KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS TIPE II

(Studi Kasus Di Rsi Sakinah Mojokerto)

SADITA AGUS WAVI ANADIA
256410038

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

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS TIPE II

(Studi Kasus Di Rsi Sakinah Mojokerto)

KARYA ILMIAH AKHIR

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

SADITA AGUS WAVI ANADIA
256410038

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

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITI

Yang bertandah tangan di bawah ini :

Nama : Sadita Agus Wavi Anadia

Nim : 256410038

Program Studi : Profesi Ners

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah saya yang berjudul: " Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Tipe II (Studi Kasus Di RSI Sakinah Mojokerto)" Merupakan karya tulis ilmiah bukan milik orang lain yang secara keseluruhan adalah asli hasil karya Peneneliti, kecuali teori maupun kutipan yang mana telah disebutkan sumbernya oleh peneliti. 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, 09 Februari 2026

Yang Menyatakan

(Sadita Agus Wavi Anadia)

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertandah tangan dibawah ini

Nama : Sadita Agus Wavi Anadia

Nim : 256410038

Program Studi : Profesi Ners

Demi menyatakan bahwa karya ilmiah Akhir yang berjudul: " Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Tipe II (Studi Kasus Di RSI Sakinah Mojokerto)" merupakan murni hasil yang ditulis oleh peneliti atau bukan tugas akhir orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan saja yang mana telah disebutkan sumbernya oleh peneliti. Oleh karena itu, saya membuat Surat Pernyataan ini dengan jujur dan jika tidak benar, saya siap menerima sanksi.

Jombang, 09 Februari 2026

Yang Menyatakan

(Sadita Agus Wavi Anadia)

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Tipe II (Studi Kasus Di RSI Sakinah Mojokerto)

Nama Mahasiswa : Sadita Agus Wavi Anadia

NIM : 256410038

TELAH DI SETUJUI KOMISI PEMBIMBING

PADA TANGGAL 05 FEBRUARI 2026

Pembimbing Ketua	Pembimbing Anggota
Dr. Muarrofah S.Kep.,Ns.,M.Kes	Maharani Tri Puspita S.Kep.,Ns.. M.M
NIDN. 0023127501	NIDN. 0728088806

Mengetahui

Dekan Fakultas Kesehatan ITSKES ICME Jombang	Ketua Program Studi ITSKES ICME Jombang
Inayatur Rosyidah, S. Kep.. Ns.. M.Kep	Dwi Prasetyaningati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0723048301	NIDN. 0708098201

LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir ini telah ajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Sadita Agus Wavi Anadia

NIM : 256410038

Program Studi : Profrsi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Tipe II (Studi Kasus di RSI Sakinah Mojokerto)

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 : Hindyah Ike S, S.Kep., Ns., M.Kep (.....)
NIDN. 0707057901

Penguji I : Dr. Muarrofah, S.Kep., Ns., M.Kes (.....)
NIDN. 0023127501

Penguji II : Maharani Tri P, S.Kep., Ns., M.MM (.....)
NIDN. 0728088806

Ditetapkan di : **JOMBANG**

Pada tanggal 24 Februari 2026

Mengetahui,

Dekan Fakultas Kesehatan ITSKes ICMe Jombang	Ketua Program Studi Profesi Ners
Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep	Dwi Prasetyaningati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0723048301	NIDN. 0708098201

RIWAYAT HIDUP

Peneliti Lahir Di Kabupaten Lamongan Pada Tanggal 31 Desember 2003 Berjenis Kelamin Perempuan, Peneliti Merupakan Anak Pertama Dari Bapak Agus Bambang Dan Ibu Rusbianing.

Tahun 2016 Peneliti Lulus Dari SD Kradenanrejo, Kemudian Pada 2018 Peneliti Lulus Dari SMP Terpadu Nurul Ummah, Pada 2021 Peneliti Lulus Dari MAN 2 Lamongan, Dan pada tahun 2025 penulis lulus Pendidikan Prodi S1 Ilmu Keperawatan di ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang, selanjutnya penulis melanjutkan Pendidikan Profesi Ners di ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang.

Jombang, 05 Februari 2026

Yang Menyatakan

Peneliti

(Sadita Agus Wavi Anadia)

PERSEMBAHAN

Puji syukur saya ucapkan kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat, hidayah serta karunianya sehingga peneliti dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Tipe II (Studi Kasus Di RSI Sakinah Mojokerto)" sesuai dengan yang dijadwalkan. Semoga karya ilmiah akhir ini dapat memberikan manfaat.

1. Kepada Ayah Saya Agus Bambang Hidayat Terimakasih Atas Setiap Lelah Yang Tak Pernah Ayah Ceritakan Serta Pengorbanan Yang Ayah Simpan Sendiri Demi Memastikan Peneliti Dapat Terus Melangkah, Doa Dan Keteguhan Ayah Menjadi Pondasi Kuat Dalam Setiap Perjalanan Hidup Peneliti.
2. Kepada Ibu Saya Rusbianing, Terimakasih Atas Cinta Yang Tak Bersyarat, Doa Yang Tak Pernah Putus, Dan Kesabaran Yang Tak Pernah Habis. Dalam Setiap Sujud Dan Pelukan Ibu, Aku Menemukan Kekuatan Untuk Bertahan Dan Keberanian Untuk Terus Melangkah.
3. Kepada Adikku Tersayang Ade Fajar Agus Sasuke Terimakasih Atas Keusilan Dan Keceriaan Yang Selalu Menjadi Penyemangat Dalam Setiap Proses Kehidupan Peneliti.
4. Kepada Calon Suami Saya Andika Septian Rudianto Terimakasih Telah Setia Menemani Peneliti Sejak Menempuh Pendidikan S1 Keperawatan Hingga Profesi Ners. Terima Kasih Atas Waktu, Kesabaran, Perhatian, Serta Doa Yang Senantiasa Menyertai Setiap Langkah Peneliti, Baik Dalam Proses Perkuliahan Maupun Penyusunan Karya Ini. Kehadiran Dan Kesabaran Yang Diberikan Menjadi Penguat Di Saat Peneliti Merasa Lelah Dan Ragu.
5. Dan Yang Terakhir Kepada Diri Saya Sendiri, Sadita Agus Wavi Anadia Terimakasih Sudah Bertahan Sejauh Ini. Terimakasih Karena Sudah Terus Berusaha Dan Tidak Menyerah, Serta Menikmati Segala Proses Yang Dibilang Tidak Mudah. Apresiasi Sebesar-Besarnya Karena Telah Bertanggung Jawab Menyelesaikan Apa Yang Telah Dimulai. Terimakasih Karena Telah Kuat Sampai Detik Ini, Yang Akhirnya Tidak Menyerah Sesulit Apapun Rintangannya, Yang Mampu Berdiri Tegak Ketika Dihantam Permasalahan Yang Ada.

MOTTO

“ Jadilah Diri Kita Sendiri Karena Itu Lebih Baik Daripada Berpura-Pura Menjadi Orang Lain Yang Baik *Create Your Own Destiny* ”

(Andika Septian Rudianto)

ABSTRAK

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

(Studi Kasus Di Sakinah Mojokerto)

Sadita Agus Wavi Anadia,Muarrofah,Maharani Tri Puspita
Profesi Ners Fakultas Kesehatan ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang
Email: Sadita Agus Wavi Anadia

Latar Belakang: Diabetes Melitus tipe 2 merupakan penyakit metabolik kronis yang ditandai dengan resistensi insulin yang menyebabkan hiperglikemia dan meningkatkan risiko komplikasi, salah satunya gangguan integritas kulit. Ketidakstabilan kadar glukosa darah yang berlangsung lama dapat memperlambat proses penyembuhan luka. **Tujuan**: Mendeskripsikan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus tipe 2 dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah dan gangguan integritas kulit. **Metode:** Penulisan ini menggunakan desain studi kasus pada satu pasien Diabetes Melitus tipe 2 yang dirawat di RSI Sakinah Mojokerto. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan telaah rekam medis. Proses keperawatan dilaksanakan sesuai standar 3S yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. **Hasil:** Pasien laki-laki berusia 64 tahun dengan riwayat Diabetes Melitus tipe 2 selama ±4 tahun mengalami hiperglikemia dengan kadar glukosa darah awal 354 mg/dl serta gangguan integritas kulit pada kaki berupa kulit kering, kemerahan, dan mengelupas. Diagnosis keperawatan yang ditegakkan adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah dan gangguan integritas kulit. Intervensi keperawatan meliputi pemantauan kadar glukosa darah, edukasi diet diabetes, peningkatan kepatuhan terapi, serta perawatan kulit. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4 hari kadar glukosa darah menurun hingga 97 mg/dl dan kondisi kulit pasien menunjukkan perbaikan.**Kesimpulan:** pengkajian menunjukkan adanya keluhan lemas, penurunan nafsu makan, serta kadar glukosa darah sewaktu sebesar 354 mg/dL disertai gangguan integritas kulit. Diagnosis keperawatan yang ditegakkan yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah dan gangguan integritas kulit. Intervensi keperawatan meliputi manajemen hiperglikemia, monitoring glukosa darah dan cairan, edukasi diet, serta perawatan kulit. Implementasi dilakukan selama 4 hari perawatan. Hasil evaluasi menunjukkan penurunan kadar glukosa darah hingga mencapai nilai normal serta perbaikan kondisi integritas kulit, sehingga sebagian besar tujuan keperawatan tercapai..

Kata Kunci: Diabetes Melitus Tipe 2, Intergritas Kulit, Dm

ABSTRACT

NURSING CARE FOR BLOOD GLUCOSE LEVEL INSTABILITY IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS PATIENTS

(At the Sakinah Islamic Hospital in Mojokerto)

Sadita Agus Wavi Anadia, Muarrofah, Maharani Tri Puspita
Profesi Ners Fakultas Kesehatan ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang
Email: Sadita Agus Wavi Anadia

Background *: Type 2 Diabetes Mellitus is a chronic metabolic disease characterized by insulin resistance that causes hyperglycemia and increases the risk of complications, one of which is impaired skin integrity. Long-term instability of blood glucose levels can slow the wound healing process.* ***Objective*** *: To describe the implementation of nursing care in patients with type 2 Diabetes Mellitus with problems of unstable blood glucose levels and impaired skin integrity****.*** ***Method****: This writing uses a case study design on one patient with type 2 Diabetes Mellitus who was treated at RSI Sakinah Mojokerto. Data collection was carried out through interviews, observations, physical examinations, and medical record reviews. The nursing process was carried out according to the 3S standard which includes assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation of nursing.* ***Results****: A 64-year-old male patient with a history of type 2 Diabetes Mellitus for ± 4 years experienced hyperglycemia with an initial blood glucose level of 354 mg/dl and impaired skin integrity on the feet in the form of dry, reddish, and peeling skin. The established nursing diagnoses were unstable blood glucose levels and impaired skin integrity. Nursing interventions included blood glucose monitoring, diabetes diet education, increased therapy compliance, and skin care. After 4 days of nursing care, blood glucose levels decreased to 97 mg/dL and the patient's skin condition showed improvement.* ***Conclusion****: The assessment showed complaints of weakness, decreased appetite, and a random blood glucose level of 354 mg/dL accompanied by impaired skin integrity. The established nursing diagnoses were unstable blood glucose levels and impaired skin integrity. Nursing interventions included hyperglycemia management, blood glucose and fluid monitoring, diet education, and skin care. Implementation was carried out for 4 days of treatment. The evaluation results showed a decrease in blood glucose levels to normal values and an improvement in skin integrity, so that most of the nursing goals were achieved.*

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus, Skin Integrity, DM

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat limpahan Rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan Judul Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Meilitus Tipe II (Studi Kasus Di Sakinah Mojokerto. Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Profesi Ners (Ns) pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Kesehatan ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang. Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terimakasih yang sebesar besarnya dengan hati yang tulus kepada Prof. Drs. Win Darmanto, M.Si.,Med.Sci.,Ph.D Selaku Rektor ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan, Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Dekan Fakultas Kesehatan dan Dwi Prasetyaningati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Profesi Ners, Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada Hindyah ike S,S,Kep.,Ns.,M,Kep selaku dewan penguji, serta Dr. Muarrofah S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku pembimbing utama dan Maharani Tri Puspita, S.Kep., Ns., M.M selaku pembimbing kedua yang telah memberikan waktu dan bimbingan kepada saya untuk menyelesaikan Karya Ilmiah akhir Ners saya.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini. Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Imiah Akhir Ners ini jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap Karya Ilmiah Akhir Ners ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Jombang, 05 Februari 2026

Peneliti

(Sadita Agus Wavi Anadia)

DAFTAR ISI

COVER DALAM ..... **ii**
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN ..... **iii**
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI ..... **iv**
LAMPIRAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR ..... **v**
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR ..... **vi**
RIWAYAT HIDUP ..... **vii**
PERSEMBAHAN ..... **viii**
MOTTO ..... **ix**
ABSTRAK ..... **x**
ABSTRACT ..... **xi**
KATA PENGANTAR ..... **xiii**
DAFTAR ISI ..... **xiv**
DAFTAR TABEL ..... **xvi**
DAFTAR GAMBAR ..... **xvii**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xv**
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN ..... **xviii**
BAB 1 PENDAHULUAN **1**
1.1 Latar belakang **1**
1.2 Rumusan masalah **4**
1.3 Tujuan penelitian **4**
1.4 Manfaat penelitian **5**
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA **6**
2.1 Konsep Diabetes **6**
2.1.1 Pengertian **6**
2.1.2 Etiologi **6**
2.1.3 Klasifikasi **7**
2.1 4 Patofisiologi **9**
2.1.5 Phatway **11**
2.1.6 Tanda dan gejala……**12**
2.1.7 Komplikasi **12**
2.1.8 Penatalaksanaan **13**
2.2 **Konsep Asuhan Keperawatan** **15**
2.2.1 Pengkajian **15**
2.2.2 Diagnosa Keperawatan **19**
2.2.3 Intervensi Keperawatan **20**
2.2.4 Implementasi Keperawatan .....Error! Bookmark not defined.**23**
2.2.5 Evaluasi Keperawatan **24**
BAB 3 ETODE PENELITIAN **25**
3.1 Desain Penelitian **25**
3.2 Batasan Istilah **25**
3.3 Partisipan **26**
3.4 Waktu Dan Lokasi Penelitian **26**
3.5 Jenis Dan Teknik Pengumpulan Data **27**
3.6 Uji Keabsahan Data **27**

3.7 Analisa Data **28**
3.8 Etika Penelitian **29**
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAAN **31**
4.1 Hasil **31**
4.2 Pembahasan **53**
4.2.1 Pengkajian **54**
4.2.2 Diagnosa keperawatan **55**
4.2.3 Intervensi keperawatan **59**
4.2.4 Implementasi keperawatan **61**
4.2.5 Evaluasi keperawatan **64**
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN **67**
5.1 Kesimpulan **67**
5.2 Saran **68**
DAFTAR PUSTAKA **69**
LAMPIRAN **71**

INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan 19
Tabel 2.2 Rencana Keperawataan 20
Tabel 4.1 Aktivitas fisik dan latihan 35
Tabel 4.2 Pemeriksaan penunjang 38
Tabel 4.3 Analisa data 38
Tabel 4.4 Intervensi Keperawatan 39
Tabel 4.5 Implementasi Keperawatan 41
Tabel 4.6 Evaluasi Keperawatan 46

INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Patway Diabetes Melitus 11

INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Penelitian 71
Lampiran 2 Penjelasan Dan Informasi 72
Lampiran 3 Pernyataan Persetujuan/ Inform Consent 73
Lampiran 4 Format Asuhan Keperawatan 74
Lampiran 5 Surat Pengecekan Judul 82
Lampiran 6 Lembar Bimbingan Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 1 83
Lampiran 7 Lembar Bimbingan Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 2 84
Lampiran 8 Izin Etik 85
Lampiran 9 Surat Izin Penelitian..... 86
Lampiran 10 Keterangan Bebas Plagiasi 88
Lampiran 10 Digital Receipt.....89
Lampiran 11 Presentase Turnitin.....90
Lampiran 12 Surat Pernyataan Kesediaan Unggah.....91

INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Daftar Lambang

% : Persentase

> : Lebih Dari

< : Kurang Dari

Daftar Singkatan

WHO :*Word Health Organization*.

PERKENI : Perkumpulan Endokrinologi Indonesia

KEMENKES :Kementrian Kesehatan

IMT : Indeks Masa Tubuh

KG : Kilo Gram

Mg : Miligram

DM : Diabetes Melitus

Px : Pasien

BAB 1
PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Diabetes melitus tipe II merupakan penyakit metabolik yang terjadi apabila tubuh tidak dapat menggunakan insulin secara efesien (*resistensi insulin*) namun pankreas tidak mampu memproduksi insulin yang cukup. (Renaldi *et al.,* 2022). Salah satu masalah keperawatan yang utama pada pasien yang sudah mengetahui dirinya menderita Dm tipe II adalah ketidakpatuhan terhadap diet. Ketidakpatuhan ini sering terjadi akibat kurangnya pemahaman mendalam tentang pola makan sehat, rasa jenuh terhadap aturan diet, persepsi keliru mengenai makanan (Janaddin *et al.,* 2020) Selain itu pasien DM tipe II juga kerap menunjukkan ketidakpatuhan terhadap pengobatan, seperti tidak mengonsumsi obat secara teratur, menghentikan terapi tanpa anjuran, atau melewatkan jadwal kontrol. Kedua bentuk ketidakpatuhan ini saling berkontribusi terhadap sulitnya mencapai kontrol glukosa darah yang stabil (Widiasari *et al.,* 2021). Apabila kondisi ini tidak dikendalikan, maka dapat memperburuk kondisi pasien dan meningkatkan risiko terjadinya berbagai komplikasi jangka panjang, seperti penyakit kardiovaskular, neuropati, nefropati, maupun retinopati (Perkeni *et al.,* 2021).

