinya intoleransi aktivitas pada hari ketiga membuktikan

bahwa strategi mobilisasi bertahap yang diterapkan peneliti sangat efektif. Keberhasilan pasien berjalan mandiri ke kamar mandi tanpa bantuan menunjukkan bahwa intervensi manajemen energi telah berhasil memulihkan kapasitas fisik pasien. Secara keseluruhan, peneliti berkeyakinan bahwa seluruh asuhan keperawatan yang diberikan telah tepat sasaran, sehingga keputusan untuk menghentikan intervensi dan memperbolehkan pasien pulang pada hari ketiga merupakan langkah klinis yang sangat beralasan dan didukung oleh data evaluasi yang kuat. Dengan demikian, asuhan keperawatan yang diberikan sudah tepat dan mendukung pemulihan pasien diabetes mellitus tipe 2, sesuai dengan teori, fakta, dan respons pasien selama perawatan.



## BAB 5

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

1. Pengkajian pada Ny. S menunjukkan keluhan utama lemas, pusing, haus (polidipsia) dan peningkatan miksi malam hari (nokturia). Data objektif menunjukkan kadar GDA tinggi (285 mg/dl), konjungtiva pucat, serta adanya cepat lelah saat beraktivitas ringan. Pasien memiliki riwayat ketidakpatuhan diet DM dan pengobatan sebelumnya.
2. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada Ny. S adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin dan ketidakpatuhan pengelolaan diet, serta intoleransi aktivitas berhubungan kelemahan fisik.
3. Intervensi keperawatan untuk masalah glukosa darah, intervensi meliputi manajemen hiperglikemia (monitoring GDA, edukasi diet DM 3J, dan kolaborasi terapi farmakologis). Untuk masalah intoleransi aktivitas, intervensi meliputi manajemen energi (monitoring kelelahan, pengaturan pola tidur, dan fasilitasi mobilisasi bertahap).
4. Implementasi keperawatan dilaksanakan selama 3x24 jam secara bertahap. Peneliti memfokuskan pada stabilitas metabolik melalui kolaborasi obat (metformin dan glimepiride) serta rehidrasi cairan intravena RL. Edukasi diet dan latihan mobilisasi dari duduk hingga berjalan mandiri dilakukan untuk meningkatkan kemandirian pasien.
5. Evaluasi keperawatan akhir menunjukkan kedua masalah keperawatan teratasi. Hal ini ditandai dengan penurunan GDA menjadi 200 mg/dl,

hilangnya keluhan haus dan lemas, serta peningkatan kekuatan otot skala 5 yang memungkinkan pasien melakukan mobilisasi mandiri ke kamar mandi tanpa adanya keluhan. Pasien dinyatakan dapat pulang dengan kondisi stabil.

## 5.2 Saran

### 1. Bagi Perawat

Sebagai upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 dengan memperkuat edukasi tentang pengelolaan diri di rumah, terutama dalam menjaga kepatuhan diet 3J dan rutin melakukan aktivitas jasmani ringan, dan disertai pengawasan nilai glukosa darah secara periodik dan pemantauan tanda-tanda kelelahan harus menjadi prioritas untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

### 2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Studi kasus ini berkontribusi sebagai sumber referensi untuk bahan riset selanjutnya sebagai acuan pengembangan penelitian mengenai intervensi keperawatan yang lebih spesifik dalam mengatasi masalah metabolisme energi pada pasien DM, misalnya melalui terapi relaksasi untuk memperbaiki pola tidur atau teknik latihan fisik spesifik yang aman bagi pasien dengan kondisi hiperglikemia

