

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2
DENGAN MASALAH KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA
DI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA



OLEH :

JASITA CHARISMA RANGAN

NIM.P07220121016

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
KALIMANTAN TIMUR JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III
KEPERAWATAN SAMARINDA

2024

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA DIABETES MELITUS TIPE 2
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKSTABILAN
KADAR GLUKOSA DI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Pada Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



OLEH :

JASITA CHARISMA RANGAN

NIM.P07220121016

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
KALIMANTAN TIMUR JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III
KEPERAWATAN SAMARINDA

2024

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini Sepenuhnya karya saya sendiri dan bukan tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain dengan cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku. Atas pernyataan ini saya siap menanggung saksi apabila saya terbukti bersalah

Samarinda, 17 Januari 2024

Yang menyatakan



Jasita Charisma Rangan

NIM.P072201201016

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI
UNTUK DIUJIKAN

TANGGAL 28 Febuari 2024

Oleh
Pembimbing



Ns Rivan Firdaus, SST., M. Kes

NIDN : 4007028601



Ns. Indah Nur Imamah., SST., M. Kes

NIDN : 4018078501

Mengetahui,
Ketua Program Studi D-III Keperawatan
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns. Tini, S. Kep., M. Kep

NIP. 198107012006042004

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pasien Gagal Ginjal Kronik On HD
Dengan Masalah Keperawatan Pola Napas Tidak Efektif Di RSUD Abdul Wahab
Sjahrane Samarinda

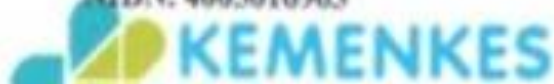
Telah Diuji
Pada tanggal

PANITIA PENGUJI

Ketua penguji

Ns. Arsyawina, SST., M.Kes

NIDN. 4005016903



Penguji anggota

1. Ns. Rivan Firdaus, SST., M.Kes

NIDN. 4007028601

2. Ns Indah Nur Imamah, SST., M. Kes

NIDN. 4018078501

Mengetahui

Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur


Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep
NIP. 19680329292994022001


Ns. Tini, S. Kep., M. Kep
NIP. 198107012006042004

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Jasita Charisma Rangan

Tempat/ Tanggal Lahir : Samarinda, 28 Januari 2003

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Kristen Protestan

Alamat : Jl. Cipto Mangokusumo Loa Janan Ilir

B. Riwayat Pendidikan

Tahun 2009 – 2015 : SD 029 Samarinda Seberang

Tahun 2015 – 2018 : SMP Negeri 15 Samarinda


Tahun 2018 – 2021 : SMK Kesehatan Samarinda

Tahun 2021 – sekarang : Poltekkes Kemenkes Kaltim

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan Rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan proposal yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Abdul Wahab Sjahranie”**

Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu syarat memperoleh gelar ahli madya keperawatan keperawatan (A.Md.Kep) pada Program Studi Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur. Dalam pengerjaan karya tulis ilmiah ini, penulis mendapat banyak bimbingan, motivasi dan bantuan dari berbagai pihak. Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih kepada:

- 
1. Tuhan Yang Maha Esa yang mengulurkan tangannya menuntun, dan membantu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini
 2. Dr. M. H. Supriadi B, S. Kp., M. Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur
 3. Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik kesehatan kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
 4. Ns. Tini, S. Kep., M. Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur
 5. Ns. Rivan Firdaus, SST.,M. Kes selaku pembimbing 1 saya yang telah membimbing saya dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini

6. Ns. Indah Nur Imamah, SST.,M. Kes selaku pembimbing 2 saya yang telah membantu dan membimbing dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini
7. Ns. Arsyawina, SST.,M. Kes selaku ketua penguji yang telah memberikan bimbingan dan dorongan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini
8. Kedua Orang tua saya, bapak Silas Pamurrung dan ibu Asrita Dama Appang yang telah memberikan dukungan berupa doa dan semangat kepada saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini
9. Sahabat saya Nopi, Febi, Yori, Angel ,Olga, Appang dan Nicco yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tugas akhir.

Akhir kata saya berharap Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan dari semua pihak yang terkait dalam proses penyusunan karya tulis ilmiah ini. Semoga ini dapat membawa manfaat bagi yang membaca.