Berdasarkan data dari *WHO (WHO*, 2023), Jumlah orang yang menderita diabetes di dunia telah mencapai 230 juta, dan angka ini terus mengalami peningkatan secara berkelanjutan sebesar 3% setiap tahun, atau setara dengan 7 juta kasus baru per tahun. *WHO* memperkirakan bahwa jumlah total kasus diabetes mencapai 350 juta orang pada tahun 2025. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur melaporkan jumlah penderita diabetes mellitus mencapai 842.004 penderita (Dinkes Jatim, 2023), Berdasarkan data yang diperoleh dari RSI Sakinah Mojokerto

pada tahun 2024 penderita DM ada 665 kasus, dan di ruang rawat inap sunan gung jati 1 pada priode bulan juli-oktober 2025 ada 103 kasus penderita DM.

Faktor penyebab diabetes melitus tipe 2 berkaitan dengan berbagai kondisi seperti obesitas, gaya hidup tidak sehat, usia, dan faktor genetik, yang saling memengaruhi dalam memicu terjadinya resistensi insulin. Obesitas, khususnya penumpukan jaringan adiposa visceral, meningkatkan pelepasan sitokin inflamasi yang menghambat kerja reseptor insulin sehingga sensitivitas sel terhadap insulin menurun. Keadaan ini kemudian diperkuat oleh gaya hidup tidak sehat, misalnya konsumsi makanan tinggi gula dan lemak serta kurangnya aktivitas fisik, yang menyebabkan kadar glukosa dalam darah meningkat sementara produksi insulin tidak mampu mengimbanginya. Bertambahnya usia juga berkontribusi terhadap penurunan fungsi sel beta pankreas dan berkurangnya respons jaringan terhadap insulin. Sementara itu, faktor genetik berperan dalam menentukan kapasitas replikasi sel beta, regulasi metabolisme glukosa, dan sensitivitas reseptor insulin, sehingga individu dengan predisposisi genetik lebih rentan mengalami gangguan penggunaan insulin. Kombinasi dari seluruh faktor tersebut menyebabkan glukosa sulit masuk ke dalam sel secara optimal dan akhirnya menimbulkan resistensi insulin yang berlanjut menjadi hiperglikemia kronis. Kondisi hiperglikemia yang persisten dapat memicu berbagai komplikasi, baik makrovaskuler seperti penyakit arteri koroner, gagal jantung, stroke, dan penyakit pembuluh darah perifer yang meningkatkan risiko klaudikasio hingga amputasi, maupun mikrovaskuler seperti retinopati diabetik, nefropati diabetik, dan neuropati perifer yang memicu mati rasa serta ulkus kaki diabetik. Tidak hanya itu, hiperglikemia juga dapat menyebabkan neuropati otonom yang berdampak pada gangguan irama jantung, hipotensi

ortostatik, gangguan pencernaan, disfungsi kandung kemih, dan gangguan fungsi seksual. Berbagai komplikasi tersebut secara keseluruhan memperburuk kondisi pasien dan meningkatkan angka kesakitan serta kematian pada penderita diabetes melitus tipe 2.

Penanganan Diabetes Melitus tipe 2 memerlukan pendekatan komprehensif yang mencakup aspek farmakologis dan nonfarmakologis sesuai dengan kondisi klinis pasien. Secara farmakologis, terapi meliputi pemberian obat antidiabetes oral seperti metformin sebagai lini pertama, sulfonilurea, atau terapi insulin apabila kadar glukosa darah tidak terkontrol dengan baik. Pemberian terapi ini bertujuan untuk menjaga kestabilan kadar glukosa darah serta mencegah terjadinya komplikasi akut maupun kronis, seperti hipoglikemia, nefropati, neuropati, dan penyakit kardiovaskular. Selain itu, pemantauan kadar gula darah secara rutin menjadi bagian penting dalam evaluasi efektivitas terapi dan penyesuaian pengobatan yang tepat.Aspek nonfarmakologis memiliki peran yang sangat penting dalam pengelolaan DM tipe 2, antara lain melalui pengaturan pola makan seimbang sesuai prinsip diet diabetes, peningkatan aktivitas fisik secara teratur, serta pengelolaan stres. Edukasi kesehatan kepada pasien dan keluarga mengenai kepatuhan terapi, perawatan kaki diabetik, dan pengenalan tanda serta gejala komplikasi juga diperlukan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan perawatan mandiri. Upaya preventif dilakukan melalui deteksi dini faktor risiko, pengendalian berat badan, serta perubahan gaya hidup sehat guna mencegah perburukan penyakit. Sementara itu, aspek rehabilitatif menekankan pada pemantauan jangka panjang, dukungan psikososial, serta pendampingan berkelanjutan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Dengan penerapan

intervensi yang komprehensif tersebut, pengendalian DM tipe 2 dapat dioptimalkan sehingga risiko komplikasi dan angka kesakitan dapat diminimalkan. (Simanjuntak *et al.,* 2021).

1.2 Rumusan masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami Diabetes Melitus tipe II Di RSI Sakinah Mojokerto?

1.3 Tujuan penelitian

1.3 1 Tujuan umum

Peneliti mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami Diabetes Melitus tipe II Di RSI Sakinah Mojokerto

1.3 2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pengkajian keperawatan pada pasien yang mengalami Diabetes Melitus tipe II Di RSI Sakinah Mojokerto
2. Menegakan diagnosis keperawatan terhadap pasien yang mengalami Diabetes Melitus tipe II Di RSI Sakinah Mojokerto
3. Menyusun rencana tindakan atau intervensi keperawatan terhadap pasien yang mengalami Diabetes Melitus tipe II Di RSI Sakinah Mojokerto
4. Melakukan implementasi keperawatann pada pasien yang mengalami Diabetes Melitus tipe II Di RSI Sakinah Mojokerto
5. Melakukan evaluasi keperawatan terhadap pasien yang mengalami Diabetes Melitus tipe II Di RSI Sakinah Mojokerto

1.4 Manfaat penelitian

1.4 1 Manfat teoritis

Studi ini bermanfaat sebagai dasar pengembangan kebijakan dan panduan asuhan keperawatan bagi pasien rawat inap dengan ketidakstabilan glukosa darah, sehingga proses manajemen perawatan menjadi lebih terarah dan meningkatkan hasil klinis.

1.4 2 Manfat praktias

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat praktis sebagai bahan acuan dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan, khususnya dalam asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah. Hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan, khususnya perawat, dalam pengelolaan diabetes melitus secara komprehensif serta menjadi referensi dalam pengembangan praktik keperawatan berbasis evidensi.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1 1 Definisi Diabetes Melitus

Diabetes melitus (DM) merupakan kondisi metabolik kronis yang ditandai dengan kadar gula darah tinggi yang disebabkan oleh resistensi insulin (Triastuti *et al.,* 2021). Definisi lain dari diabetes melitus adalah suatu kondisi yang ditandai dengan peningkatan kadar gula darah yang disebabkan oleh produksi atau penggunaan insulin yang tidak tepat oleh tubuh. (Agustiningrum & Kusbaryanto, *et al.,* 2022).

2.1 2 Etiologi

1. Riwayat genetik

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

2. Usia

   Usia yang berisiko terkena diabetes tipe II adalah di atas 40 tahunTinggi usia sesuai dengan tingkat keterpaparan seseorang terhadap unsur-unsur di lingkungannya terutama makana

3. Obesitas

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

4. Diet dan gaya hidup

   Diet tinggi lernak dan kalori cenderung meningkatkan risiko anda terkena diabetes Gaya hidup yang buruk adalah gaya hidup yang penuh dengan tekanan psikologis dan jauh dari nilai-nilai spiritual seperti stres sesekali dan jangka panjang, kecemasan dan ketakutan yang berlebihan Hal ini bisa dibilang merupakan faktor terbesar yang membuat seseorang rentan terhadap penyakit serius, baik diabetes maupun penyakit serius lainnya Selain itu, aktivitas fisik yang rendah juga berpeluang menjadi predisposisi seseorang terkena diabetes (Susanti *et al.,* 2020).

2.1 3 Klasifikasi

1. Dm tipe 1

   Ciri khas diabetes yang bergantung pada insulin adalah degenerasi sel beta di pankreas yang disebabkan oleh :

   a. Faktor keturunan : Penderita tidak mewarisi jenis diabetes melainkan predisposisi atau kecende rungan turun-temurun untuk mengembangkan diabetes tipe 1.

b. Faktor imunologi (*autoimun*)

c. Faktor lingkungan : Sel beta dapat dihancurkan oleh proses autoimun yang disebabkan oleh virus atau racun tertentu.

d. Kekurangan insulin absolut sering kali ditunjukkan oleh kematian sel beta autoimun dan idiopatik.

2. Dm tipe 2

   Penyebabnya adalah disfungsi sel beta relatif dan resistensi insulin Usia, obesitas,riwayat,dan keluarga merupakan faktor risiko untuk mengembangkan diabetes tipe II.

3. Fakor penyebab yang lain

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

4. Diabetes melitus gestasional

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

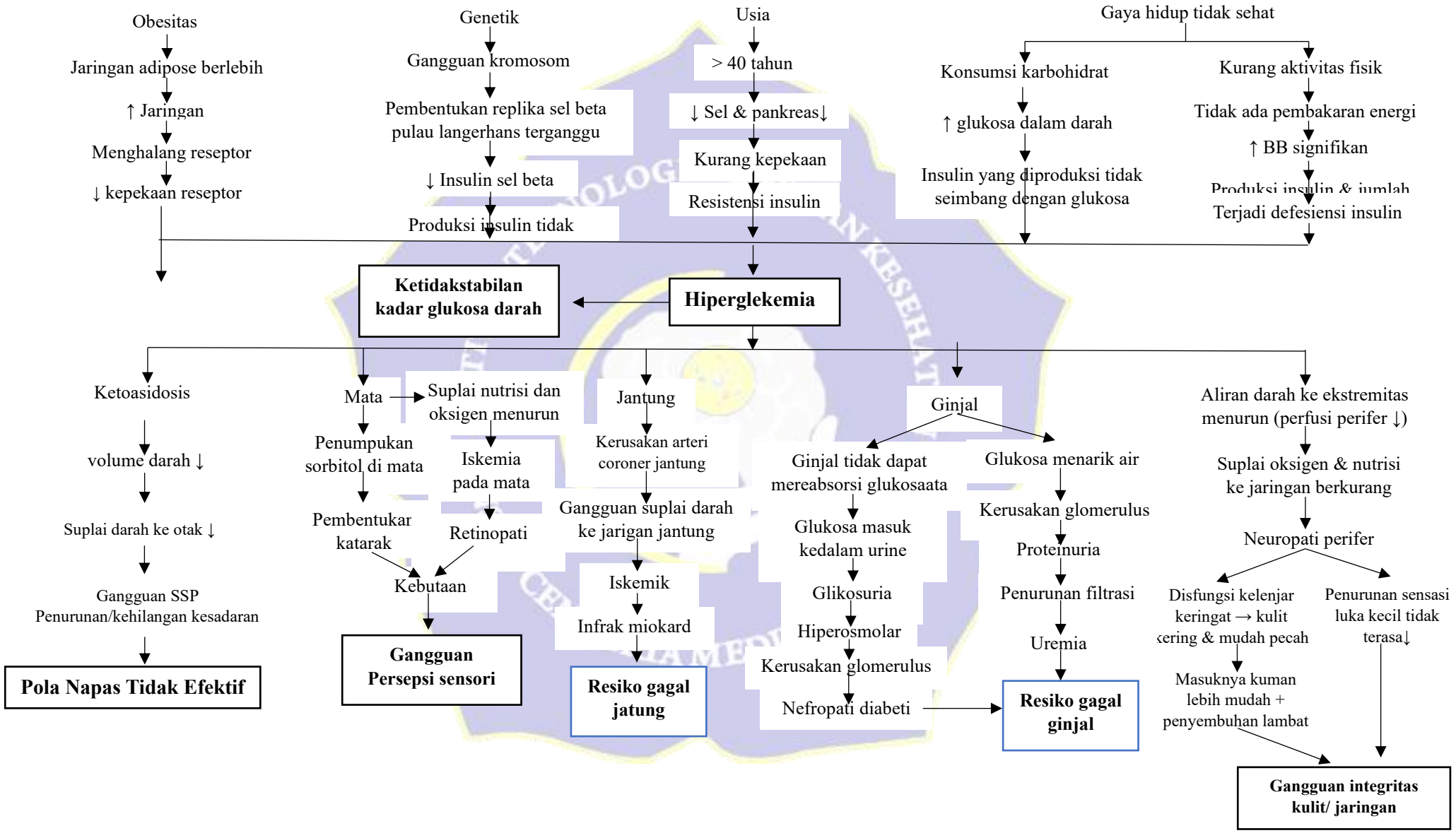
2.1 4 Patofisiologi

Diabetes melitus tipe 2 terjadi akibat kombinasi berbagai faktor seperti obesitas, faktor genetik, usia di atas 40 tahun, serta gaya hidup tidak sehat. Obesitas menyebabkan peningkatan jaringan adiposa yang menghasilkan asam lemak bebas dan sitokin inflamasi, yang kemudian menghambat kerja reseptor insulin dan menurunkan kepekaan sel terhadap insulin. Faktor genetik berperan dalam gangguan replikasi sel β pada pulau Langerhans sehingga produksi insulin menjadi tidak adekuat. Seiring bertambahnya usia, sensitivitas insulin menurun dan fungsi sel pankreas semakin melemah. Gaya hidup tidak sehat seperti konsumsi karbohidrat berlebihan, kurangnya aktivitas fisik, serta peningkatan berat badan menyebabkan produksi insulin tidak sebanding dengan jumlah glukosa yang masuk. Kombinasi resistensi insulin dan penurunan produksi insulin ini mengakibatkan glukosa tidak dapat diserap oleh sel tubuh, sehingga menumpuk di dalam darah dan menyebabkan hiperglikemia yang berlangsung terus-menerus. Hiperglikemia kronis memicu berbagai gangguan perfusi dan kerusakan organ. Penurunan aliran darah ke otak mengganggu pusat kontrol napas, menurunkan fungsi paru, dan mengakibatkan masuknya oksigen berkurang sehingga muncul napas cepat dan dangkal yang mengarah pada pola napas tidak efektif. Pada mata, tingginya kadar glukosa menyebabkan penumpukan sorbitol pada lensa sehingga memicu pembentukan katarak dan gangguan persepsi sensori. Kerusakan pembuluh darah koroner akibat glukosa tinggi menurunkan suplai darah ke jantung, menyebabkan iskemia dan meningkatkan risiko gagal jantung. Di ginjal, glukosa tidak dapat direabsorpsi secara sempurna sehingga muncul glikosuria yang berlanjut pada kerusakan glomerulus, glomerulosklerosis, dan

risiko gagal ginjal kronis. Pada ekstremitas, perfusi menurun menyebabkan pasokan oksigen dan nutrisi berkurang, ditambah neuropati perifer yang membuat luka kecil tidak terasa. Kulit menjadi kering karena disfungsi kelenjar keringat, mudah pecah, dan rentan terinfeksi sehingga penyembuhan luka lambat dan memicu gangguan integritas kulit atau jaringan. Selain itu, ketidakmampuan sel menyerap glukosa menyebabkan fluktuasi kadar gula darah yang tidak stabil, sehingga muncul masalah keperawatan berupa ketidakstabilan kadar glukosa darah (Widiasari *et al.,* 2021),

INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG

2.1 5 Pathway



Gambar 2. 1 Patway Diabetes melitus tipe 2

2.1 6 Manifestasi klinik

Perkeni *et al.,* 2021 membagi proses diagnosis diabetes menjadi dua bagian utama berdasarkan ada tidaknya gejala khas diabetes.

1. Gejala khas diabetes meliputi triad diabetes, yaitu:

a. Poliuria pengeluaran urin yang meningkat bila kadar glukosa meningkat melebihi ambang ginjal untuk penyerapan glukosa, terjadi glukosuria. Ini menyebabkan diuresis osmotik, manifestasi klinisnya adalah polyuria

b. Polidipsia terjadi akibat peningkatan kadar glukosa darah yang menyebabkan dehidrasi sel. Kelelahan dan kelemahan otot disebabkan oleh ketidakmampuan sel memanfaatkan glukosa sebagai sumber energi serta gangguan aliran darah pada penderita diabetes kronis.

c. Polifagia ditandai dengan peningkatan nafsu makan akibat gangguan pusat kenyang di hipotalamus serta ketidakmampuan glukosa masuk ke dalam sel, sehingga sel mengalami kekurangan energi. Kondisi ini dapat disertai dengan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan.

2. Gejala yang khas dari diabetes antara lain lemas, kesemutan, luka yang tidak kunjung sembuh, gatal, penglihatan kabur, disfungsi ereksi (pria) dan gatal (wanita). Poliuria, polidipsia, penurunan berat badan, pesta makan, dan penglihatan kabur Gangguan pertumbuhan dan kerentanan terhadap berbagai infeksi juga dapat dikaitkan denganhiperglikemia kronis.Pemeriksaan penunjang

2.1 7 Komplikasi

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

1. Rusaknya pada pembuluh darah (*vasculopathy*)

   Kerusakan pada dinding pembuluh darah dapat menimbulkan masalah pada jantung dan otak, serta gangguan aliran darah di kaki. Hal ini mengakibatkan terganggunya sirkulasi makro dan mikro, meningkatnya tekanan darah, serta risiko infark pada hati dan otak.