## DAFTAR PUSTAKA

- Adnyana, L. (2024) 'Penatalaksanaan Pasien Diabetes Mellitus Di Poliklinik Rumah Sakit Sanglah Denpasar', 7(September), pp. 186–193.
- Aji, G.T. (2022) 'Edukasi Kesehatan Penatalaksanaan Diabetes Mellitus. Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)', 5(November), pp. 3749–3761.
- Alam Uazman (2023) 'General aspects of diabetes mellitus', *Handbook of Clinic Neurology*, 126, p. 12.
- Amananti, W. (2024) 'Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus di RS Reksa Waluya', *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 4(02), pp. 7823–7830.
- Arini, H.N., Anggorowati, A. and Pujiastuti, R.S.E. (2022) 'Dukungan keluarga pada lansia dengan Diabetes Melitus Tipe II: Literature review', *NURSCOPE: Jurnal Penelitian dan Pemikiran Ilmiah Keperawatan*, 7(2), p. 172. Available at: <https://doi.org/10.30659/nurscope.7.2.172-180>.
- Fitriani Nasution (2021) 'FAKTOR RISIKO KEJADIAN DIABETES MELLITUS (Risk Factors for The Event of Diabetes Mellitus) .Sekolah Tinggi Kesehatan Indah Medan', 17(2), p. 302.
- Fransiskus, L. and Elmas, Y. (2025) 'Asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe ii di ruang icu rumah sakit stella maris makassar'.
- Iin (2022) 'Asuhan Keperawatan Pada Ny.D Usia 36 Tahun Dengan Riwayat Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Manrtijeron Yogyakarta', (April), pp. 6–86.
- Izza, N. and Setya, A.Y.U. (2022) 'Pengaruh Edukasi Foot Care By Family Terhadap Perbaikan Ankle Brachial Index Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Puskesmas Kebonsari Surabaya'.
- Keperawatan, M. and Ernawati, N. (2022) 'Evaluasi Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Di Puskesmas Gayam', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, pp. 8–13.
- Kusuma Erik (2022) 'Edukasi Pencegahan Dan penanganan Diabetes Mellitus Serta Skrinning Penderita Diabetes Mellitus', *Jurnal Kreativitas Dan Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 5(September), p. 124.
- Laudya, L. and Prasetyo, A. (2020) 'Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Komplikasi Diabetes Mellitus Dengan Pencegahan Komplikasi Pada Pasien Diabetes Mellitus di Puskesmas Cilacap Selatan 1', *Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Al-Irsyad Al-Islamiyah Cilacap*, 2, p. 11.
- Moewardi, R. (2023) 'Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Komplikasi pada Pasien Diabetes Mellitus di RSUD Dr . Moewardi Factor Affecting Complications in Diabetes Mellitus Patients in', 20(1), pp. 27–35.
- Pradana, D. *et al.* (2022) 'Klasifikasi Penyakit Diabetes Mellitus Menggunakan

Metode Artificial Neural Network’, *Indonesian Journal of Data and Science*, 3(2), pp. 55–60. Available at: <https://doi.org/10.56705/ijodas.v3i2.35>.