Samarinda, 18 Desember 2023

Penulis

ABSTRAK
**“ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKSTABILAN KADAR
GLUKOSA DARAH DI RSUD ABDUL WAHAB SJHRANIE
SAMARINDA”**

Pendahuluan: Diabetes tipe 2 ditandai dengan hiperglikemia yang disebabkan oleh resistensi insulin dalam sel-sel tubuh. Penyakit DM memiliki berbagai faktor risiko seperti faktor yang tidak dapat diubah (usia, riwayat penyakit DM, pernah mengalami DM saat hamil) dan faktor yang dapat dirubah (obesitas, aktivitas fisik kurang, merokok, dan hipertensi). Obesitas merupakan faktor risiko utama untuk berkembangnya diabetes mellitus tipe II karena menyebabkan penurunan sekresi insulin dan peningkatan resistensi insulin (Bilous & Donnelly, 2014) dalam (Novitasari, 2022).

Metode: Jenis penelitian ini adalah deskriptif yang terbentuk dalam studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah. Subyek penelitian ini sebanyak 1 orang pasien dengan diagnosa medis Diabetes Melitus di Ruang Aster RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda. Teknik pengumpulan data menggunakan wawancara serta observasi dan pemeriksaan fisik.

Hasil dan Pembahasan: Berdasarkan analisa data yang diperoleh melalui pengkajian didapatkan hasil, pada pasien ditemukan masalah keperawatan yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah, nyeri akut dan deficit perawatan diri.

Kesimpulan dan Saran: Pada pasien terdapat hasil evaluasi yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah membaik, nyeri akut menurut daan deficit perawatan meningkat. Diharapkan untuk kedepannya dapat menjadi literasi maupun wawasan tambahan serta acuan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Diabetes Melitus Tipe 2

ABSTRACT
**"NURSING CARE FOR TYPE 2 DIABETES MELLITUS PATIENTS
WITH NURSING PROBLEMS OF UNSTABLE BLOOD GLUCOSE
LEVELS AT ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA HOSPITAL"**

Introduction: Type 2 diabetes is characterized by hyperglycemia caused by insulin resistance in the body's cells. DM has various risk factors such as factors that cannot be changed (age, history of DM, having had DM during pregnancy) and factors that can be changed (obesity, lack of physical activity, smoking, and hypertension). Obesity is the main risk factor for the development of type II diabetes mellitus because it causes decreased insulin secretion and increased insulin resistance (Bilous & Donnelly, 2014) in (Novitasari, 2022).

Method: This type of research is descriptive which is formed in a case study to explore the problem of nursing care for Diabetes Mellitus patients with nursing problems of unstable blood glucose levels. The subject of this research was 1 patient with a medical diagnosis of Diabetes Mellitus in the Aster Room at Abdul Wahab Sjahrani Hospital, Samarinda. Data collection techniques use interviews as well as observation and physical examination.

Results and Discussion: Based on the analysis of data obtained through the assessment, the results showed that the patient had nursing problems, namely instability of blood glucose levels, acute pain and self-care deficit.

Conclusions and Suggestions: In patients there are evaluation results, namely that the instability of blood glucose levels has improved, acute pain and treatment deficit have increased. It is hoped that in the future it can provide additional literacy and insight as well as a reference in providing nursing care for patients with diabetes mellitus.

Keywords: Nursing Care, Type 2 Diabetes Me

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DALAM	I
SURAT PERNYATAAN	II
LEMBAR PERSETUJUAN	III
LEMBAR PENGESAHAN.....	IV
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	V
KATA PENGANTAR.....	VI
ABSTRAK.....	VIII
DAFTAR ISI.....	X
DAFTAR TABEL	XIV
DAFTAR BAGAN	XV
DAFTAR LAMPIRAN	XVI
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 atar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti	5
1.4.2 Manfaat Bagi Paien/Keluarga.....	6

1.4.3 Manfaat Bagi Tpat Peneliti.....	6
1.4.4 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Diabetes Melitus Tipe 2.....	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Patofisiologi	12
2.1.4 Pathway.....	14
2.1.5 Penatalaksanaan	15
2.2 Konsep Prosedur Tindakan Pada Pasien Diabetes Tipe 2	21
2.2.1 Definisi.....	21
2.2.2 Indikasi.....	22
2.2.3 Kontraindikasi.....	22
2.2.4 Bentuk Dan Jenis Prosedur.....	22
2.2.5 Standar Oprasional Prosedur(SOP).....	24
2.2.6 Tabel Ekstraksi Penelitian	27
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	32
2.3.1 Pengkajian Keperawatan	33
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	38
2.3.3 Perencanaan Keperawatan	47
2.3.4 Implementasi Keperawatan.....	65
2.3.5 Evaluasi Keperawatan	66
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	48