2. Permasalahan jantung

   Kelainan pada sistem pembuluh darah dapat menurunkan suplai darah ke jantung sehingga menimbulkan iskemia, yang dapat menyebabkan angina pektoris dan berujung pada serangan jantung.

3. Gangguan fungsi pembuluh darah otak

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

2.1 8 Penatalaksanaan

Pada dasarnya penatalaksanaan ini dilakukan dengan dua pendekatan yaitu pengobatan nonfarmakologi dan terapi obat

1. Program edukasi

   Promosi kesehatan perlu diberikan sebagai bagian dari pencegahan dan penatalaksanaan diabetes melitus tipe II secara menyeluruh. Pemberdayaan pasien memerlukan keterlibatan aktif pasien, keluarga, dan masyarakat. Tenaga kesehatan berperan mendukung perubahan perilaku melalui pendidikan yang berkesinambungan (Perkeni et al., 2021)

2. Perencanaan makan

   Pengaturan diet bertujuan mengendalikan kadar glukosa, lipid, dan tekanan darah. Penurunan berat badan 5–10% melalui pembatasan kalori dan

peningkatan aktivitas fisik dapat memperbaiki kontrol metabolik. Pola makan seimbang dianjurkan dengan komposisi karbohidrat 45–65%, protein ±10–15%, dan lemak 20–25%, disesuaikan dengan kondisi individu (Perkeni et al., 2021).

3. Latihan fisik

Olahraga teratur 3–5 kali per minggu selama 30–45 menit (±150 menit/minggu) dianjurkan untuk meningkatkan sensitivitas insulin dan mengendalikan kadar gula darah. Aktivitas aerobik seperti berjalan, bersepeda, dan berenang disesuaikan dengan usia serta tingkat kebugaran (Perkeni et al., 2021). (Perkeni *et al.,*2021)

2.1 9 Penatalaksanaan farmakologis

Menurut Perkeni *et al.,*2021, Alat penatalaksanaan farmakologis untuk diabetes adalah sebagai berikut:

a. Obat hipoglikemik oral

Obat hipoglikemik oral dibagi lima golongan: perangsang sekresi insulin, peningkat sensitivitas insulin, penghambat alfa-glukosidase, penghambat DPP-4, dan penghambat SGLT-2.

b. Obat Hipoglikemik Suntik

1) Insulin

Sekitar 20–25% pasien diabetes tipe 2 akhirnya memerlukan insulin untuk mengendalikan kadar gula darah yang tidak stabil. Pada pasien yang gagal dikontrol dengan kombinasi sulfonilurea dan metformin, pemberian insulin menjadi langkah berikutnya. Insulin diklasifikasikan menjadi empat jenis berdasarkan durasi kerjanya: cepat, pendek, menengah, dan panjang.

2) GLP-IRA

Merupakan obat yang diberikan melalui injeksi subkutan untuk menurunkan kadar glukosa darah dengan cara meningkatkan konsentrasi hormon GLP-1 dalam sirkulasi.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2 1 Pengkajian

1. Identitas pasien

   Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, no register, tanggal MRS

2. Keluhan Utama

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

3. Riwayat Penyakit Sekarang

   Pengkajian yang dilakukan dalam riwayat kesehatan sekarang adalah bahwa perawat medapatkan beberapa informasi tentang serangkaian pengalaman sejak kapan timbulnya rasa sakit yang dikeluhkan hingga akhirnya klien mencari bantuan. Misalnya, kapan klien mengalami diabetes melitus, dan sudah berapa lama penyakit tersebut diderita. Dari semua keluhan yang diraskan klien harus ditanyakan secara jelas dan dilaporkan dalam buku kesejahteraan yang ada

4. Riwayat Penyakit Dahulu

   Pada riwayat klinis yang lalu, petugas mencatat dan mendapatkan beberapa informasi tentang penyakit yang pernah dialami klien sebelum membantu untuk kasus diabetes yang berhubungan dengan sistem perfusi. Misalnya apakah klien

sudah ditangani sebelumnya, penyakit apa dan temuan apa, tetapi yang dijalani, latar belakang yang ditandai dengan kepekaan, penyakit jantung, aterosklerosis.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

   Dalam riwayat klinis keluaga, petugas medis mengetahui apakah ada latar belakang keluarga dengan penyakit yang sama dengan klien, adanya faktor bahaya, kegemukan, riwayat pankreatitis persisten, riwayat melahirkan anak dengan berat badan anak ganda. Riwayat glukosuriaselama (kehamilan, prosedur medis, cedera. kontaminasi, penyakit) atau pengobatan (glukokortikosteroid, diuretik thiazide, kontrasepsi oral.

6. Riwayat Psikososial

   Bagaimana respon pasien dalam menanggapi penyakit pasien tersebut. Dalam hal ini jika koping pasien tidak efektif maka akan memperparah penyakit pasien.

7. Pola fungsional gordon

a. Pola management kesehatan/persepsi kesehatan

   Persepsi terhadap penyakit yang dialaminya, Riwayat penggunaan tembakau, alkohol, alergi (obat-obatan, makanan, reaksi alergi), mengatur dan menjaga kesehatannya, pengetahuan dan praktik pencegahan penyakit.

b. Pola nutrisi dan metabolik

   Kebiasaan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum dan sesudah sakit meliputi : jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi, frekuensi makan dan minum, porsi makan, makanan yang disukai, nafsu makan (normal,meningkat, menurun), pantangan atau alergi, penurunan sensasi kecap, mual-muntah, stomatitis, kesulitan menelan (disfagia).

d. Pola eliminasi

Buang air besar (BAB) : Frekuensi, waktu, Warna, konsistensi, Kesulitan (diare, konstipasi, inkontinensia), Buang Air Kecil (BAK) : Frekuensi,

e. Pola aktivitas dan kebersihan diri kemampuan perawatan diri

0 : Mandiri

1: dengan alat bantu

2: dibantu orang lain

3: dibantu orang lain dan peralatan

4: ketergantian / ketidakmampuan

f. Pola istirahat dan tidur

Lama tidur : (jam/malam, tidur siang , tidur sore), waktu kebiasaan menjelang tidur, masalah tidur (insomnia, terbangun dini, mimpi buruk), Persepsi diri dan konsep diri

Perasaan klien tentang dirinya, gambar dirinya, ideal dieinya, harga dirinya, peran dirinya, ideal dirinya.

8. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum: Kesadaran, Klien tampak sehat/ sakit/sakit berat

b. Tanda –tanda vital : TD, ND, RR, S

c. Kulit : Warna kulit (sianosis, ikterus, pucat eritema), Kelembaban, Turgor kulit, Ada/tidaknya edema

d. Kepala/rambut :

Inspeksi : bentuk kepala simetris, rambut bersih dan merata, *Palpasi* : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

f. Mata :

Inspeksi : pupil isokor, konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak edema

e. Telinga :

Inspeksi: Kebersihan, Daun telinga, Fungsi keseimbangan, Sekret, Mastoid *Palpasi***:** daun telinga & mastoid tidak nyeri

f. Hidung dan sinus :

Inspeksi : Fungsi penciuman, Pembengkakan, Kebersihan, Pendarahan, Sekret

g. Mulut dan tenggorokan : Membran mukosa, Keadaan gigi, Tanda radang (gigi,lidah,gusi), Trismus, Kesulitan menelan, Kebersihan mulut

h. Leher :

Inspeksi: trakea midline, tidak ada pembesaran. *Palpasi*: tiroid & kelenjar limfe tidak membesar, tidak nyeri

i. Thorak atau paru :

*Inspeksi***:** gerakan dada simetris, pola napas normal. *Palpasi***:** fremitus simetris. *Perkusi***:** sonor di seluruh lapang paru. *Auskultasi***:** suara vesikuler normal, tidak ada wheezing/ronkhi

j. Jantung :

*Inspeksi***:** iktus tampak normal, *Palpasi***:** ictus teraba di ICS 5 mid-klavikula, *Perkusi***:** batas jantung normal, *Auskultasi***:** S1–S2 reguler, tidak ada murmur

k. Abdomen :

Inspeksi: datar, tidak distensi, *Palpasi***:** abdomen lunak, tidak nyeri tekan, tidak ada massa, *Perkusi***:** timpani dominan, *Auskultasi*: bising usus normal, frekuensi 5–30x/menit, terdengar teratur

l. Ekstremitas :

Inspeksi: warna normal, tidak ada deformitas, *Palpasi*: nadi perifer teraba baik, capillary refill <2 detik, tidak ada edema

m. Neurologis :

*Inspeksi***:** kesadaran compos mentis, gerakan simetris, *Palpasi***:** tonus otot normal

*Perkusi***:** refleks fisiologis norma

2.2 2 Diagnosa Keperawataan

1. Ketidak setabilan kadar glukosa darah (D.0027)
2. Pola nafas tidak efektif (D.0005)
3. Gangguan integritas kulit/ jaringan (D. 0129)
4. Gangguan Persepsi sensori (D.0085)

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Penyebab	Gejala Dan Tanda
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D. 0027) **Definisi:** Variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal **Kondisi klinis terkait:** 1. Diabetes mellitus 2. Ketoasidosis diabetic 3. Hipoglikemia 4. Hiperglikemia 5. Diabetes gestasional 6. Penggunaan kortikosteroid 7. Nutrisi parenteral total (NPT)	*Hiperglikemia* 1. Disfungsi pankreas 2. Resistensi insulin 3. Gangguan toleransi glukosa darah 4. Gangguan glukosa darah puasa *Hipoglikemia* 1. Penggunaan insulin atau obat glikemik oral 2. *Hiperinsulinemia (mis. insulinoma*) 3. *Endokrinopati* (mis kerusakan adrenal atau pituitari) 4. Disfungsi hati 5. Disfungsi ginjal kronis 6. Efek agen farmakologis 7. Tindakan pembedahan Neoplasma 8. Gangguan metabolik bawaan (mis gangguan penyimpanan lisosomal, galaktosemia, gangguan penyimpanan glikogen)	**Gejala dan Tanda Mayor** **Subjektif** *Hipoglikemia* 1. Mengantuk 2. Pusing *Hiperglikemia* 1. Lelah atau lesu **Objektif** *Hipoglikemia* 1. Gangguan koordinasi 2. Kadar glukosa dalam darah/urin rendah *Hiperglikemia* 1. Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi **Gejala dan tanda minor :** **Subjektif** *Hipoglikemia :* 1. Palpitasi 2. Mengeluh lapar Hiperglikemia : 1. Mulut kering Haus meningkat **Objektif** *Hipoglikemia :* 1. Gemetar

			2. Kesadaran menurun 3. Perilaku aneh 4. Sulit bicara **5.** Berkeringat *Hiperglikemia :* 1. Mulut kering Haus meningka
2.	**Gangguan integritas kulit/ jaringan (D. 0129)** **Definisi :** kerusakan kulit (dermis, dana tau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dana tau ligamen) **Kondisi klinis terkait** : 1. Imobilisasi 2. Gagal jantung kongestif 3. Gagal ginjal 4. Diabetes mellitus 5. Imunodefisiensi (mis. AIDS)	Faktor penyebab : 1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) 3. Kekurangan/kelebihan volume cairan 4. Penurunan mobilitas 5. Bahan kimia iitatif 6. Suhu lingkungan yang ekstrem 7. Faktor mekanis (mis. Penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektris (elektrodiatemi, energy listrik bertegangan tinggi) 8. Efek samping terapi radiasi	**Gejala dan tanda mayor :** **Subjektif: -** **Objektif** 1. Kerusakan jaringan dana tau lapisan kulit **Subjektif: -** **Objektif** 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma

2.2 3 Rencana Keperawataan

Tabel 2.2 Rencana Keperawataan

NO	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	**Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D. 0027)** **Definisi:** Variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal **Gejala dan Tanda Mayor** **Subjektif** *Hipoglikemia* 1. Mengantuk 2. Pusing *Hiperglikemia* 1. Lelah atau lesu **Objektif** *Hipoglikemia* 1. Gangguan koordinasi 2. Kadar glukosa dalam darah/urin rendah *Hiperglikemia* 1. Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi **Gejala dan tanda minor :** **Subjektif** *Hipoglikemia :*	**Kestabilan kadar glukosa darah (L. 05022)** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama …x24 jam diharapkan pasien dapat memenuhi kriteria hasil : 1. koordinasi (1-5) 2. kesadaran (1-5) 3. mengantuk (1-5) 4. pusing (1-5) 5. lelah/ lesu (1-5) 6. keluhan lapar (1-5) 7. gemetar (1-5) 8. berkeringat (1-5) 9. mulut kering (1-5) 10. rasa haus (1-5) 11. perilaku aneh (1-5) 12. kesulitan bicara (1-5) 13. kadar glukosa dalam darah (1-5) 14. kadar glukosa dalam urine (1-5) 15. palpitasi (1-5) 16. perilaku (1-5) 17. jumlah urine (1-5)	**Manajemen Hiperglikemia (I. 03115)** Tindakan **Observasi :** 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis: penyakit kambuhan) 3. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis: polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Monitor intake dan output cairan 6. Monitor keton urin, kadar Analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi **Terapeutik :** 1. Berikan asupan cairan oral

1. Palpitasi
2. Mengeluh lapar

Hiperglikemia :

1. Mulut kering Haus meningkat

Objektif

Hipoglikemia :

1. Gemetar
2. Kesadaran menurun
3. Perilaku aneh
4. Sulit bicara
5. Berkeringat

Hiperglikemia :

1. Mulut kering Haus meningkat

2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk
3. Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik

Edukasi :

1. anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL
2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
3. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
4. Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urin, jika perlu

Ajarkan pengelolaan diabetes

Kolaborasi :

1. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu
2. Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu
3. Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu

Manajemen hipoglikemia (I. 03115)

Observasi :

1. Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia
2. Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia

Terapeutik :

1. Berikan karbohidrat sederhana, jika perlu
2. Berikan glucagon, jika perlu
3. Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet
4. Pertahankan kepatenan jalan napas
5. Pertahankan akses IV, jika perlu
6. Hubungi layanan medis darurat, jika perlu

Edukasi :

1. Anjurkan membawa karbohidrat sederhana setiap saat
2. Anjurkan memakai identitas darurat yang tepat
3. Anjurkan monitor kadar glukosa darah
4. Anjurkan berdiskusi dengan tim perawatan diabetes tentang penyesuaian program pengobatan
5. Jelaskan interaksi antara diet, insulin/agen oral, dan olahraga

			6. Ajarkan pengelolaan hipoglikemia (mis: tanda dan gejala, faktor risiko, dan pengobatan hipoglikemia) 7. Ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia (mis: mengurangi insulin/agen oral dan/atau meningkatkan asupan makanan untuk berolahraga) **Kolaborasi :** 1. Kolaborasi pemberian dekstrose, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian glukagon, jika perlu
2.	**Gangguan integritas kulit/ jaringan (D. 0129)** Kategori : Lingkungan Subakaktegori : keamanan dan proteksi **Definisi** : kerusakan kulit (dermis, dana tau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dana tau ligamen) **Gejala dan tanda mayor :** **Subjektif: -** **Objektif** 1. Kerusakan jaringan dana tau lapisan kulit **Subjektif: -** **Objektif** 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemeraha 4. Hematoma	**Intergritas kulit dan jaringan (L.14125)** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama …x24 jam diharapkan pasien dapat memenuhi kriteria hasil : 1. Elastisitas (1-5) 2. Hidrasi (1-5) 3. Perfusi jaringan (1-5) 4. Kerusakan jaringan (1-5) 5. Kerusakan lapisan kulit (1 6. Nyeri (1-5) 7. Perdarahan (1-5), 8. Hematoma (1-5) 9. Pigmentasi abnormal (1-5 10. Jaringan parut (1-5) 11. Nekrosis (1-5) 12. Abrasi kornea (1-5) 13. Suhu kulit (1-5) 14. Sensasi (1-5) 15. Pertumbuhan rambut (1-5) 16. Kemerahan (1-5) 16. Tekstur (1-5)	**Perawatan Integritas Kulit (I.11353)** **Observasi :** 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) **Terapeutik :** 1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering **Edukasi :** 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim 6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah 7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya **Perawatan Luka (I.14564)**

	Obsevasi : 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi **Terapeutik :** 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan Teknik steril saat 8. Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari **Edukasi :** 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri **Kolaborasi :** 1. Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu 2. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

2.2 4 Implementasi

Implementasi keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe 2 meliputi pemantauan kadar glukosa darah secara teratur, edukasi mengenai tanda hipoglikemia dan hiperglikemia, serta penekanan pentingnya kepatuhan terhadap diet dan obat.Perawat membantu pasien memahami pola makan yang sesuai, mengatur jadwal minum obat, dan mendorong aktivitas fisik teratur sesuai kemampuan. Selain itu, dilakukan pemantauan risiko komplikasi melalui pemeriksaan rutin, edukasi perawatan kaki, serta anjuran perubahan gaya hidup

seperti berhenti merokok, manajemen stres, dan tidur yang cukup. Upaya ini bertujuan meningkatkan kontrol glukosa darah dan mencegah komplikasi jangka panjang. (Hidayat, 2019).