- Pradita, G., Marta, J. and Kep, S. (2025) ‘Karya Ilmiah Akhir Studi Kasus Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Rumah Sakit Swasta Surabaya’, *KELUWIH: Jurnal Kesehatan dan Kedokteran* [Preprint].
- Prawitasari, D.S. (2023) ‘Diabetes Melitus dan Antioksidan’, *Jurnal Kesehatan dan Kedokteran*, 1(1), pp. 48–52.
- Putri, A.A. and Aprilla, N. (2024) ‘Asuhan Keperawatan Pada Ny . T Dengan Diabetes Mellitus Tipe Ii Di Ruang Pejuang RSUD Bangkinang Tahun 2024’, 3, pp. 386–394.
- Raharjo, M. (2022) ‘Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Ny . N Dengan Diabetes Melitus Di Ruang Kirana Rumah Sakit Asuhan Keperawatan Ny . N Dengan Diabetes’, p. 103.
- Roifah Ifa (2022) ‘Analisis Hubungan Lama Menderita Diabetes Mellitus Dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus’, 4(2), pp. 7–13.
- Roslina Dewi (2024) *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus*.
- Sulle, A.D.E.P. and Monika, A. (2024) *Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien Ny. N Dengan Diabetes Melitus Tipe Ii Di Ruang Icu Rumah Sakit Bhayangkara Makassar*.
- Susanto, A. (2022) ‘Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Glukos Darah Pada Pasien Tn.D Dengan Diabetes Mellitus Tipe II Di RSI Banjarnegara’, 3(5), pp. 6361–6366.
- Veby (2024) ‘Karya Ilmiah Akhir Studi Kasus Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Ruang Perawatan Lantai 8 East RS Swasta Surabaya’, *Kesehatan* [Preprint].
- Adnyana, L. (2024) ‘Penatalaksanaan Pasien Diabetes Mellitus Di Poliklinik Rumah Sakit Sanglah Denpasar’, 7(September), pp. 186–193.
- Aji, G.T. (2022) ‘Edukasi Kesehatan Penatalaksanaan Diabetes Mellitus. Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)’, 5(November), pp. 3749–3761.
- Alam Uazman (2023) ‘General aspects of diabetes mellitus’, *Handbook of Clinic Neurology*, 126, p. 12.
- Amananti, W. (2024) ‘Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus di RS Reksa Waluya’, *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 4(02), pp. 7823–7830.
- Arini, H.N., Anggorowati, A. and Pujiastuti, R.S.E. (2022) ‘Dukungan keluarga pada lansia dengan Diabetes Melitus Tipe II: Literature review’, *NURSCOPE: Jurnal Penelitian dan Pemikiran Ilmiah Keperawatan*, 7(2), p. 172. Available at: <https://doi.org/10.30659/nurscope.7.2.172-180>.

- Fitriani Nasution (2021) 'Faktor Risiko Kejadian Diabetes Mellitus (Risk Factors for The Event of Diabetes Mellitus) .Sekolah Tinggi Kesehatan Indah Medan', 17(2), p. 302.
- Fransiskus, L. and Elmas, Y. (2025) 'Asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe ii di ruang icu rumah sakit stella maris makassar'.
- In (2022) 'Asuhan Keperawatan Pada Ny.D Usia 36 Tahun Dengan Riwayat Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Manrtijeron Yogyakarta', (April), pp. 6–86.
- Izza, N. and Setya, A.Y.U. (2022) 'Pengaruh Edukasi Foot Care By Family Terhadap Perbaikan Ankle Brachial Index Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Puskesmas Kebonsari Surabaya'.
- Keperawatan, M. and Ernawati, N. (2022) 'Evaluasi Keperawatan Pada Pasien Diabates Mellitus Di Puskesmas Gayam', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, pp. 8–13.
- Kusuma Erik (2022) 'Edukasi Pencegahan Dan penanganan Diabetes Mellitus Serta Skrining Penderita Diabates Mellitus', *Jurnal Kreativitas Dan Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 5(September), p. 124.
- Laudya, L. and Prasetyo, A. (2020) 'Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Komplikasi Diabates Mellitus Dengan Pencegahan Komplikasi Pada Pasien Diabates Mellitus di Puskesmas Cilacap Selatan 1', *Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Al-Irsyad Al-Islamiyah Cilacap*, 2, p. 11.
- Moewardi, R. (2023) 'Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Komplikasi pada Pasien Diabetes Mellitus di RSUD Dr . Moewardi Factor Affecting Complications in Diabetes Mellitus Patients in', 20(1), pp. 27–35.
- Pradana, D. *et al.* (2022) 'Klasifikasi Penyakit Diabetes Mellitus Menggunakan Metode Artificial Neural Network', *Indonesian Journal of Data and Science*, 3(2), pp. 55–60. Available at: <https://doi.org/10.56705/ijodas.v3i2.35>.
- Pradita, G., Marta, J. and Kep, S. (2025) 'Karya Ilmiah Akhir Studi Kasus Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Rumah Sakit Swasta Surabaya', *KELUWIH: Jurnal Kesehatan dan Kedokteran* [Preprint].
- Prawitasari, D.S. (2023) 'Diabetes Melitus dan Antioksidan', *Jurnal Kesehatan dan Kedokteran*, 1(1), pp. 48–52.
- Putri, A.A. and Aprilla, N. (2024) 'Asuhan Keperawatan Pada Ny . T Dengan Diabetes Mellitus Tipe Ii Di Ruangan Pejuang RSUD Bangkinang Tahun 2024', 3, pp. 386–394.
- Raharjo, M. (2022) 'Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Ny . N Dengan Diabetes Melitus Di Ruang Kirana Rumah Sakit Asuhan Keperawatan Ny . N Dengan Diabetes', p. 103.
- Roifah Ifa (2022) 'Analisis Hubungan Lama MenderitaDiabetes Mellitus Dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus', 4(2), pp. 7–13.