3.1 Rancangan Studi Kasus	48
3.2 Subyek Penelitian.....	48
3.3 Fokus Studi	49
3.4 Definisi Oprasional.....	49
3.5 Insturmen Studi Kasus.....	49
3.6 Metode Pengumpulan Data.....	49
3.7 Lokasi Dan Waktu Studi Kasus	50
3.8 Analisis Dan Pengkajian Data.....	50
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	52
4.1 Hasil	52
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian	52
4.1.2 Data Asuhan Keperawatan	52
4.2 Pembahasan	70
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	75
5.1 Kesimpulan.....	75
5.2 Saran	76
5.2.1 Bagi Penulis.....	76
5.2.2 Bagi Instusi.....	76
DAFTAR PUSTAKA	XVII
LAMPIRAN .....	.....

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Standar Operasional Prosedur	24
Tabel 2.2 Tabel Ekstrasi.....	28
Tabel 2.4 Diagnosa Keperawatan	41
Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan	48
Tabel 4.1 Hasil Pengkajian Pada Pasien	53
Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik Pada Pasien	54
Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang Pada Pasien.....	58
Tabel 4.4 Hasil Pemeriksaan GulaH Darah Sewaktu	58
Tabel 4.5 Terapi Farmakologis.....	58
Tabel 4.6 Diagnosa Keperawatan Pada Pasien.....	61
Tabel 4.7 Intervensi Keperawatan Pada Pasien.....	62
Tabel 4.8 Implementasi Keperawatan Pada Pasien	64
Tabel 4.9 Evaluasi Keperawatan Pada Pasien	68



DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Diabetes Melitus Tipe 2.....	15
--	----



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 2 : Lembar Persetujuan Judul Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 3 : Lembar Kesiediaan Membimbing

Lampiran 4 : Lembar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah

Lampiran 5 : Lembaran Konsultasi Bimbingan Proposal

Lampiran 6 : Lembar Surat Izin Studi Kasus Poltekkes Kemenkes Kaltim

Lampiran 7 : Lembar Surat Izin Studi Kasus RSUD AWS

Lampiran 8 : Lembar Nota Dina



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit menular timbul sebagai hasil interaksi berbagai faktor dari agen, host maupun lingkungan. Bentuk ini lebih dikenal sebagai penyebab majemuk (*multiple causation of disease*) yang merupakan lawan dari penyebab tunggal (*single causation*). Dalam kondisi tertentu, agen biologis patogenik dapat ditularkan dari individu yang terinfeksi dalam masyarakat kepada individu sehat yang rentan. Penyakit Tidak Menular (PTM) disebut dengan penyakit kronis, penyakit degeneratif dan penyakit non infeksi. Penyakit tidak menular adalah suatu penyakit yang tidak ditularkan dari individu ke individu yang lain (Özgür Kes & Haji Saeni Poltekkes Mamuju, 2022)

Penyakit tidak menular menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat karena tingkat morbiditas dan mortalitas yang tinggi secara global, merupakan jenis penyakit yang tak bisa ditularkan oleh penderita ke orang lain, jenis penyakit ini berkembang secara perlahan dan terjadi dalam jangka waktu yang panjang, salah satunya adalah DM (Diabetes melitus). Diabetes Melitus sebagai salah satu penyakit *degenerative* menjadi perhatian penting karena merupakan bagian dari empat prioritas penyakit tidak menular yang selalu mengalami peningkatan setiap tahun dan menjadi ancaman kesehatan dunia pada era saat ini (IDF, 2019)

Diabetes Melitus tipe 2 menyumbang sekitar 90% dari seluruh kasus diabetes. Diabetes Melitus tipe 2 adalah keadaan dimana respon terhadap insulin berkurang. Dalam keadaan ini, insulin tidak efektif dan diimbangi dengan peningkatan produksi insulin untuk mempertahankan jumlah glukosa dalam keadaan normal, namun seiring berjalannya waktu, produksi insulin menurun sehingga gagal mempertahankan keseimbangan glukosa dan terjadilah hiperglikemia (Goyal et al., 2023).