2.2 5 Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir keperawatan untuk menilai hasil dengan tujuan yang direncanakan, menggunakan format SOAP

S (Subjective): pernyataan, keluhan, atau respons yang diungkapkan keluarga setelah intervensi keperawatan.

O (Objective): kondisi nyata yang diamati dan diidentifikasi perawat secara langsung.

A (Assessment): penilaian atau interpretasi perawat berdasarkan data subjektif dan objektif.

P (Plan): rencana tindak lanjut yang disusun setelah perawat melakukan analisis

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

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

3.2 Batasan Istilah

Definisi operasional atau batasan istilah merupakan penjelasan mengenai variabel penelitian yang dirumuskan berdasarkan ciri-ciri yang dapat diamati. Dengan adanya batasan ini, peneliti dapat melakukan pengamatan maupun pengukuran terhadap objek penelitian secara lebih terfokus, akurat, dan mudah dipahami (Hidayat, 2020).

1. Asuhan keperawatan klien dengan ketidak stabilan glukosa darah merupakan menyeluruh yang digunakan dengan pendekatan proses keperawatan, mulai dari Anamnesa, identifikasi permasalah, penentuan tindakan, pelaksanaan tindakan, hingga hasil pada pasien diabetes melitus tipe 2
2. Penderita diabetes mellitus dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai seseorang dengan kondisi terjadinya kenaikan gula darah diatas 200 mg/dl yang sudah didiagnosis oleh dokter (Safitri & putriningrum, 2021).
3. Penderita diabetes mellitus dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai seseorang dengan kondisi terjadinya kenaikan gula darah diatas 200 mg/dl yang sudah didiagnosis oleh dokter (Safitri & putriningrum, 2021).

3.3 Partisipan

Partisipan dipilih menggunakan metode yang dikenal sebagai purposive sampling untuk lebih memahami tujuan dan fenomena penelitian (Polit & Beck, 2021).

1. Pasien telah terdiagnosis Diabetes Melitus Tipe II selama 4 tahun.
2. Rentang usia pasien antara 40–70 tahun.
3. Pasien berjenis kelamin laki-laki.
4. Memiliki kadar gula darah > 200 mg/dL.
5. Pasien menjalani perawatan hari pertama selama minimal 3 hari perawatan.
6. Pasien dalam keadaan sadar penuh (compos mentis).

3.4 Waktu Dan Lokasi Penelitian

1. Waktu Penelitian

   Pengambilan data dilaksanakan pada Tanggal 09-12 Desember 2025 di RSI Sakinah Mojokerto dan dilakukan perawatan selama klien MRS-KRS minimal 3 hari klien dirawat.

2. Tempat Penelitian

   RSI Sakinah Mojokerto

3.5 Jenis Dan Teknik Pengumpulan Data

Dalam studi kasus ini digunakan teknik pengelompokan data dalam penelitian deskriptif dengan beberapa metode, yaitu:

2.1 1 Wawancara

Wawancara merupakan teknik memperoleh informasi melalui tanya jawab langsung antara peneliti dan responden. Dalam pelaksanaannya, peneliti perlu memperhatikan intonasi suara, kecepatan berbicara, keterampilan komunikasi,

kontak mata, serta ekspresi nonverbal yang dapat memengaruhi jalannya dialog. Pada penelitian ini digunakan dua bentuk wawancara, yakni autoanamnesa (wawancara langsung dengan pasien) dan alloanamnesa (wawancara dengan keluarga pasien) (Hidayat et al., 2021).

2.1 2 Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi dilakukan dengan mengandalkan pengamatan langsung sebagai cara menghimpun data kasus. Pemeriksaan fisik dilaksanakan menggunakan pendekatan IPPA, yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, untuk menilai kondisi tubuh pasien secara menyeluruh.

2.1 3 Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dalam penelitian ini dilakukan dengan menelaah rekam jejak asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien Diabetes pada bulan Desember 2025. Data yang dianalisis mencakup hasil pengkajian berupa wawancara, temuan pemeriksaan fisik objektif, catatan pada sistem E-RM, hasil pemeriksaan penunjang dan laboratorium, serta seluruh rangkaian laporan keperawatan yang meliputi tahap pengkajian, perumusan masalah, penetapan diagnosis, perencanaan intervensi, pelaksanaan tindakan, hingga evaluasi keperawatan.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsan data dengan validitas tingi yang sudah diuji kualitas data. Uji kebebasan data selain integritas peneliti dilakukan dengan:

1. Triagulasi merupakan Teknik pengumpulan data yang sifatnya menggabungkan berbagai data dan sumber yang telah ada yang bersumber dari 3 data lain yaitu pasien lain yang memiliki masalah keperawatan sama dengan klien, perawat

yang merawat pasien pada saat itu dan kelarga pasien data itu digunakan sebagai sumber informasi tambahan yang berhubungan dengan masalah yang diteliti.

3.7 Analisa Data

Analisis data dalam penelitian ini merupakan rangkaian kegiatan menelaah informasi yang bersumber dari laporan asuhan keperawatan. Proses analisis tidak hanya dilakukan setelah data terkumpul seluruhnya, tetapi juga berlangsung secara berkesinambungan sejak pengumpulan di lapangan hingga tahap akhir penelitian. Tahapan analisis meliputi penyajian fakta, penilaian berdasarkan kerangka pemikiran yang diakui secara umum, serta perumusan temuan dalam bentuk argumen diskusi. Teknik yang digunakan adalah observasi dan telaah dokumentasi, sehingga diperoleh data yang mendukung proses interpretasi. Step-step analisa data pada studi kasus, meliputi:

1. Pengumpulan Data

   Informasi dihimpun melalui studi dokumentasi yang memuat rangkaian proses asuhan keperawatan, mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, hingga evaluasi. Semua temuan dicatat secara sistematis dalam laporan hasil dan pembahasan.

2. Reduksi Data

   Data yang diperoleh dipilah, dirangkum, dan ditata ulang menjadi deskripsi yang lebih terstruktur. Informasi kemudian dikategorikan menjadi data subjektif dan objektif agar lebih fokus untuk dianalisis.

3. Penyajian Data

   Hasil analisis disusun dalam bentuk uraian deskriptif dan tabel pendukung. Identitas responden dijaga kerahasiaannya untuk menjamin etika penelitian.

4. Pembahasan

   Data yang diperoleh ditelaah secara kritis, dibandingkan dengan penelitian terdahulu, serta dikaitkan dengan teori keperawatan dan perilaku kesehatan untuk memperkuat interpretasi.

5. Kesimpulan

   Tahap akhir dilakukan dengan merangkum keseluruhan temuan, membandingkan dengan hasil sebelumnya, serta menyesuaikannya dengan teori proses keperawatan guna menghasilkan simpulan yang utuh dan komprehensif

3.8 Etika Penelitian

Etika penelitian dapat dipahami sebagai seperangkat norma dan kaidah moral yang mengatur hubungan antara peneliti dengan semua pihak yang terlibat dalam kegiatan ilmiah. Aturan ini menjadi landasan agar proses penelitian berjalan dengan adil, manusiawi, dan bertanggung jawab.

1. Informed Consent (Kesediaan Berpartisipasi)

   Sebelum penelitian dimulai, peneliti wajib menyodorkan dokumen persetujuan kepada calon partisipan. Dokumen ini berfungsi sebagai kontrak formal yang menegaskan bahwa peserta memahami maksud, tujuan, serta konsekuensi penelitian, sehingga persetujuan yang diberikan benar-benar bersifat sukarela.

2. Anonimitas (Penyamaran Identitas)

   Dalam ranah keperawatan, kerahasiaan identitas sangat dijaga. Setiap data responden disajikan menggunakan kode atau simbol khusus tanpa mencantumkan nama asli, sehingga subjek penelitian tidak dapat dikenali secara pribadi.

3. Kerahasiaan (Confidentiality)

   Semua informasi yang diperoleh dari responden diperlakukan sebagai rahasia. Data hanya dipakai untuk kepentingan penelitian, kemudian dikelompokkan dan diamankan agar tidak bisa diakses sembarangan pihak.

4. Ethical Clearance (Persetujuan Komite Etik)

   Karena penelitian melibatkan manusia, rancangan studi harus terlebih dahulu diperiksa oleh komite etik. Mereka menilai apakah prosedur yang diajukan sesuai dengan standar kemanusiaan dan kelayakan ilmiah. Bila disetujui, peneliti akan menerima dokumen tertulis sebagai bukti bahwa penelitian sah untuk dilaksanakan.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 HASIL

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang SGJ 1 Lantai 1 yang merupakan salah satu ruang perawatan pasien dewasa di Rumah Sakit Islam Sakinah Mojokerto. RSI Sakinah Mojokerto adalah rumah sakit swasta yang berlokasi di Jl. R.A. Basuni No. 12, Jampirogo, Kecamatan Sooko, Kabupaten Mojokerto, dan memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan berbagai jenis kebutuhan medis. Ruang SGJ 1 digunakan untuk memberikan pelayanan keperawatan dan medis kepada pasien dewasa dengan beragam kondisi kesehatan, baik kasus penyakit infeksi maupun non-infeksi. Berdasarkan sistem pelayanan rumah sakit, Ruang SGJ 1 memiliki beberapa kelas perawatan meliputi kelas I, kelas II, kelas III, Serta ruang isolasi, setiap kelas dilengkapi dengan tempat tidur pasien, tirai pembatas, dan fasilitas penunjang yang memenuhi standar pelayanan keperawatan dewasa. Lingkungan ruangan tertata dengan baik, bersih, serta memiliki pencahayaan dan ventilasi yang memadai, sehingga mendukung kenyamanan dan keselamatan pasien selama menjalani perawatan.

Ruang SGJ 1 juga sering digunakan sebagai lokasi kegiatan pendidikan dan penelitian di bidang keperawatan. Hal ini menunjukkan bahwa ruang tersebut memiliki variasi kasus klinis yang cukup luas, sehingga relevan untuk dijadikan lokasi penelitian akademik. Selain itu, RSI Sakinah Mojokerto mendukung pelaksanaan kegiatan pendidikan dan penelitian sebagai bagian dari upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit, sehingga memudahkan peneliti

dalam proses pengambilan data serta kerja sama dengan perawat dan tim kesehatan di ruang perawatan. Dengan karakteristik pasien dewasa yang beragam, struktur ruangan yang tertata, serta fasilitas perawatan yang memadai, Ruang SGJ 1 RSI Sakinah Mojokerto menjadi lokasi penelitian yang strategis untuk pengembangan ilmu keperawatan, khususnya keperawatan medikal bedah.

2. Pegkajian

a. Klien

Taggal Masuk Rs	:	09 Desember 2025
Jam Masuk	:	05.12
Taggal pegkajian	:	09 Desember 2025
Jam pegkajian	:	12.00
No.RM	:	000667xxx
Nama	:	Tn.S
Usia	:	64 Thn
Jenis kelamin	:	Laki – laki
Agama	:	Islam
Pedidikan	:	Smp
Pekerjaan	:	Petani
Alamat	:	Jalan Raja D-18 Mojokerto
Status perikahan	:	Kawin
Diagnosa	:	Dm tipe 2

b. Pihak yang bertanggung jawab

Nama	:	Tn.R

Usia	:	37 Thn
Jenis kelamin	:	Laki – laki
Agama	:	Islam
Pedidikan	:	Sma
Pekerjaan	:	Wirasuasta
Alamat	:	Jalan Raja D-18 Mojokerto
Hub.Dengan px	:	Anak

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhatan Saat ini

Pasien Mengatakan Lemas

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada hari Selasa, tanggal 09 Desember 2025 pukul 05.12 WIB, pasien datang ke IGD RSI Sakinah Mojokerto dengan keluhan utama lemas, pusing, tidak nafsu makan sejak 3 hari yang lalu,Saat di IGD, pasien diberikan intervensi dan dilakukan pemeriksaan kadar gula darah dengan hasil 354 mg/dL. Pada pukul 08.00 WIB, pasien dipindahkan ke Ruang SGJ 1, pada saat dilakukan pengkajian tanggal 09 Desember 2025 pukul 12.00 WIB, pasien mengatakan masih merasa lemas, pusing Pasien juga mengeluhkan gatal, kemerahan, kulit kering, dan mengelupas akibat sering digaruk di bagian kaki TD: 172/119 mmHg, N:86x/menit S:36,7 C, RR:20x/menit

3) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan telah menderita diabetes melitus sejak 4 tahun yang lalu, serta memiliki riwayat hipertensi sejak tahun 2018.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan bahwa ibunya pernah di Diagnosa DM

d. Pola Fungsi Kesehatan

a) Merokok

Pasien mengatakan sebelum MRS sering merokok 4x sehari kadang lebih

b) Alergi

Pasien megatakan tidak ada alergi obat ataupun makanan

c) Pola nutrisi dan metabolik

Klien mengatakan bahwa selama 3 hari sebelum masuk rumah sakit nafsu makannya menurun, makan 2 kali sehari dengan porsi sedikit Klien mengakui cukup mengetahui aturan diet Diabetes Melitus, namun masih mengalami kesulitan menghindari makanan yang tidak sesuai anjuran. Setelah masuk rumah sakit (MRS), nafsu makan klien semakin menurun, hanya mampu makan sedikit-sedikit, Asupan cairan sejak jam 05.12 – 12,00 sekitar 1.5 liter air mineral.

d) Pola eliminasi

Sebelum MRS pasien mengatakan BAB 1x sehari dengan feses berwarna kuning, serta memiliki kebiasaan BAK 9-8x sehari dengan warna kuning kecoklatan. Setelah MRS pasie Belum BAB dan sudah BAK 4x menggunakan pispot pada rentang waktu pukul 05.00–12.00, dengan warna urin kuning keruh.

e) Pola istirahat tidur

Sebelum MRS pasien mengatakan tidur siang hanya 1-2 jam saja dan tidur malam 6-7 jam, Satelah MRS pasien mengatakan lebih serig tidur karena badanya lemas

f) Kongnitif perseptual

Pada saat pengkajian, klien tampak memiliki kondisi mental yang cukup baik dan mengatakan selalu mendapat dukungan dari keluarga untuk cepat sembuh. Klien mampu berbicara secara normal serta dapat memahami setiap percakapan dengan baik, untuk pendengaran klien berfungsi dengan baik tanpa adanya gangguan, demikian pula penglihatannya yang masih normal dan tidak menunjukkan keluhan. Dalam aspek spiritual, klien yang beragama Islam meyakini bahwa Allah akan memberikan kesembuhan, sehingga keyakinan tersebut membantu klien tetap sabar

e. Aktifitas dan Latihan

Tabel 4.1 aktivitas fisik dan latihan

No	Aktivitas dan latihan	0	1	2	3	4
1.	Nutrisi	✓				
2.	Mandi			✓		
3.	Toilet			✓		
4.	Pakaian			✓		
5.	Pindah			✓		
6.	Mobilisasi			✓		
7.	Ambulansi			✓		

Keterangan : Skore ADL 0 {mandiri}

0 : Sendiri

1 : Di Bantu Alat

2 : Di Bantu Orang

3 : Di Bantu Orang Lain Dan Alat

4 : Tergatung Toatal

f. Pemeriksaan Fisik

1. TTV Hasil Anamnesa

GCS : 4-5-6

Kesadaran : Composmentis

Tekanan Darah : 172/119 mmhg

Suhu	:	36,7 C°
Nadi	:	86x/menit
RR	:	20x/menit
SPO2	:	99%
TB	:	165 cm
BB	:	82Kg

2. Observasi Heat Too

a) Kepala

Inspeksi: Kepala simetris, kulit kepala bersih, tidak ada lesi atau benjolan. *Palpasi:* Tidak teraba nyeri tekan atau massa.

b) Mata

Inspeksi: Mata simetris kanan dan kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik.

c) Telinga

Inspeksi: Daun telinga simetris, tidak ada cairan yang keluar, tidak ada gangguan pendengaran. *Palpasi:* Tidak teraba nyeri tekan.

d) Hidung dan sinus

Inspeksi: Hidung berbentuk normal, simetris antar lubang kanan kiri, Tidak ada sumbatan, tidak ada sekret, *Palpasi*: Tidak teraba nyeri tekan pada sinus.

e) Mulut dan tenggorokaan

Inspeksi: Mukosa mulut tampak lembab, lidah bersih,serta palatum normal tanpa tanda kelainan, dan faring normal tanpa tanda-tanda abnormal

f) Leher

Inspeksi: Leher tampak simetris, trakea berada di garis tengah. *Palpasi*: Tidak teraba pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid.

g) Paru-paru

Inspeksi: Dinding dada simetris, pergerakan dada saat bernapas terlihat adekuat, tidak ada penggunaan otot bantu napas. *Palpasi*: Fremitus taktil simetris kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan pada area dada. *Perkusi*: Bunyi perkusi sonor pada seluruh lapang paru, tidak ditemukan area redup. *Auskultasi*:Bunyi napas vesikuler terdengar normal dan merata di kedua paru, tidak ditemukan wheezing, ronki, atau suara tambahan lainnya.

h) Jatung

Inspeksi : tidak ada peningkatan tekanan vena jugularis tidak ada kelainan bentuk dada, *Perkusi* : Batas jantung dalam batas normal. *Palpasi:* Tteraba pada ICS V linea midklavikularis, tidak bergeser, *Auskultasi*: bunyi jantung "lup dup" dengan S1 dan S2 tunggal

i) Abdomen

Inspeksi: perut tampak flet tidak ada hernia dan lesi, *Auskultasi*: dengan stetoskop terdengar bising usus 11 kali/menit, *Palpasi*: terdengar suara timpani saat dilakukan perkusi.

j) Genetalia

Pasien BAK menggunakan pispot, urin berwarna kuning, bau kas, volume urine 1200 /7 jam (jam 05.12-12.00)

k) Extremitas

Tidak ada edema, Pada kaki kanan Kulit tampak kering, gatal, dan mengelupas akibat garukan. Bagian akral terasa hangat, dan kekuatan otot dalam batas normal.