- Roslina Dewi (2024) *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus*.
- Sulle, A.D.E.P. and Monika, A. (2024) *Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien Ny. N Dengan Diabetes Mellitus Tipe Ii Di Ruang Icu Rumah Sakit Bhayangkara Makassar*.
- Susanto, A. (2022) 'Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Glukos Darah Pada Pasien Tn.D Dengan Diabetes Mellitus Tipe II Di RSI Banjarnegara', 3(5), pp. 6361–6366.
- Veby (2024) 'Karya Ilmiah Akhir Studi Kasus Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Tipe 2 Di RuangPerawatan Lantai 8 East RS Swasta Surabaya', *Kesehatan* [Preprint].



## LAMPIRAN

## Lampiran 1. Lembar Jadwal Kegiatan

No	Kegiatan	Tabel																							
		Tahun 2025																Tahun 2026							
		September				Oktober				November				Desember				Januari				Februari			
		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 KIA																								
2.	Bimbingan proposal																								
3.	Pendaftaran ujian proposal																								
4.	Ujian proposal																								
5.	Uji etik dan revisi proposal																								
6.	Pengambilan dan pengolahan data																								
7.	Bimbingan hasil																								
8.	Pendaftaran ujian sidang KIA																								
9.	Ujian sidang KIA																								
10.	Revisi KIA																								
11.	Penggandaan, plagscan, dan pengumpulan KIA																								

## Lampiran 2. Lembar Penjelasan Penelitian

**LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Okky Widya Destarani

NIM : 256410027

Program Studi : Profesi Ners

Saya saat ini sedang melakukan penelitian dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 (Di Puskesmas Kesamben Jombang)".

Berikut penjelasan terkait keikutsertaan pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 sebagai responden :

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Mellitus Tipe 2 di Puskesmas Kesamben Jombang.
2. Apabila selama penelitian responden merasa tidak nyaman, responden mempunyai hak untuk mengatakannya kepada peneliti.
3. Keikutsertaan responden pada penelitian ini bukanlah suatu paksaan melainkan atas dasar suka rela, oleh karena itu responden berhak untuk melanjutkan atau menghentikan keikutsertaannya karena alasan tertentu dan telah dikomunikasikan dengan peneliti terlebih dahulu.
4. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan dalam bentuk kode-kode dalam forum ilmiah khususnya ITSKes ICMes Jombang.

Demikian penjelasan mengenai penelitian ini disampaikan. Saya berharap kepada calon responden dalam penelitian ini. Atas kesediaanya saya ucapkan terimakasih.

Jombang, 25 September 2025

Peneliti

(Okky Widya Destarani)

Lampiran 3. Lembar Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN  
(INFORMED CONSENST)**

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Pekerjaan :

Alamat :

Menyatakan (**Bersedia / Tidak Bersedia**) menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh Okky Widya Destarani, Mahasiswa Profesi Ners ITSKes ICMe Jombang, dengan judul :

”Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 (Di Puskesmas Kesamben Jombang)”.

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sadar, tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Kesamben,.....2025

Responden

(.....)

Lampiran 4. Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

**ASUHAN KEPERAWATAN**

PADA PASIEN.....

DENGAN DIAGNOSA MEDIS.....

DI RUANG.....

**DEPARTEMEN  
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**



**Disusun Oleh :**

.....

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG  
2025/2026**



**PENGALAMAN BELAJAR PROFESI  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG**  
Kemuning NP. 57 A Candimulyo Jombang, Telp. 0321-84994886  
Email: stikes.icme@yahoo.com

**Asuhan Keperawatan pada pasien .....  
Dengan Diagnosa Medis .....  
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 penyakit sekarang | : | ..... |
| 3. Riwayat Kesehatan dahulu  | : | ..... |
| 4. Riwayat penyakit keluarga | : | ..... |

## H. Pola Fungsi Kesehatan

### 1. Persepsi dan pemeliharaan Kesehatan

- Merokok : jumlah : ..... jenis : ..... ketergantungan : .....
- Alkohol : jumlah : ..... jenis : ..... ketergantungan : .....
- Obat-obatan : jumlah : ..... jenis : ..... ketergantungan : .....
- Alergi : .....
- Harapan dirawat di RS : .....
- Pengetahuan tentang penyakit : .....
- Pengalaman tentang keamanan dan kesehatan : .....

### 2. Nutrisi dan metabolic

- Jenis diet : .....
- Diet/pantanga : .....
- Jumlah porsi : .....
- Nafsu makan : .....
- Kesulitan menelan : .....
- Jumah cairan/minum : .....
- Jenis cairan : .....
- Data lain : .....

### 3. Aktivitas dan latihan

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

Keterangan :

0 (mandiri), 1 (menggunakan alat bantu), 2 (dibantu orang), 3 (dibantu orang lain dan alat), 4 (tergantung total)

### 4. Tidur dan istirahat

- Kebiasaan tidur : .....
- Lama tidur : .....
- Masalah tidur : .....
- Data lain : .....

### 5. Eliminasi

- Kebiasaan defeskasi : .....
- Pola defekasi : .....
- Warna feses : .....
- Kolostomi : .....
- Kebiasaan miki : .....
- Pola miksi : .....
- Warna urine : .....

- h. Jumlah urine : .....
- i. 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. Peran saat ini : .....
- b. Penampilan peran : .....
- c. Sistem pendukung : .....
- d. Interaksi dengan orang lain : .....
- e. 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 dianuti : .....
- b. Nilai/keyakinan terhadap penyakit : .....
- I. Pengkajian
- a. Vital sign
- Tekanan darah : ....., nadi : ....., suhu: ....., rr.....
- b. Kesadaran : .....
- GCS : .....
- c. Keadaan umum
- a. Status gizi : gemuk, normal, kurus
- b. Berat badan : ....., tinggi badan : .....

## c. 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 dada : .....

- c. Kedalaman nafas : .....
- d. Jenis pernafasan : .....
- e. Pola nafas : .....
- f. Retraksi dada : .....
- g. Irama nafas : .....
- h. Ekspansi paru : .....
- i. Vocal fremitus : .....
- j. Nyeri : .....
- k. Data lain : .....
- Jantung
- a. Ictus cordis : .....
- b. Nyeri : .....
- c. Batas jantung : .....
- d. Bunyi jantung : .....
- e. Suara tambahan : .....
- f. 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 : .....





**II. ANALISA DATA**

NO.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
 The logo of Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Jombang is a purple shield-shaped emblem with a yellow border. It features a central white brain with a yellow and blue molecular structure on top, held by a white hand. A yellow crescent moon is positioned to the left of the brain. The text "INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN" is written in white along the top curve, and "INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG" is written along the bottom curve, with two yellow stars on either side.			

**III. DIAGNOSA KEPERAWATAN (SESUAI PRIORITAS)**

1. ....  
.....  
.....
2. ....  
.....  
.....
3. ....  
.....  
.....



**IV. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

<b>NO.</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN (SDKI)</b>	<b>TUJUAN DAN KRITERIA HASIL (SLKI)</b>	<b>INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)</b>
 The logo is a purple shield-shaped emblem with a yellow border. It features a central white brain with a yellow crescent moon above it and a white hand holding the brain from below. The text "INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN" is written in white along the top curve, and "INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG" is written along the bottom curve, with two yellow stars on either side.			