5	5
5	5

g. Pemeriksaan penunjang

Table 4. 2 Pemeriksaan penunjang

Nama pemeriksaan	09/12/2025	10/12/25	11/12/25	12/12/25	Normal
Leukosit	7.740/ul				3.800-10.600
Hemoglobin	13.6 g/dl				13.2-17.3
Eritrosit	4.70 /ul				4.40-5.90
Hematokrit	39.0%				40.0-52.0
Creatinin	0.6 mg/dl				0.6-1.1
Kalium	3.9 Mmol/l				3.50-5.50
Natrium	136 Mmol/l				136-150
Clorida	87 Mmol/l				96-110
Calsium	1.0 Mmol/l				1.09-1.30
GDS	**354 mg/dl**				<200
GDP		**185 mg/dl**	136 mg/dl	97 mg/dl	74-126

h. Terapi medis

1. Inf. Pz 500 ml
2. Iv. Santagesik 3x 500mg
3. Iv. Ceftriaxone 2x 500mg
4. Iv. Ketorolac 3x 30mg/ml
5. Salep Hydrocortisone1x3 5g
6. Sc. Sansulin Log 8 unit

i. Analisa Data

Table 4. 3 Analisa data

Analisa Data	Etiologi	Masalah
DS : ▪ Pasien mengatakan merasa lemas dan pusing ▪ Pasien mengatakan kurang nafsu makan DO : ▪ Kesadaran : Composmetis	Resistensi Insulin	Ketidakstabilan kadarglukosa darah

▪ Pasien tampak lemah ▪ GDS: 354 mg/dl ▪ Keadaan umum : Lemah ▪ TTV : TD :172/119 mmhg Suhu :36,7 C° Nadi :86x/menit RR :20x/menit		
DS : Pasien mengatakan kulit kaki kanan mengalami kemerahan,kering dan gatal, sehingga kulitnya mengelupas karena digaruk. DO: ▪ Kulit kemerahan,kering dan mengelupas disertai ada bekas garukan ▪ Diagnosa medis diabetes tipe II ▪ GDS : 354 mg/dl	Neuropati Perifer	Gangguan integritas kulit/jaringan

3. Diagnosa Keperawatan

   a. Ketidakstabilan glukosa darah b.d resistensi insulin d.d mengeluh lemah, tingginya gula darah (D. 0027)

   b. Gangguan integritas kulit/jaringan b.d neuropati perifer d.d pasien mengatakan kulit kaki kemerahan, kering dan mengelupas (D. 0129)

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 4. 4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D. 0027)	Kestabilan kadar glukosa darah (L. 05022) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Kestabilan kadar glukosa darah menigkat Dengan kriteria hasil : 1. Lemah menurun (5) 2. Kadar glukosa dalam darah membaik (5) 3. Pusing menurun (5) 4. Lelah atau lesu meurun (5)	Manajemen Hiperglikemia(I. 03115) **Observasi :** 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis: penyakit kambuhan)

			3. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 4. Monitor intake dan output cairan **Terapeutik :** 5. Berikan asupan cairan oral **Edukasi :** 7. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri dirumah 8. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 9. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis: penggunaan insulin, obat oral) **Kolaborasi :** 10. Kolaborasi pemberian insulin 11. Kolaborasi pemberian cairan IV
2.	Gangguan integritas kulit/ jaringan (D. 0129)	Integritas kulit dan jaringan (L. 14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Integritas kulit dan jaringan menigkat Dengan kriteria hasil 1. Kerusakan lapisan kulit menuru (5) 2. Kemerahan menurun (5) 3. Suhu kulit membaik (5)	**Perawatan Integritas Kulit (I.11353)** **Observasi :** 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan 2. kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) **Terapeutik :** 3. Ubah posisi setiap 2 jam 4. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive **Edukasi :** 4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim

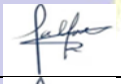
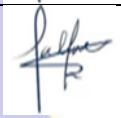
Sumber : SDKI, SLKI,SIKI 2020

6. Implementasi Keperawatan

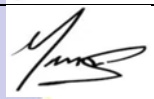
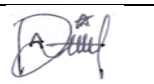
Tabel 4. 5 Implementasi Keperawatan

No.	Hari/tanggal	Jam		Tindakan keperawatan	TTD
1.	Selasa 09-12-2925 (Shif Pagi)	12.03	1.	Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia (pasien tidak patuh diet DM, aktivitas fisik rendah, dan jarang kontrol gula darah sehingga kebutuhan insulin meningkat)	
		06.00	2.	Memonitor kadar glukosa daranh (Glukosa sewaktu: 354 mg/dl)	
		12.13	3.	Memberikan asupan cairan oral (air putih dan makanan rendah gula dan garam)	
		12.33	4.	Menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga (Pasien dianjurkan patuh diet diabetes dan melakukan aktivitas fisik ringan)	
		06.00	5.	Melaksanakan pemberian insulin (Sansulin Log 8 unit)	
		14,12	6.	Memberikan cairan (infus. Pz 15 tpm)	
2.		12.30	1.	Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (Pasien mengatakan menderita DM dan kulit kaki sering kering serta mengelupas)	
		12.35	2.	Mengidentifikasi kelembaban dan suhu lingkungan (Pasien mengatakan kulit kaki terasa kering terutama setelah mandi)	
		12.55	3.	Menganjurkan mengubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring (Pasien mengatakan bersedia mengubah posisi secara berkala)	
		13.37	4.	Gunakan produk berbahan ringan dan hipoalergik pada kulit sensitive (px mengunakan salep Hydrocortisone)	
		13.38	5.	Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur (Pasien dianjurkan mengonsumsi sayur 3–4 porsi per hari (1 porsi = ±1 mangkuk kecil) seperti bayam, kangkung, brokoli, dan wortel, serta buah 2–3 porsi per hari (1 porsi = 1 buah ukuran sedang)	
		13.42	6.	Menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim (Pasien mengatakan tidak bisa menghindari suhu panas soalnya pekerjaanya di sawah)	

1.	Selasa 09-12-2925 (Shif Siang)	15.00	1.	Memberikan asupan cairan oral (air putih dan makanan rendah gula dan garam)	
		15.31	2.	Menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga (Pasien dianjurkan patuh diet diabetes dan melakukan aktivitas fisik ringan)	
		16.00	3.	Megidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat	
		20.30	4.	Berkolaborasi pemberian cairan (infus. Pz 15 tpm)	
2.		16.15	1.	Mengidentifikasi kelembaban dan suhu lingkungan (Pasien mengatakan kulit kaki terasa kering terutama setelah mandi)	
		16.19	2.	Menganjurkan mengubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring (Pasien mengatakan bersedia mengubah posisi secara berkala)	
		16,22	3.	Gunakan produk berbahan ringan dan hipoalergik pada kulit sensitive (px mengunakan salep Hydrocortisone))	
1.	Selasa 09-12-2925 (Shif Malam)	22.00	1.	Memberikan asupan cairan oral (air putih dan makanan rendah gula dan garam)	
		23.00	2.	Memonitor intake dan output cairan (Intake cairan ±1900 ml/24 jam, output urin +1500 ml/24 jam)	
		05.00	3.	Berkolaborasi pemberian cairan (infus. Pz 15 tpm)	
		22.00	4.	Berkolaborasi pemberian insulin (Sansulin Log 8 unit)	
2.		21.10	1.	Mengidentifikasi kelembaban dan suhu lingkungan (Pasien mengatakan kulit kaki terasa kering terutama setelah mandi)	
		21.15	2.	Gunakan produk berbahan ringan dan hipoalergik pada kulit sensitive (px mengunakan salep Hydrocortisone))	
1.	Rabu 10-12-2925 (Shif Pagi)	07.30	1.	Mengidentifikasi situasi penyebab peningkatan glukosa darah (px mengatakan khawatir akan keadaannya)	
		07.35	2.	Memonitor kadar glukosa darah (GDP 185 ml/dl)	
		08.00	3.	Memberikan asupan oral (diet Bubur dewasa 1500 kalori)	

		08.15	4.	Menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga (px mengerti yang disampaikan diet makanan manis dan sering jalan kaki)	
		07.55	5.	Berkolaborasi pemberian insulin (Sansulin Log 8 unit)	
2.		07.32	1.	Mengidentifikasi kelembaban dan suhu lingkungan (Pasien mengatakan kulit kaki terasa kering terutama setelah mandi)	
		07.37	2.	Gunakan produk berbahan ringan dan hipoalergik pada kulit sensitive (px mengunakan salep kortikosteroid)	
		07.38	3.	Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur (Pasien mengatakan akan mencoba konsumsi buah dan sayur)	
1.	Rabu 10-12-2925 (Shif Siang)	14.30	1.	Memberikan asupan cairan oral (air putih dan makanan rendah gula dan garam)	
		14.25	2.	Menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga (Pasien dianjurkan patuh diet diabetes dan melakukan aktivitas fisik ringan)	
		14.38	3.	Megidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat	
		19.45	4.	Berkolaborasi pemberian cairan (infus. Pz 15 tpm)	
2.		14.33	1.	Mengidentifikasi kelembaban dan suhu lingkungan (Pasien mengatakan kulit kaki terasa kering terutama setelah mandi)	
		14.55	2.	Menganjurkan mengubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring (Pasien mengatakan bersedia mengubah posisi secara berkala)	
		14.56	3.	Gunakan produk berbahan ringan dan hipoalergik pada kulit sensitive (px mengunakan salep Hydrocortisone))	
1.	Rabu 10-12-2925 (Shif Malam)	22.23	1.	Memberikan asupan cairan oral (air putih dan makanan rendah gula dan garam)	
		22.45	2.	Megidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat	
		00.00	3.	Memonitor intake dan output cairan (Intake cairan ±2000 ml/24 jam, output urin +1600 ml/24 jam)	

		04.30	4.	Berkolaborasi pemberian cairan (infus. Pz 15 tpm)	
		22.00	5.	Berkolaborasi pemberian insulin (Sansulin Log 8 unit)	
2.		22.25	1.	Mengidentifikasi kelembaban dan suhu lingkungan (Pasien mengatakan kulit kaki terasa kering terutama setelah mandi)	
		22.25	2.	Gunakan produk berbahan ringan dan hipoalergik pada kulit sensitive (px mengunakan salep Hydrocortisone))	
1	Kamis 11-12-2025 (Shif Pagi)	07.00	1.	Mengidentifikasi situasi penyebab peningkatan glukosa darah (px mengatakan sudah lumayan bisa mengontrol dirinya	
		07.05	2.	Memonitor kadar glukosa darah (GDP 136 ml/dl)	
		08.00	3.	Memberikan asupan oral (diet Bubur dewasa 1500 kalori)	
		08.10	4.	Menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga (px mengerti yang disampaikan diet makanan manis dan sering jalan kaki)	
		07.52	5.	Berkolaborasi pemberian insulin (Sansulin Log 8 unit)	
2.		07.03	1.	Mengidentifikasi kelembaban dan suhu lingkungan (Pasien mengatakan kulit kaki terasa kering terutama setelah mandi)	
		07.05	2.	Menganjurkan mengubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring (Pasien mengatakan bersedia mengubah posisi secara berkala)	
		07.10	3.	Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive (px mengunakan salep Hydrocortisone)	
		07.11	4.	Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur (Pasien mengatakan akan mencoba konsumsi buah dan sayur)	
1.	Kamis 11-12-2025 (Shif siang)	15.00	1.	Memberikan asupan cairan oral (air putih dan makanan rendah gula dan garam)	
		15.45	2.	Menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga (Pasien dianjurkan patuh diet diabetes dan melakukan aktivitas fisik ringan)	

		15.59	3.	Megidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat	
		19.55	4.	Berkolaborasi pemberian cairan (infus. Pz 15 tpm)	
2.		15.20	1.	Mengidentifikasi kelembaban dan suhu lingkungan	
		15.27	2.	Menganjurkan mengubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring (Pasien mengatakan bersedia mengubah posisi secara berkala)	
		16.00	3.	Gunakan produk berbahan ringan dan hipoalergik pada kulit sensitive (px mengunakan salep Hydrocortisone))	
1.	Kamis 11-12-2025 (Shif malam)	21.30	1.	Memberikan asupan cairan oral (air putih dan makanan rendah gula dan garam)	
		22.00	2.	Megidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat	
		23.55	3.	Memonitor intake dan output cairan (Intake cairan ±1400 ml/24 jam, output urin +1000 ml/24 jam)	
		05.15	4.	Kolaborasi pemberian cairan (infus. Pz 15 tpm)	
		22.00	5.	Kolaborasi pemberian insulin (Sansulin Log 8 unit)	
2.		22.25	1.	Mengidentifikasi kelembaban dan suhu lingkungan (Pasien mengatakan kulit kaki terasa kering terutama setelah mandi)	
		22.26	2.	Gunakan produk berbahan ringan dan hipoalergik pada kulit sensitive (px mengunakan salep Hydrocortisone))	
1.	Jumat 12-12-2025 (Shif Pagi)	07.00	1.	Memonitor kadar glukosa darah (GDP 97 ml/dl)	
		07.05	2.	Memberikan asupan oral (diet Bubur dewasa 1500 kalori)	
		08.00	3.	Menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga (px mengerti yang disampaikan diet makanan manis dan sering jalan kaki)	
2.		07.03	1.	Mengidentifikasi kelembaban dan suhu lingkungan (Pasien mengatakan kulit kaki sudah lumayan	
		07.15	2.	Gunakan produk berbahan ringan dan hipoalergik pada kulit	

			sensitive (px mengunakan salep Hydrocortisone)	
	07.20	3.	Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur (Pasien mengatakan akan mencoba konsumsi buah dan sayur)	
	07.25	4.	Menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim (Pasien mengatakan akan menghindari suhu panas)	

7. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 6 Evaluasi Keperawatan

No.	Diagnosa keperawatan	Hari/tanggal	Evaluasi	TTD
1.	Ketidakstabilan kadar gula darah	Selasa 09-12-2025 (Shif pagi)	S : ▪ klien mengatakan masih merasa lemah dan pusing ▪ klien mengatakan nafsu makan masih kurang O : ▪ Pasien tampak lemas ▪ GDS: 354 mg/dl ▪ Keadaan umum : Lemah ▪ TTV : TD :172/119 mmhg Suhu :36,8 C° Nadi :91x/menit RR :20x/menit SPO2 :100% A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi. P: Intervensi Dilanjutkan 1. Identifikasi situasi penyebab peningkatan glukosa darah 2. Monitor GDS secara berkala 3. Edukasi diet diabetes 4. Kolaborasipemberian insulin/obat oral	 (Dita)
2.	Gangguan integritas kulit/jaringan	Selasa 09-12-2025 (Shif pagi)	S: Pasien mengatakan Kulit Kakinya masih terasa gatal dan mengelupas O: ▪ Kulit kering dan mengelupas ▪ Kemerahan menurun ▪ Suhu 36,8 C A: Gangguan integritas kulit belum teratasi. P: Intervensi Dilanjutkan 1. Mengidentifikasi kelembaban dan suhu	 (Dita)

			2. Gunakan produk berbahan ringan dan hipoalergik pada kulit sensitive 3. Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 4. Menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim	
1.	Ketidakstabilan kadar gula darah	Selasa 09-12-2025 (Shif siang)	S : klien mengatakan masih merasa lemah dan pusing O : ▪ Pasien lemas ▪ Keadaan umum : Lemah ▪ TTV : TD :168/108 mmhg Suhu :36,6 C° Nadi :89x/menit RR :20x/menit SPO2 :100% A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi. P: Intervensi Dilanjutkan 1. Memberikan asupan oral 2. Edukasi diet diabetes 3. Kolaborasi pemberian cairan 4. Kolaborasipemberian insulin/obat oral	(Perawat siang)
2.	Gangguan integritas kulit/jaringan	Selasa 09-12-2025 (Shif siang)	S: Pasien mengatakan Kulit Kakinya Kering O: ▪ Kulit tampak kering ▪ Kemerahan menurun ▪ Suhu :36.6 C A: Gangguan integritas kulit belum teratasi. P: Intervensi Dilanjutkan 1. Mengidentifikasi kelembaban dan suhu 2. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive	(Perawat siang)
1.	Ketidakstabilan kadar gula darah	Selasa 09-12-2025 (Shif malam)	S : klien mengatakan masih merasa lemah dan sudah lumayan tidak pusing O : ▪ Lemah menurun ▪ TTV : TD :158/105 mmhg Suhu :36,7 C°	(Perawat malam)