**V. IMPLEMENTASI**

NO.DX	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
				

**VI. EVALUASI KEPERAWATAN**

NO.	NO.DX	HARI/TGL	JAM	EVALUASI	PARAF
					

## Lampiran 5. Lembar Pengecekan Judul



**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 : Okky Widya Destarani  
 NIM : 256410027  
 Prodi : Profesi Ners  
 Tempat/Tanggal Lahir: Trenggalek, 22 Desember 2002  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Alamat : Dsn.Wuluh, RT 004/RW 003, Ds.Wuluh, Kec.Kesamben,  
 Kab.Jombang  
 No.Tlp/HP : 0851937895752  
 email : okkywidya22@gmail.com  
 Judul Penelitian : **Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diabetes Mellitus  
 Tipe 2 (Di Puskesmas Kesamben Jombang)**

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

Jombang, 21 Januari 2026

Mengetahui,  
Kepala Perpustakaan

  
**Dwi Nuriana, M.IP**  
**NIK.01.08.112**

## Lampiran 6. Lembar Bimbingan KIA Pembimbing 1

**LEMBAR BIMBINGAN KIA**

















Nama Mahasiswa : Okky Widya Destarani  
 NIM : 256410027  
 Program Studi : Profesi Ners  
 Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 (Di Puskesmas Kesamben Jombang)  
 Nama Pembimbing : Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Hasil Bimbingan	Tanda Tangan
1.	22-09-2025	Pengajuan judul KIA	
2.	23-09-2025	ACC Judul KIA	
3.	07-10-2025	Bimbingan BAB 1 dan 2	
4.	15-10-2025	Revisi BAB 1 dan 2	
5.	21-10-2025	ACC BAB 1 dan 2	
6.	05-11-2025	Bimbingan BAB 3	
7.	11-11-2025	Revisi BAB 3	
8.	14-11-2025	Revisi BAB 1,2,3	
9.	17-11-2025	ACC Seminar Proposal	
10.	05-01-2026	Bimbingan BAB 4	
11.	08-01-2026	Revisi BAB 4	
12.	19-01-2026	ACC BAB 4, Bimbingan Pembahasan	
13.	26-01-2026	Revisi Pembahasan	
14.	02-01-2026	ACC Pembahasan, Bimbingan BAB 5	
15.	09-02-2026	ACC BAB 5, Bimbingan Abstrak dan Lampiran	
16.	10-02-2026	ACC Seminar Hasil	

## Lampiran 7. Lembar Bimbingan KIA Pembimbing 2

**LEMBAR BIMBINGAN KIA**

Nama Mahasiswa : Okky Widya Destarani  
 NIM : 256410027  
 Program Studi : Profesi Ners  
 Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 (Di Puskesmas Kesamben Jombang)  
 Nama Pembimbing : Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Hasil Bimbingan	Tanda Tangan
1.	22-09-2025	Pengajuan judul KIA	
2.	23-09-2025	ACC Judul KIA	
3.	07-10-2025	Bimbingan BAB 1 dan 2	
4.	15-10-2025	Revisi BAB 1 dan 2	
5.	21-10-2025	ACC BAB 1 dan 2	
6.	05-11-2025	Bimbingan BAB 3	
7.	11-11-2025	Revisi BAB 3	
8.	14-11-2025	Revisi BAB 1,2,3	
9.	17-11-2025	ACC Seminar Proposal	
10.	05-01-2026	Bimbingan BAB 4	
11.	08-01-2026	Revisi BAB 4	
12.	19-01-2026	ACC BAB 4, Bimbingan Pembahasan	
13.	26-01-2026	Revisi Pembahasan	
14.	02-01-2026	ACC Pembahasan, Bimbingan BAB 5	
15.	09-02-2026	ACC BAB 5, Bimbingan Abstrak dan Lampiran	
16.	10-02-2026	ACC Seminar Hasil	

## Lampiran 6. Lembar Uji Etik



**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN**  
**HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE**

**Institut Teknologi 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. 479/KEPK/ITSKES-ICME/I/2026**

Komite Etik Penelitian Kesehatan Institut Teknologi 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 Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 (Di  
Puskesmas Kesamben Jombang)**

Peneliti Utama : Okky Widya Destarani, S.Kep  
*Principal Investigator*

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

Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : Puskesmas Kesamben, Jombang  
*Setting of Research*

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



Jombang, 27 Januari 2026  
Ketua,



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

## Lampiran 7. Lembar Izin Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG  
DINAS KESEHATAN  
PUSKESMAS KESAMBEN**

Jl. Raya Kesamben No. 3A Kecamatan Kesamben Kode Pos : 61484  
Telp. 081554974547 Fax - pos-el : pkmkesamben@gmail.com  
Laman : puskesmaskesamben.jombangkab.go.id

**SURAT KETERANGAN**

Nomor : 400.7.22 / 20100 /415.17.25 /2025

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala Puskesmas Kesamben, menerangkan bahwa :

Nama : OKKY WIDYA DESTARANI  
NIM : 256410027  
Program studi : Profesi Ns. ITSkes Jombang

Benar-benar telah melakukan pengumpulan data 10 besar penyakit yang ada di Puskesmas Kesamben mulai bulan Januari s/d Desember 2024 dan bulan Juni s/d bulan Agustus 2025.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 18 September 2025

Kepala Puskesmas Kesamben

dr. HELENA AGESTINE MAYANG SARI  
NIP. 198508172011012010

## Lampiran 8. Lembar Bebas 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 : 157/AK/072039/IV/2026

Yang bertanda tangan dibawah ini :

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

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama Lengkap : Okky Widya Destarani  
 NPM : 256410027  
 Program Studi : Profesi Ners  
 Fakultas : Kesehatan  
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diabetes  
 Mellitus Tipe 2 (di Puskesmas Kesamben Jombang)

Telah melalui proses Check Plagiasi dan dinyatakan **BEBAS PLAGIASI** dengan persentase kemiripan sebesar **17%**.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 29 April 2026

Wakil Rektor I



Dr. Lusianah Meinawati, SST., M.Kes

NIDN. 0718058503

## Lampiran 9. Lembar Digital Receipt



## 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: ITKes ICMe Jombang  
Assignment title: 2. 유사도 검사 시 DB 미 저장 (No Repository)  
Submission title: OKKY WIDYA DESTARANI.doc  
File name: OKKY\_WIDYA\_DESTARANI.doc  
File size: 1.84M  
Page count: 94  
Word count: 17,259  
Character count: 109,362  
Submission date: 16-Apr-2026 03:23PM (UTC+0900)  
Submission ID: 2866797957



## Lampiran 10. Lembar Hasil Turnitin

OKKY WIDYA DESTARANI.doc

## ORIGINALITY REPORT

<b>17%</b>	<b>15%</b>	<b>5%</b>	<b>8%</b>
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

## PRIMARY SOURCES

<b>1</b>	<b>repository.itskesicme.ac.id</b> Internet Source	<b>2%</b>
<b>2</b>	<b>Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan</b> Student Paper	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>dspace.umkt.ac.id</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>Submitted to Universitas Muslim Indonesia</b> Student Paper	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>repository.bku.ac.id</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>repository.stikstellamarismks.ac.id</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Tengah</b> Student Paper	<b>&lt;1%</b>
<b>8</b>	<b>repository.poltekeskupang.ac.id</b> Internet Source	<b>&lt;1%</b>

**repository.stikessaptabakti.ac.id**

## Lampiran 11. Lembar Pernyataan Kesiediaan Unggah Karya Ilmiah Akhir

**SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Okky Widya Destarani

NIM : 256410027

Program Studi : Profesi Ners

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

"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 (Di Puskesmas Kesamben Jombang)"

Merupakan karya tulis ilmiah bukan milik orang lain yang secara keseluruhan adalah asli hasil karya penelitian 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, 04 Mei 2026

Yang Menyatakan  
Peneliti



(Okky Widya Destarani)

256410027