			Nadi :95x/menit RR :20x/menit SPO2 :100% A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi. P: Intervensi Dilanjutkan 1. Memberikan asupan oral 2. Edukasi diet diabetes 3. Kolaborasi pemberian cairan 4. Kolaborasipemberian insulin/obat oral	
2.	Gangguan integritas kulit/jaringan	Selasa 09-12-2025 (Shif malam)	S: Pasien mengatakan Kulit Kakinya Kering O: Kulit tampak kering A: Gangguan integritas kulit belum teratasi. P: Intervensi Dilanjutkan 1. Mengidentifikasi kelembaban dan suhu 2. Gunakan produk berbahan ringan dan hipoalergik pada kulit sensitive	 (Perawat malam)
1.	Ketidakstabilan kadar gula darah	Rabu 10-12-2025 (Shif pagi)	S : ▪ klien mengatakan masih merasa lemas sudah lumayan tidak pusing ▪ Pasien mengatakan makan pagi hanya 7 sendok saja O : Pasien masih tampak lemas ▪ Glukosa puasa: 185 mg/dl ▪ Nafsu makan pasien meningkat 1/5 porsi RS ▪ TTV : TD :159/106 mmhg Suhu :36,8 C° Nadi :87x/menit RR :20x/menit SPO2 :100% A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi. P: Intervensi Dilanjutkan 1. Identifikasi situasi penyebab peningkatan glukosa darah 2. Monitor GDS secara berkala 3. Memberikan asupan oral 4. Edukasi diet diabetes 5. Kolaborasipemberian insulin/obat oral	 (Dita)
2.	Gangguan integritas kulit/jaringan	Rabu 10-12-2025 (Shif Pagi)	S: Pasien mengatakan Kulit Kakinya masih terasa gatal dan mengelupas	

			O: Kulit tampak kemerahan, kering dan mengelupas A: Gangguan integritas kulit belum teratasi. P: Intervensi Dilanjutkan 1. Mengidentifikasi kelembaban dan suhu 2. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 3. Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 4. Menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim	(Dita)
1.	Ketidakstabilan kadar gula darah	Rabu 10-12-2025 (Shif siang)	S :klien mengatakan masih merasa lemas sudah lumayan tidak pusing O : Glukosa puasa: 185 mg/dl ▪ 1/5 porsi RS ▪ TTV : TD :167/111 mmhg Suhu :36,8 C° Nadi :87/menit RR :20x/menit SPO2 :100% A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi. P: Intervensi Dilanjutkan 1. Memberikan asupan oral 2. Edukasi diet diabetes 3. Kolaborasipemberian insulin/obat oral	(Perawat siang)
2.	Gangguan integritas kulit/jaringan	Rabu 10-12-2025 (Shif siang)	S: Pasien mengatakan Kulit Kakinya sudah lumayan tidak gatal dan mengelupas O: Kulit kering dan mengelupas A: Gangguan integritas kulit belum teratasi. P: Intervensi Dilanjutkan 1. Mengidentifikasi kelembaban dan suhu 2. Gunakan produk berbahan ringan dan hipoalergik pada kulit sensitive	(Perawat siang)

1.	Ketidakstabilan kadar gula darah	Rabu 10-12-2025 (Shif malam)	S :klien mengatakan sudah mulai bugar dan tidak pusing O : TTV : TD :145/98 mmhg Suhu :36,7 C° Nadi :93/menit RR :20x/menit SPO2 :100% A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi. P: Intervensi Dilanjutkan 1. Memberikan asupan oral 2. Edukasi diet diabetes 3. Kolaborasipemberian insulin/obat oral	 (Perawat malam)
2.	Gangguan integritas kulit/jaringan	Rabu 10-12-2025 (Shif malam)	S: Pasien mengatakan kakinya sudah tidak gatal tapi masih kemerahan O: Kulit kaki masih Kemerahan dan melengupas A: Gangguan integritas kulit Teratasi sebagian. P: Intervensi Dilanjutkan 1. Mengidentifikasi kelembaban dan suhu 2. Gunakan produk berbahan ringan dan hipoalergik pada kulit sensitive	 (Perawat malam)
1.	Ketidakstabilan kadar gula darah	Kamis 11-12-2025 (Shif pagi)	S: ▪ Pasien mengatakan sudah mulai bugar dan tidak pusing ▪ Pasien mengatakan nafsu makannya bertambah O : ▪ Pasien tampak lebih segar ▪ Nafsu makan pasien meningkat 1 porsi RS ▪ GDP: 136 mg/dl ▪ TTV : TD :149/109 mmhg Suhu :36,8 C° Nadi :80x/menit RR :20x/menit SPO2 :100% A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian. P: Intervensi Dilanjutkan 1. Identifikasi situasi penyebab peningkatan glukosa darah	 (Dita)

			2. Monitor GDS secara berkala 3. Memberikan asupan oral	
2.	Gangguan integritas kulit/jaringan	Kamis 11-12-2025 (Shif pagi)	S: Pasien mengatakan kakinya sudah tidak gatal tapi masih kemerahan O: Kulit kaki masih kemerahan, kering dan mengelupas A: Gangguan integritas kulit Teratasi sebagian. P: Intervensi Dilanjutkan 1. Mengidentifikasi kelembaban dan suhu 2. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 3. Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 4. Menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim	 (Dita)
1.	Ketidakstabilan kadar gula darah	Kamis 11-12-2025 (Shif siang)	S: ▪ Pasien mengatakan sudah mulai bugar dan tidak pusing ▪ Pasien mengatakan nafsu makannya bertambah O : ▪ Nafsu makan pasien meningkat 1 porsi RS ▪ TTV : TD :148/109 mmhg Suhu :36,9 C° Nadi :90/menit RR :20x/menit SPO2 :100% A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian. P: Intervensi Dilanjutkan 1. Memberikan asupan oral 2. Edukasi diet diabetes 3. Kolaborasipemberian insulin/obat oral	 (Perawat siang)
2.	Gangguan integritas kulit/jaringan	Kamis 11-12-2025 (Shif siang)	S: Pasien mengatakan luka sudah membaik dan tidak ada keluhan. O: Kulit kaki px sudah tidak terlalu kemerahan, kering dan mengelupas	 (Perawat siang)

			A: Gangguan integritas kulit Teratasi sebagian. P: Intervensi Dilanjutkan 1. Mengidentifikasi kelembaban dan suhu 2. Gunakan produk berbahan ringan dan hipoalergik pada kulit sensitive	
1.	Ketidakstabilan kadar gula darah	Kamis 11-12-2025 (Shif malam)	S: ▪ Pasien mengatakan sudah bugar ▪ Pasien mengatakan nafsu makannya bertambah O : ▪ Pasien lebih segar ▪ Nafsu makan pasien meningkat 1 porsi RS ▪ GDP: 97 mg/dl ▪ TTV : TD :150/111 mmhg Suhu :36,8 C° Nadi :89x/menit RR :20x/menit SPO2 :100% A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi. P: Intervensi Dihentikan 1. Memberikan asupan oral 2. Edukasi diet diabetes 3. Kolaborasipemberian insulin/obat oral	 (Perawat malam)
2.	Gangguan integritas kulit/jaringan	Kamis 11-12-2025 (Shif malam)	S: Pasien mengatakan luka sudah membaik dan tidak ada keluhan. O: Kulit kaki px sudah tidak terlalu kemerahan, kering dan mengelupas A: Gangguan integritas kulit Teratasi sebagian. P: Intervensi Dilanjutkan 1. Mengidentifikasi kelembaban dan suhu 2. Gunakan produk berbahan ringan dan hipoalergik pada kulit sensitive	 (Perawat malam)
1.	Ketidakstabilan kadar gula darah	Jumat 12-12-2025	S: ▪ Pasien mengatakan sudah bugar ▪ Pasien mengatakan nafsu makannya bertambah	 (Dita)

			O : ▪ Pasien tampak lebih segar ▪ Nafsu makan pasien meningkat 1 porsi RS ▪ GDP: 97 mg/dl ▪ TTV : TD :150/111 mmhg Suhu :36,8 C° Nadi :89x/menit RR :20x/menit SPO2 :100% A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi. P: Intervensi Dihentikan 4. Pertahankan diet dan kepatuhan obat 5. Anjurkan kontrol rutin 6. Masalah keperawatan selesai	
2.	Gangguan integritas kulit/jaringan	Jumat 12-12-2025	S: Pasien mengatakan luka sudah membaik dan tidak ada keluhan. O: Kulit kaki px sudah lumayan tidak kemerahan, kering dan mengelupas A: Gangguan integritas kulit teratasi. P: Intervensi Dihentikan 1. Edukasi perawatan kulit di rumah 2. Masalah keperawatan selesai	 (Dita)

4.2 PEMBAHASAN

Pada bab ini, penulis memaparkan pembahasan hasil laporan kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis Diabetes Melitus Tipe II yang dirawat di RSI Sakinah Mojokerto. Pembahasan dilakukan secara komprehensif mulai dari hari pertama perawatan hingga pasien dinyatakan keluar rumah sakit (KRS). Ruang lingkup pembahasan dalam bab ini meliputi hasil pengkajian keperawatan, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan dan pelaksanaan intervensi berdasarkan SLKI dan SIKI, serta evaluasi asuhan keperawatan yang

disusun secara sistematis sesuai dengan proses keperawatan selama pasien dirawat hingga KRS.

4.2 1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada Tn. S dilakukan pada tanggal 09 Desember 2025 pukul 12.00 WIB melalui wawancara dengan pasien dan keluarga, observasi langsung, pemeriksaan fisik, serta peninjauan rekam medis. Tn. S merupakan laki-laki berusia 64 tahun dengan diagnosis medis Diabetes Melitus Tipe II yang telah diderita selama kurang lebih 4 tahun. Berdasarkan hasil anamnesis dan riwayat kesehatan, pasien memiliki pola makan yang tidak terkontrol, sering mengonsumsi makanan manis dan tinggi karbohidrat, jarang melakukan aktivitas fisik, serta tidak rutin melakukan kontrol kesehatan, Kondisi tersebut berkontribusi terhadap ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan hasil leb 354 mg/dl, Menurut Suddarth *et al* (2021) Diabetes Melitus Tipe II merupakan penyakit metabolik kronis yang terjadi akibat resistensi insulin dan/atau penurunan sekresi insulin sehingga menyebabkan peningkatan kadar glukosa darah. Ketidakpatuhan terhadap pengelolaan diabetes, terutama dalam pengaturan diet, konsumsi obat, dan pemantauan kesehatan, dapat menyebabkan kadar glukosa darah tetap tinggi dan sulit terkontrol. Menurut Peneliti bahwa kadar glukosa darah yang tinggi pada Tn. S menunjukkan kondisi hiperglikemia yang perlu mendapat perhatian serius karena dapat memperburuk keadaan pasien dan meningkatkan risiko komplikasi. Peneliti menilai bahwa pasien memerlukan pengelolaan diabetes yang lebih optimal melalui edukasi kesehatan dan perawatan berkelanjutan agar kadar gula darah dapat lebih stabil.

Pasien mengeluhkan lemas, pusing, serta perubahan kondisi kulit pada ekstremitas bawah seperti kulit kaki kering, gatal dan kemerahan, Kondisi ini berkaitan erat dengan Diabetes Melitus Tipe II yang diderita pasien, dimana menurut Smeltzer dan Bare *et al* (2021) DM menyebabkan gangguan metabolisme glukosa akibat resistensi atau kekurangan insulin sehingga glukosa tidak dapat dimanfaatkan secara optimal sebagai sumber energi, yang membuat pasien mudah lelah dan mengalami penurunan toleransi aktivitas. Selain itu, menurut Suddarth *et al* (2022) fluktuasi kadar glukosa darah dapat mengganggu suplai energi ke otak sehingga memicu keluhan pusing, serta dalam jangka panjang dapat diperberat oleh neuropati otonom dan hipotensi ortostatik. Diabetes yang berlangsung lama juga dapat menyebabkan gangguan sirkulasi perifer dan kerusakan saraf, sehingga aliran darah dan fungsi kelenjar keringat pada ekstremitas bawah menurun dan mengakibatkan kulit menjadi kering, gatal, Peneliti berpendapat bahwa keluhan yang dialami pasien merupakan dampak dari hiperglikemia kronis dan komplikasi DM, sehingga diperlukan pengendalian kadar glukosa darah, perawatan kulit, serta edukasi untuk mencegah terjadinya luka diabetik dan komplikasi lebih lanjut.

4.2 2 Diagnosa keperawataan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Diabetes Melitus Tipe II yaitu Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan metabolisme glukosa (resistensi insulin) ditandai dengan kadar gula darah meningkat di atas normal, serta Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan sirkulasi perifer dan kerusakan jaringan ditandai dengan kulit ekstremitas bawah kering, bersisik, gatal dan kemerahan.

1. Ketidaktabilan kadar glukosa darah

Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn. S ditemukan data subjektif (DS) pasien mengeluh tubuh terasa lemah, cepat lelah, disertai pusing serta sering buang air kecil. Data objektif (DO) menunjukkan pasien tampak lemah dengan hasil pemeriksaan glukosa darah sewaktu (GDS) mencapai 354 mg/dL. Fakta tersebut menunjukkan adanya hiperglikemia yang nyata, dimana kadar glukosa darah berada jauh di atas rentang normal, sehingga mendukung diagnosis keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah pada pasien Diabetes Melitus Tipe II. Kondisi ini mencerminkan bahwa tubuh pasien belum mampu mengontrol kadar gula darah secara optimal dan menimbulkan keluhan fisik yang dirasakan pasien.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2017), ketidakstabilan kadar glukosa darah didefinisikan sebagai variasi kadar glukosa darah yang naik atau turun dari rentang normal, dengan tanda mayor berupa kadar glukosa darah tinggi atau rendah disertai gejala seperti lelah, pusing, dan mulut kering. Menurut Triastuti *et al.* (2021), Diabetes Melitus merupakan kondisi metabolik kronis yang ditandai dengan kadar gula darah tinggi akibat resistensi insulin, sehingga glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel dan menumpuk di dalam darah. Widiasari *et al*. (2021) menambahkan bahwa resistensi insulin yang berlangsung lama menyebabkan hiperglikemia kronis dan fluktuasi kadar gula darah yang tidak stabil, sehingga muncul masalah keperawatan berupa ketidakstabilan kadar glukosa darah. Oleh karena itu, kondisi ini menjadi masalah utama pada pasien DM tipe 2 yang memerlukan pemantauan dan manajemen keperawatan secara berkelanjutan

Menurut peneliti ketidakstabilan kadar glukosa darah pada pasien terjadi karena adanya gangguan kerja insulin yang tidak efektif. Walaupun insulin masih diproduksi, tubuh pasien tidak mampu menggunakan insulin secara optimal sehingga glukosa tetap berada dalam sirkulasi darah. Hal ini menyebabkan kadar gula darah meningkat tajam dan menimbulkan keluhan lemah serta mudah lelah. Oleh karena itu, diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah menjadi prioritas utama karena dapat memengaruhi metabolisme tubuh serta memperburuk kondisi pasien bila tidak segera ditangani.

2. Gangguan intergritas kulit

Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn. S ditemukan adanya masalah pada kondisi kulit ekstremitas bawah. Data subjektif menunjukkan pasien mengatakan kulit kaki kanan mengalami kemerahan, kering, dan terasa gatal sehingga pasien sering menggaruk bagian tersebut sampai kulit mengelupas. Keluhan ini menunjukkan adanya gangguan pada struktur dan fungsi perlindungan kulit. Data objektif juga mendukung adanya kerusakan integritas kulit, yaitu tampak kulit kemerahan, kering, mengelupas, serta terdapat bekas garukan pada area kaki pasien. Selain itu, pasien memiliki riwayat diagnosis medis Diabetes Melitus tipe 2 dengan kadar glukosa darah sewaktu yang tinggi yaitu 354 mg/dL, yang dapat memperburuk kondisi kulit serta menghambat proses penyembuhan. Kondisi ini menjadi dasar penegakan diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan pada pasien.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2017), gangguan integritas kulit/jaringan didefinisikan sebagai kerusakan pada lapisan epidermis dan/atau dermis yang ditandai dengan perubahan kondisi kulit seperti

luka, kemerahan, kulit kering, gatal, atau jaringan yang tidak utuh. Widiasari *et al.* (2021) menjelaskan bahwa hiperglikemia kronis pada Diabetes Melitus tipe 2 dapat menyebabkan gangguan perfusi jaringan terutama pada ekstremitas bawah, sehingga pasokan oksigen dan nutrisi ke kulit berkurang dan penyembuhan luka berlangsung lambat. Hiperglikemia yang tidak terkontrol juga dapat memicu neuropati perifer yang menyebabkan penurunan sensasi pada kaki, sehingga pasien sering tidak menyadari adanya luka kecil yang dapat berkembang menjadi ulkus diabetik. Oleh karena itu, gangguan integritas kulit/jaringan merupakan masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien DM tipe 2 karena kulit ekstremitas bawah lebih rentan mengalami kerusakan dan sulit sembuh.

Menurut peneliti gangguan integritas kulit yang dialami Tn.S berkaitan erat dengan komplikasi DM tipe 2 berupa neuropati perifer. Neuropati perifer menyebabkan penurunan sensasi pada ekstremitas, sehingga pasien sering tidak menyadari adanya iritasi atau luka kecil pada kulit. Akibatnya, pasien cenderung menggaruk kulit yang gatal tanpa menyadari bahwa tindakan tersebut dapat memperparah kerusakan jaringan. Selain itu, kadar glukosa darah yang tinggi menyebabkan sirkulasi darah ke ekstremitas menurun, sehingga pasokan oksigen dan nutrisi pada jaringan kulit menjadi berkurang. Kondisi ini membuat kulit menjadi lebih kering, mudah pecah, dan sulit mengalami regenerasi. peneliti berpendapat bahwa apabila gangguan integritas kulit ini tidak segera ditangani, pasien berisiko mengalami infeksi, ulkus kaki diabetik, bahkan komplikasi berat seperti amputasi.

4.2 4 Intervensi keperawataan

Intervensi keperawatan dilakukan pada masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah melalui manajemen hiperglikemia, serta gangguan integritas kulit/jaringan melalui perawatan intergritas kulit. Tindakan ini bertujuan menstabilkan gula darah dan menjaga integritas kulit pasien.

1. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Pada Tn. S ditemukan adanya hiperglikemia yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah sewaktu serta keluhan lemah, cepat lelah, dan sering buang air kecil. Berdasarkan kondisi tersebut, intervensi keperawatan yang disusun meliputi monitoring kadar glukosa darah secara berkala, pemantauan tanda-tanda ketidakseimbangan glukosa, pengaturan kebutuhan nutrisi sesuai diet diabetes, serta pemberian edukasi kepada pasien mengenai pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan dan pengendalian pola hidup. Selain itu, perawat juga melakukan kolaborasi dengan tenaga medis dalam pemberian insulin atau terapi farmakologis sesuai indikasi.

Menurut PPNI Tim Pokja SIKI (2018), intervensi keperawatan pada pasien DM tipe 2 dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah dilakukan melalui manajemen hiperglikemia, meliputi pemantauan kadar glukosa darah secara berkala, monitoring intake dan output cairan, pemberian asupan cairan oral, edukasi kepatuhan diet dan olahraga, serta kolaborasi terapi insulin sesuai indikasi medis untuk mencapai kestabilan glikemik dan mencegah komplikasi. Hal ini sejalan dengan Triastuti et al. (2021) yang menyatakan bahwa DM tipe 2 merupakan penyakit metabolik kronis akibat resistensi insulin sehingga glukosa tidak dimanfaatkan optimal dan menyebabkan hiperglikemia, sehingga diperlukan

pengendalian melalui pemantauan gula darah, modifikasi pola makan, aktivitas fisik, serta terapi obat. Selain itu, Care & Suppl et al. (2022) menegaskan bahwa pengelolaan DM tipe 2 harus dilakukan secara komprehensif dan berkelanjutan untuk mencapai kontrol glikemik yang stabil serta mencegah komplikasi jangka panjang.

Menurut peneliti, intervensi tersebut sangat diperlukan karena kestabilan kadar glukosa darah merupakan indikator utama keberhasilan manajemen diabetes. Monitoring yang rutin membantu perawat mendeteksi perubahan kadar glukosa secara cepat sehingga tindakan korektif dapat segera diberikan. Edukasi juga menjadi bagian penting karena pengelolaan DM tipe 2 membutuhkan keterlibatan aktif pasien dalam menjalankan diet, aktivitas fisik, serta terapi obat secara teratur. Dengan intervensi yang tepat, risiko komplikasi seperti ketoasidosis, neuropati, maupun kerusakan organ dapat dicegah.

2. Gangguan intergritas kulit

Pada Tn.S ditemukan adanya gangguan pada integritas kulit yang ditandai dengan kulit ekstremitas bawah tampak kering, kemerahan, mengelupas, serta terdapat bekas garukan. Berdasarkan kondisi tersebut, intervensi keperawatan yang direncanakan meliputi perawatan kulit secara rutin, menjaga kebersihan dan kelembaban area yang mengalami kerusakan, pemantauan adanya tanda-tanda infeksi, serta edukasi kepada pasien mengenai perawatan kaki diabetik dan pencegahan luka. Selain itu, dilakukan kolaborasi dengan tim medis apabila ditemukan luka yang memburuk atau membutuhkan terapi lanjutan.

Menurut PPNI Tim Pokja SIKI (2018), intervensi keperawatan pada gangguan integritas kulit meliputi perawatan kulit, menjaga kebersihan serta kelembaban area

yang rusak, memantau tanda-tanda infeksi, serta memberikan edukasi perawatan kaki diabetik guna mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut. Menurut Radhi *et al*. (2021), hiperglikemia kronis pada DM tipe 2 dapat menyebabkan gangguan perfusi jaringan dan neuropati perifer sehingga kulit menjadi kering, mudah pecah, serta proses penyembuhan luka berlangsung lambat. Neuropati perifer juga menurunkan sensasi pada kaki sehingga pasien sering tidak menyadari adanya luka kecil yang dapat berkembang menjadi ulkus diabetik. Oleh karena itu, intervensi keperawatan yang berfokus pada perawatan kulit, pencegahan luka, serta pemantauan infeksi merupakan langkah penting untuk mempertahankan integritas jaringan pada pasien DM tipe 2.

Menurut peneliti, intervensi gangguan integritas kulit menjadi sangat penting pada pasien diabetes karena kerusakan kulit dapat berkembang menjadi luka kronis dan meningkatkan risiko infeksi. Perawatan kulit yang tepat dapat membantu mempertahankan fungsi proteksi kulit serta mencegah komplikasi seperti ulkus diabetik. Edukasi mengenai perawatan kaki juga diperlukan agar pasien mampu melakukan pencegahan secara mandiri dan mengurangi risiko cedera berulang pada ekstremitas bawah.

4.2 5 Implementasi keperawataan

Implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan dimana tindakan nyata diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang telah direncanakan dalam asuhan keperawatan, Zainuri (2024).

1. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Berdasarkan hasil implementasi keperawatan pada pasien Tn. S dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah, tindakan yang dilakukan meliputi pemantauan

kadar glukosa darah secara berkala, pemberian asupan cairan oral, edukasi mengenai kepatuhan diet diabetes dan pengobatan, serta kolaborasi pemberian insulin sesuai indikasi medis. Implementasi ini dilakukan secara rutin selama empat hari perawatan. Hasil pemantauan menunjukkan adanya penurunan kadar glukosa darah pasien dari 354 mg/dL pada hari pertama menjadi 185 mg/dL, hingga mencapai nilai normal 97 mg/dL pada akhir perawatan. Kondisi ini disertai dengan perbaikan keluhan pasien seperti tubuh lebih bugar dan nafsu makan meningkat.

Menurut Hasanuddin *et al.* (2020) implementasi merupakan tahap pelaksanaan rencana keperawatan yang telah ditetapkan, dimana perawat melaksanakan intervensi secara mandiri, kolaboratif, dan edukatif sesuai respon pasien. Dalam kasus Diabetes Melitus tipe 2 dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah, implementasi difokuskan pada pemantauan kadar glukosa darah secara berkala, edukasi kepatuhan diet dan pengobatan, serta kolaborasi pemberian insulin untuk membantu mengontrol hiperglikemia akibat resistensi insulin. Monitoring yang dilakukan secara rutin bertujuan menjaga kestabilan kadar glukosa dan mencegah komplikasi lebih lanjut

Menurut peneliti, implementasi keperawatan yang diberikan sudah sesuai dengan prioritas masalah aktual pasien, karena ketidakstabilan kadar glukosa darah merupakan kondisi yang memerlukan penanganan segera untuk mencegah komplikasi akut maupun kronis. Pemantauan kadar glukosa darah secara teratur menjadi langkah penting dalam menilai efektivitas intervensi dan mencegah terjadinya hiperglikemia persisten. Selain itu, edukasi yang diberikan kepada pasien berperan dalam meningkatkan pemahaman dan kesadaran pasien terhadap pentingnya pengelolaan diabetes secara mandiri, sehingga dapat meningkatkan

kepatuhan terhadap diet, olahraga, serta pengobatan. Kolaborasi pemberian insulin juga dinilai efektif dalam membantu mencapai kestabilan kadar glukosa darah selama masa perawatan.

2. Gangguan intergritas kulit

Berdasarkan hasil implementasi keperawatan pada pasien DM tipe 2 dengan gangguan integritas kulit, tindakan yang dilakukan meliputi perawatan area kulit yang mengalami kemerahan dan mengelupas, menjaga kebersihan kulit, memantau adanya tanda infeksi, serta memberikan edukasi mengenai perawatan kaki dan pencegahan luka diabetik.

Menurut Widiasari *et al. (*2021), hiperglikemia kronis pada DM tipe 2 dapat menyebabkan gangguan perfusi dan neuropati perifer sehingga kulit menjadi kering, mudah rusak, serta penyembuhan luka berlangsung lambat. Oleh karena itu, perawatan integritas kulit dengan menjaga kebersihan dan kelembapan kulit, menggunakan pelembab pada area kering, merupakan intervensi utama untuk mempertahankan integritas jaringan pada pasien diabetes.

Menurut peneliti, implementasi keperawatan pada pasien DM tipe 2 dengan gangguan integritas kulit sangat penting dilakukan secara konsisten karena kondisi hiperglikemia yang tidak terkontrol dapat memperburuk kerusakan jaringan dan memperlambat proses penyembuhan luka. Tindakan menjaga kebersihan kulit, memantau tanda infeksi, serta mempertahankan kelembapan dengan penggunaan pelembab merupakan langkah sederhana namun efektif untuk mencegah komplikasi lebih lanjut seperti ulkus diabetik.

4.2 6 Evaluasi keperawatan

1. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan setelah dilakukan tindakan selama 4 hari perawatan, kadar glukosa darah pasien menunjukkan penurunan yang signifikan. Glukosa darah sewaktu pada hari pertama sebesar 354 mg/dL dan menurun hingga mencapai nilai normal 97 mg/dL pada akhir perawatan. Selain perbaikan kadar glukosa, kondisi umum pasien juga mengalami peningkatan. Pasien tampak lebih segar, nafsu makan meningkat. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi pemantauan glukosa, edukasi diet, serta kolaborasi pemberian insulin memberikan hasil yang positif. Pada hari terakhir evaluasi, masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah dinyatakan teratasi dan intervensi dihentikan dengan anjuran mempertahankan kepatuhan diet, obat, serta kontrol rutin.

Menurut Hasanuddin *et al*. (2020), implementasi dan evaluasi keperawatan pada pasien Tn. S difokuskan pada pemantauan kadar glukosa darah secara berkala, edukasi kepatuhan diet dan pengobatan, serta kolaborasi pemberian insulin untuk membantu mengontrol hiperglikemia akibat resistensi insulin. Monitoring rutin bertujuan menjaga kestabilan glukosa dan mencegah komplikasi lebih lanjut. Selain itu, Care & Suppl et al. (2022) menegaskan bahwa pengelolaan DM tipe 2 harus dilakukan secara komprehensif dan berkelanjutan untuk mencapai kontrol glikemik yang stabil serta mencegah terjadinya komplikasi jangka panjang.

Menurut peneliti, hasil evaluasi keperawatan menunjukkan bahwa masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah pada pasien mengalami perbaikan yang signifikan selama masa perawatan. Penurunan kadar glukosa darah dari kondisi hiperglikemia menuju nilai yang lebih stabil menandakan bahwa intervensi yang

diberikan, seperti pemantauan glukosa secara berkala, edukasi diet, serta kolaborasi terapi insulin, telah berjalan efektif sesuai kebutuhan pasien.Peneliti berpendapat bahwa keberhasilan evaluasi ini tidak hanya ditunjukkan oleh angka kadar glukosa darah yang menurun, tetapi juga oleh perbaikan kondisi klinis pasien, seperti berkurangnya keluhan lemas, meningkatnya nafsu makan, dan kondisi umum yang lebih stabil. Hal ini menunjukkan bahwa tindakan keperawatan mampu membantu pasien mencapai respon metabolik yang lebih baik.

2. Gangguan intergritas kulit

Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan pada pasien Tn.S dengan gangguan integritas kulit, setelah dilakukan tindakan selama masa perawatan, kondisi kulit pasien menunjukkan perbaikan. Pada hari terakhir evaluasi, pasien mengatakan luka sudah membaik dan tidak ada keluhan yang dirasakan. Secara objektif, kulit kaki pasien sudah tidak tampak kemerahan, tidak kering, serta tidak mengelupas seperti sebelumnya. Hal ini menunjukkan bahwa masalah gangguan integritas kulit telah teratasi sehingga intervensi dihentikan dengan edukasi perawatan kulit di rumah. Selain itu, selama perawatan tindakan yang dilakukan meliputi menjaga kebersihan kulit, melakukan perawatan pada area yang mengalami kerusakan, memantau adanya tanda infeksi, serta memberikan edukasi mengenai perawatan kaki dan pencegahan luka diabetik.

Menurut Widiasari et al. (2021), hiperglikemia kronis pada DM tipe 2 dapat menyebabkan gangguan perfusi jaringan serta neuropati perifer sehingga kulit menjadi kering, mudah pecah, rentan terinfeksi, dan proses penyembuhan luka berlangsung lambat. Neuropati perifer juga menyebabkan penurunan sensasi pada kaki sehingga pasien sering tidak menyadari adanya luka kecil yang dapat

berkembang menjadi ulkus diabetik. Selain itu, dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI 2020), perawatan integritas kulit dilakukan dengan cara menjaga kebersihan kelambapan kulit, mengidentifikasi penyebab kerusakan jaringan, memantau tanda infeksi, serta memberikan edukasi untuk mencegah trauma atau luka berulang pada ekstremitas.

Menurut peneliti, hasil evaluasi menunjukkan bahwa implementasi perawatan integritas kulit pada pasien DM tipe 2 memberikan dampak positif terhadap perbaikan kondisi jaringan. Kerusakan kulit yang awalnya tampak kering, kemerahan, dan mengelupas dapat membaik karena tindakan keperawatan dilakukan secara rutin dan terarah. Peneliti berpendapat bahwa keberhasilan evaluasi ini penting karena gangguan integritas kulit pada pasien diabetes berisiko berkembang menjadi luka kronis apabila tidak ditangani. Kulit yang rusak dapat menjadi pintu masuk infeksi dan meningkatkan kemungkinan terjadinya ulkus diabetik bahkan komplikasi berat seperti amputasi. Selain itu, edukasi perawatan kaki diabetik menjadi bagian penting agar pasien mampu melakukan pencegahan secara mandiri setelah pulang, sehingga risiko luka berulang dapat diminimalkan.

BAB 5
KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

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

1. Pengkajian yang dilakukan pada tanggal 09 Desember 2025 diperoleh data subjektif Tn.S yang mengeluhkan lemah, penurunan nafsu makan, serta luka di ekstremitas bawah. Data laboratorium menunjukkan glukosa darah sewaktu mencapai 354 mg/dL .
2. Diagnosis keperawatan yang ditetapkan meliputi ketidak stabilan glukosa darah darah akibat resistensi insulin, disertai Dengan Gangguan integritas kulit/jaringan akibat neuropati perifer, Diagnosa ini ditegakkan dengan data yang akurat dan mendukung.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan sesuai dengan standar SIKI, meliputi manajemen hiperglikemia, monitoring cairan, edukasi diet, serta perawatan integritas kulit. Intervensi dilakukan secara kolaboratif dengan tim medis, termasuk pemberian insulin dan edukasi mandiri.
4. Implementasi keperawatan dilakukan 3x24 jam secara rutin selama 4 hari berturut-turut, Hasil implementasi menunjukkan adanya penurunan kadar glukosa darah yang signifikan dan peningkatan kesadaran pasien terhadap pentingnya diet dan pengobatan.
5. Hasil Evaluasi menunjukkan bahwa sebagian tujuan keperawatan telah tercapai. Kadar glukosa darah menjadi stabil dan kondisi integritas kulit membaik. Kedua

masalah keperawatan dinyatakan teratasi, dengan anjuran pasien tetap patuh terhadap diet, pengobatan, perawatan kulit, dan kontrol rutin..

5.2 Saran

1. Bagi Keluarga

   Keluarga diharapkan dapat memberikan dukungan kepada pasien dalam menerapkan pola makan yang sesuai, mengingatkan kepatuhan minum obat, serta membantu memantau kondisi kesehatan pasien secara berkala.

2. Bagi Perawat

   Perawat diharapkan dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan melalui edukasi berkelanjutan, pemantauan kadar glukosa darah, serta perawatan integritas kulit secara optimal sesuai standar asuhan keperawatan.

3. Bagi peneliti selanjutnya

   Hasil studi kasus ini diharapkan dapat berguna menambah ilmu dalam keperawatan medikal bedah Pada klien dengan DM tepe II yang berkembang setiap tahunnya, juga memacu peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian dengan metode lain, seperti penelitian deskriptif dengan faktor yang berhubungan,Membandingkan, dll.

DAFTAR PUSTAKA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vianki, N. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Dengan Masalah Keperawatan Muhammadiyah Ponorogo. Gangguan Integritas Kulit. Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

Wibowo. (2021). Hubungan Indeks Massa Tubuh (IMT) Dengan Kadar Gula Darah Penderita Diabetes Mellitus (DM) Tipe 2 Rawat Jalan Di RS Tugurejo Semarang. Jurnal Gizi, 2(April), 18–25

Anastasya Montororing, M., Dewi, I., Nani Hasanuddin, S., Perintis Kemerdekaan VIII, J., & Makassar, K. (2024). Hubungan Antara Pola Makan dengan Peningkatan Kadar Gula Darah Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. JIMPK : Jurnal Ilmiah Mahasiswa & Penelitian Keperawatan, 4, 17–23.

Andika. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Yang Mengalami Gangren Dengan Gangguan Citra Diri Di Paviliun Dahlia Rsud Jombang. Jurnal STIKes Pemkab Jombang, 1–16.

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

Maria, I. (2021) Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus dan Asuhan Keperawatan Stroke. I. Yogyakarta: Deepublish Publisher.

Seputri, D. E. et al. (2022) „Asuhan Keperawatan pada Gangguan Integritas Kulit dengan Pemberian Rang of Motion (ROM) pada Pasien Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga Dewa Tahun 2022“, Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia Vol.1, 1(4), pp. 46–50.

Widiasari, K. R., Wijaya, I. M. K. and Suputra, P. A. (2021) „Diabetes Melitus Tipe 2: Faktor Risiko, Diagnosis, Dan Tatalaksana“, Ganesha Medicine, 1(2), pp. 114–120. doi: 10.23887/gm.v1i2.40006.

Goyal, R. et al. (2024) Type 2 Diabetes, StatPearls. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568737/ (Accessed: 1 April 2024).

Lampiran 1. Jadwal Kegiatan

JADWAL KEGIATAN

No	Kegiatan	Tabel																							
		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	Revisi proposal																								
6	Uji etik																								
7	Pengambilan dan pengelolaan data																								
8	Bimbingan hasil																								
9	Pendaftaran ujian siding																								
10	Ujian siding																								
11	Revisi KIA																								
12	Penggandaan, plagscan, dan pengumpulan skripsi																								

Lampiran 2 Penjelasan Dan Informasi

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Sadita Agus Wavi Anadia

NIM : 256410038

Program Studi : Profesi Ners

Saya saat ini sedang melakukan penelitian dengan judul: " Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Tipe II (Studi Kasus Di RSI Sakinah Mojokerto ". Berikut ini adalah penjelasan tentang penelitian yang dilakukan dan terkait dengan keikutsertaan sebagai responden dalam penelitian ini:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Tipe II (Studi Kasus Di RSI Sakinah Mojokerto
2. Apabila selama penelitian responden/keluarga responden merasa tidak nyaman, maka 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 dan tim ilmiah khususnya ITSKes ICMe Jombang.

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

Jombang,….Desember 2025

Peneliti

(Sadita Agus Wavi Anadia)

Lampiran 3 Pernyataan Persetujuan/ Inform Consent

LEMBARAN PERSETUJUAN MEENJADI RESPONDEN

INFORM CONSENT

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, saya yang betanda-tangan dibawah ini:

Nama (inisial):

Umur :

Jenis Kelamin :

Nama ortu :

Pekerjaan ortu :

Alamat :

Menyatakan (bersedia/tidak bersedia) menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan saudara Sadita Agus Wavi Anadia , Mahasiswa Profesi Ners Fakultas Kesehatan ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Tipe II (Studi Kasus Di RSI Sakinah Mojokerto "

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

Jombang, ….Desember 2025

Responden

(.....)

Lampiran 4. Format Asuhan Keperawatan

ASUHAN KEPERAWATAN

PADA PASIEN .....

DENGAN DIAGNOSA MEDIS .....

DI RUANG.....

DEPARTEMEN
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Disusun Oleh:

.....

.....

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
INSTIT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2024/2025

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

      .....

      .....

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

.....

.....

.....

.....

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

.....

.....

.....

.....

B. Pola Fungsi Kesehatan

1. Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan
   a. Merokok : Jumlah :…… Jenis:……Ketergantungan: .....
   b. Alkohol : Jumlah :…… Jenis:……Ketergantungan: .....
   c. Obat-obatan : Jumlah :…… Jenis:……Ketergantungan: .....
   d. Alergi : .....
   e. Harapan dirawat di RS : .....
   f. Pengetahuan tentang penyakit : .....
   g. Pengetahuan tentang keamanan dan keselamatan : .....
   h. Data lain : .....
2. Nutrisi dan Metabolik
   a. Jenis diet : .....
   b. Diet/Pantangan :.....
   c. Jumlah porsi :.....
   d. Nafsu makan : .....
   e. Kesulitan menelan :.....
   f. Jumlah cairan/minum :.....
   g. Jenis cairan :.....

1. Aktivitas dan Latihan

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

0: Mandiri 2: Dibantu orang 4: Tergantung total

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

a. Alat bantu :.....

b. Data lain :.....

2. Tidur dan Istirahat

a. Kebiasaan tidur : .....

b. Lama tidur:.....

c. Masalah tidur : .....

d. Data lain :.....

3. Eliminasi

a. Kebiasaan defekasi : .....

b. Pola defekasi :.....

c. Warna feses :.....

d. Kolostomi :.....

e. Kebiasaan miksi :.....

f. Pola miksi : .....

g. Warna urine :.....

h. Jumlah urine :.....

i. Data lain :.....

4. Pola Persepsi Diri (Konsep Diri)

a. Harga diri : .....

b. Peran : .....

c. Identitas diri : .....

d. Ideal diri :.....

e. Penampilan :.....

f. Koping : .....

g. Data lain :.....

5. Peran dan Hubungan Sosial

a. Peran saat ini :.....

b. Penampilan peran :.....

c. Sistem pendukung :.....

d. Interaksi dengan orang lain :.....

e. Data lain :.....

1. Seksual dan Reproduksi
   a. Frekuensi hubungan seksual : .....
   b. Hambatan hubungan seksual : .....
   c. Periode menstruasi : .....
   d. Masalah menstruasi : .....
   e. Data lain : .....
2. Kognitif Perseptual
   a. Keadaan mental : .....
   b. Berbicara : .....
   c. Kemampuan memahami : .....
   d. Ansietas : .....
   e. Pendengaran : .....
   f. Penglihatan : .....
   g. Nyeri : .....
   h. Data lain : .....
3. Nilai dan Keyakinan
   a. Agama yang dianut : .....
   b. Nilai/keyakinan terhadap penyakit : .....
   c. Data lain : .....

B. Pengkajian
   a. Vital Sign
      Tekanan Darah : ..... Nadi : .....
      Suhu : ..... RR : .....
   b. Kesadaran : .....
      GCS : .....
   c. Keadaan Umum
      a. Status gizi : ☐ Gemuk ☐ Normal ☐ Kurus
         Berat Badan : ..... Tinggi Badan : .....
      b. Sikap : ☐ Tenang ☐ Gelisah ☐ Menahan nyeri
   d. Pemeriksaan Fisik
      1) Kepala
         a. Warna rambut : .....
         b. Kuantitas rambut : .....
         c. Tekstur rambut : .....
         d. Kulit kepala : .....
         e. Bentuk kepala : .....
         f. Data lain : .....
      2) Mata

a. Sclera : .....
b. Reflek pupil :.....
c. Bola mata : .....
d. Data lain : .....

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

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

4) Mulut dan tenggorokan
Bibir : .....
Mukosa :.....
Gigi : .....
Lidah : .....
Palatum : .....
Faring : .....
Data lain : .....
.....

5) Leher
Bentuk : .....
Warna : .....
Posisi trakea : .....
Pembesaran tiroid :.....
JVP :.....
Data lain : .....
.....

6) Thorax
- Paru-Paru
  a. Bentuk dada: .....
  b. Frekuensi nafas : .....
  c. Kedalaman nafas : .....
  d. Jenis pernafasan : .....
  e. Pola nafas : .....
  f. Retraksi dada :.....
  g. Irama nafas :.....

a. Vocal fremitus :.....
b. Nyeri : .....
c. Batas paru :.....
d. Suara nafas : .....
e. Suara tambahan : .....
f. Data lain : .....

- Jantung

a. Ictus cordis : .....
b. Nyeri : .....
c. Batas jantung :.....
d. Bunyi jantung :.....
e. Suara tambahan : .....
f. Data lain : .....

1) Abdomen
   a. Bentuk perut:.....
   b. Warna kulit : .....
   c. Lingkar perut.....
   d. Bising usus :.....
   e. Massa : .....
   f. Acites : .....
   g. Nyeri : .....
   h. Data lain : .....
2) Genetalia :
   a. Kondisi meatus : .....
   b. Kelainan skrotum : .....
   c. Odem vulva :.....
   d. Kelainan : .....
   e. Data lain : .....
3) 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 : .....

b. Pemeriksaan penujang

c. Terapi medik

II. ANALISA DATA

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH

III. DIANGOSA KEPERAWATAN

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

IV. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	KRITERIA & HASIL (SLKI)	INTERVENSI (SIKI)

V. IMPLEMENTASI

NO. DX	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF

VI. EVALUASI

NO.	NO. DX	HARI/ TGL	JAM	EVALUASI	PARAF

Lampiran 5 Surat Pengecekan Judul

82

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	: Sadita Agus Wavi Anadia
NIM	: 256410038
Prodi	: Profesi Ners
Tempat/Tanggal Lahir	: Lamongan, 31 Desember 2003
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Dsn.Ngasem RT 001/RW 001, Ds. Kradenanrejo, Kec. Kedungpring, Kab. Lamongan
No.Tlp/HP	: 081528997265
email	: saditaagus@gmail.com
Judul Penelitian	: Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Tipe II (Studi Kasus di RSI Sakinah Mojokerto)

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

Jombang, 07 Januari 2026
Mengetahui,
Kepala Perpustakaan

Dwi Nuriana, M.IP
NIK.01.08.112

Lampiran 6 Lemar Bimbingan Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 1

LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

Nama Mahasiswa : Sadita Agus Wavi Anadia

NIM : 2564310038

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Tipe II (Studi Kasus di RSI Sakinah 1Mojokerto)

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

No	Tanggal	Hasil Bimbingan	Tanda tangan
1.	17-09-2025	Konsul judul	
2.	21-09-2025	ACC judul	
3.	26-09-2025	Konsul Bab 1	
4.	06-10-2025	Revisi Bab 1	
5.	15-10-2025	ACC Bab 1 Revisi Bab 2	
6.	29-10-2025	ACC Bab 2 Revisi Bab 3	
7.	19-11-2025	ACC Bab 3	
8.	21-11-2025	ACC Lampiran ACC Sempro	
9.	07-01-2026	Revisi Bab 4 Hasil	
10.	12-01-2026	Revisi Bab 4 Hasil	
11.	16-01-2026	ACC Bab 4 hasil dan Revisi Bab Pembahasan	
12.	19-01-2026	ACC Bab 4 Pembahasan	
13.	22-01-2026	Revisi Bab 5	
14.	26-01-2026	ACC Bab 5	
15.	03-02-2026	ACC Abstrak	
16.	05-02-2026	ACC Lampiran Seminar Hasil	

Lampiran 7 Lembar Bimbingan Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 2

LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

Nama Mahasiswa : Sadita Agus Wavi Anadia

NIM : 2564310038

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Tipe II (Studi Kasus di RSI Sakinah Mojokerto)

Nama Pembimbing : Maharani Tri Puspita, S.Kep., Ns., M.M

No	Tanggal	Hasil Bimbingan	Tanda tangan
1.	17-09-2025	Konsul judul ACC	
2.	23-09-2025	Konsul bab 1 Revisi	
3.	25-09-2025	Revisi Penilisan Bab 1	
4.	08-10-2025	ACC Bab 1, Revisi Penulisan Bab 2	
5.	15-10-2025	ACC Bab 2	
6.	21-10-2025	Revisi Penulisan Bab 3	
7.	19-11-2025	ACC BAB 3	
8.	21-11-2025	Konsul Lampiran ACC Sempro	
9.	07-01-2026	Revisi Penulisan Bab 4	
10.	13-01-2026	Revisi Penulisan Bab 4	
11.	20-01-2026	ACC BAB 4	
12.	22-01-2026	Revisi Bab 5	
13.	27-01-2026	Revisi Bab 5	
14.	30-01-2026	Acc Bab 5	
15.	04-02-2026	ACC Abstrak	
16.	05-02-2026	ACC Seminar Hasil	

Lampiran 8 Uji Etik

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE

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

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

"ETHICAL APPROVAL"
No. 462/KEPK/ITSKES-ICME/XII/2025

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

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

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Tipe II

Peneliti Utama / *Principal Investigator* : **Sadita Agus Wavi Anadia S.Kep**

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

Unit/Lembaga/Tempat Penelitian / *Setting of Research* : **RSI Sakinah Mojokerto**

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

Jombang, **4 Desember 2025**
Ketua,

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

Lampiran 9 Surat Izin Penelitian

RUMAH SAKIT ISLAM "Sakinah" MOJOKERTO
PARIPURNA
SERASA DI TENGAH KELUARGA
Jl. R.A.Basuni No. 12 Mojokerto 61361
Telp. Hunting (0321) 321922, 329669, 326991
Fax. (0321) 324158

Nomor : 3019/RSIS - NU/Dir/XI/2025
Lampiran : 1 (satu) lembar
H a l : **Pemberitahuan**

Mojokerto, 24 November 2025

Kepada Yth ,
Dekan Fakultas Kesehatan
ITS Kesehatan ICMe Jombang
Jl. Kemuning No. 57 A Candimulyo
Di –
JOMBANG

Assalamu'alaikum War. Wab

Salam silaturrahim kami sampaikan dan semoga Allah SWT senantiasa memberkahi setiap langkah kita.

Sehubungan dengan surat dari ITS Kesehatan ICMe Jombang perihal Pre Survey Data, Studi Pendahuluan dan Ijin Penelitian di Rumah Sakit Islam Sakinah Mojokerto, maka dengan ini kami beritahukan dengan hormat bahwa Rumah Sakit Islam Sakinah Mojokerto **memberikan izin** kepada Mahasiswa Bapak / Ibu untuk melaksanakan Observasi di Rumah Sakit Islam Sakinah Mojokerto, sesuai dengan program di maksud atas nama sebagaimana terlampir.

Demikian harap maklum, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Wassalamu'alaikum War. Wab.

Rumah Sakit Islam Sakinah Mojokerto
Direktur

dr. AHMAD LATHIFI, M.Kes
NIP. 01.330

RUMAH SAKIT ISLAM "Sakinah" MOJOKERTO
PARIPURNA LEMBAGA AKREDITASI RUMAH SAKIT INDONESIA
SERASA DI TENGAH KELUARGA
Jl. R.A.Basuni No. 12 Mojokerto 61361
Telp. Hunting (0321) 321922, 329669, 326991
Fax. (0321) 324158

Lampiran : 3019/RSIS - NU/Dir/XI/2025

No.	Nama	NIM	Judul
1.	Sari Hidayati	256410039	Asuhan Keperawatan pada Ibu *Post Partum* dengan Masalah Keperawatan Menyusui Tidak Efektif di Rumah Sakit Islam Sakinah Mojokerto
2.	Rahma Khoirunnisa	256410034	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis *Pneumoni* (Studi Kasus di RSI Sakinah Mojokerto)
3.	Fitriani Loilatu	256410017	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Efusi Pleura (Studi Kasus di RSI Sakinah Mojokerto)
4.	Amalia Devi Fitriana	256410002	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Asma Bronkhial (Studi Kasus di RSI Sakinah Mojokerto)
5.	Sadita Agus Wavi Anadia	256410038	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Tipe 2 (Studi Kasus di RSI Sakinah Mojokerto)
6.	Putri Ayu Mailanda	256410030	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Ikterus Neonatus (Studi Kasus di RSI Sakinah Mojokerto)

Lampiran 10 Keterangan Bebas Plagiasi

ITSKes Insan Cendekia Medika
Jl Kemuning No. 57 A Candimulyo Jombang Jawa Timur Indonesia
SK. Kemendikbud Riatek No. 69/E/O/2022

SURAT KETERANGAN BEBAS PLAGIASI

Nomor : 138/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	: Sadita Agus Wavi Anadia
NPM	: 256410038
Program Studi	: Profesi Ners
Fakultas	: Kesehatan
Judul	: Asuhan keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Tipe II

Telah melalui proses Check Plagiasi dan dinyatakan **BEBAS PLAGIASI** dengan persentase kemiripan sebesar **21%.**

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 01 April 2026
Wakil Rektor I

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

Lampiran 11 Hasil Turnit Digital Receipt

turnitin

Digital Receipt

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

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author:	ITKes ICMe Jombang
Assignment title:	8. 유사도 검사 시 DB 저장(Save to Repository)
Submission title:	SADITA AGUS WAVI ANADIA.docx
File name:	SADITA_AGUS_WAVI_ANADIA.docx
File size:	596.63K
Page count:	71
Word count:	12,674
Character count:	81,059
Submission date:	03-Mar-2026 02:35PM (UTC+0900)
Submission ID:	2893117085

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS TIPE II

(Studi Kasus Di Rsi Sakinah Mojokerto)

SADITA AGUS WAVI ANADIA
256410038

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

Copyright 2026 Turnitin. All rights reserved.

Lampiran 12 Presentase Turnitin

SADITA AGUS WAVI ANADIA.docx

ORIGINALITY REPORT

21%	20%	7%	12%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repositori.ubs-ppni.ac.id Internet Source	1%
2	eresources.thamrin.ac.id Internet Source	1%
3	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	1%
4	repository.itskesicme.ac.id Internet Source	1%
5	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	1%
6	123dok.com Internet Source	1%
7	Submitted to Poltekkes Kemenkes Pontianak Student Paper	1%
8	pdfcoffee.com Internet Source	1%
9	repository.poltekeskupang.ac.id Internet Source	1%
10	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	1%
11	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	1%

Lampiran 13 Surat Pernyataan Kesediaan Unggah Karya Ilmiah Akhir

SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN UNGGAH KIA

Yang bertandah tangan dibawah ini

Nama : Sadita Agus Wavi Anadia

Nim : 256410038

Program Studi : Profesi Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan menyetujui untuk memberikan kepada ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang Hak Bebas Rovalitas Non Eksklusif (*Non Eksklusif Royalty Free Right*) atas penelitian ang berjudul " Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Tipe II (Studi Kasus Di RSI Sakinah Mojokerto)"

Hak Bebas Royalitas Non Eksklusif ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang berhak menyimpan alih KIA/media/format, mengolah dalam bentuk pangkalan data (database), merawat KIA, dan mempublikasikan Tugas Akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan pemilik Hak Cipta

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 09 April 2026

Yang Menyatakan

(Sadita Agus Wavi Anadia)