Berdasarkan data dari *International Diabetes Federation* (IDF) pada tahun 2019, sebanyak 4,2 juta orang mengalami kematian yang diakibatkan oleh diabetes melitus. Sebanyak 463 juta orang dewasa berusia antara 20 dan 79 tahun di dunia menderita diabetes melitus. Penderita diabetes melitus dalam beberapa tahun terakhir mengalami kenaikan yang cukup drastis.

Prevalensi nasional diabetes melitus di Kalimantan Timur menurut semua umur penderita diabetes melitus di Samarinda sebesar 3,04%, Mahakam Ulu sebesar 2,68%, Balikpapan sebesar 2,55%, Bontang sebesar 2,22%, Kutai Kartanegara sebesar 2,09%. Kalimantan timur merupakan Jumlah penderita diabetes melitus terbanyak nomor 2 setelah provinsi DKI Jakarta (Riskesdas, 2018).Tingginya jumlah penderita Diabetes Melitus disebabkan antara lain karena perubahan gaya hidup masyarakat, tingkat pengetahuan yang rendah, dan kesadaran untuk melakukan deteksi dini penyakit diabetes melitus yang kurang, minimnya aktivitas fisik, pengaturan pola makan yang salah dengan komposisi makan yang terlalu banyak mengandung protein, lemak, gula, garam,

disembuhkan, tetapi kadar gula darah dapat dikendalikan. Penderita diabetes melitus sebaiknya melaksanakan 5 pilar pengelolaan Diabetes Melitus yaitu edukasi, terapi gizi medis, latihan jasmani, dan intervensi farmakologis. Untuk dapat mencegah terjadinya komplikasi kronis diperlukan diperlukan pengendalian Diabetes Melitus yang baik (Amaliyah, 2022).Salah satu komplikasi umum dari Diabetes melitus dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah masalah kaki diabetes, kaki diabetes yang tidak dirawat dengan baik akan mudah mengalami luka, dan cepat berkembang menjadi ulkus gangren bila tidak dirawat dengan benar. Luka diabetik adalah luka yang terjadi pada pasien dengan diabetik yang melibatkan gangguan pada saraf perifer dan autonomik. Penyebabnya adalah karena neuropati (kerusakan saraf) dan perifer vaskular disease. Perawatan kaki pada pasien diabetes melitus penting dilakukan karena seseorang dengan diabetes melitus beresiko untuk masalah kaki dan kuku akibat suplai darah perifer yang kurang baik ke kaki, sensasi proeksi di kaki juga berkurang sehingga trauma pada kaki sering kali tidak diketahui dan adanya kerusakan kulit maka infeksi akan lebih mudah berkembang karena sirkulasi yang buruk. Perawatan kaki dan kuku perlu dilakukan secara rutin untuk mencegah infeksi, bau kaki, dan cedera jaringan lunak.Pasien harus patuh dalam melakukan perawatan kaki untuk mengurangi resiko terjadinya ulkus pada kaki (Wulandari et al., 2019).

Berdasarkan salah satu masalah keperawatan yang selalu muncul pada penderita DM tersebut yaitu resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah. Kelainan genetik atau pun karena gaya hidup yang kurang baik. Kadar glukosa darah yang terus menerus meningkat dan tidak ditangani dengan benar maka dapat mengakibatkan komplikasi yang lebih berat. seperti kaki diabetik, nefropati diabetik, neuropati diabetik, retinopati diabetik, ketoasidosis diabetik atau bahkan kematian. Penyakit DM juga merupakan penyakit yang membutuhkan manajemen diri yang baik, salah satunya yaitu mengontrol kadar glukosa darah (Perkeni, 2021). Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian masalah pada latar belakang diatas, maka rumusan masalah adalah sebagai berikut : “bagaiman asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2 dengan masalah keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.3 Tujuan Studi Kasus

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini secara umum adalah untuk memperoleh dan mengetahui secara langsung mengenai Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dengan masalah keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pegkajian keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2 dengan masalah keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
2. Merumuskan diagnosis Keperawaan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2 dengan masalah keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
3. Menyusun intervensi keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Melitus tipe 2 dengan masalah keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
4. Melaksanakan Intervensi keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe2 dengan masalah keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
5. Melakukan evaluasi Keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2 dengan masalah keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

1.4 Manfaat Studi Kasus

1.4.1 Manfaat bagi peneliti

Hasil dari karya tulis ilmiah dalam penelitian ini dimaksudkan untuk menjadi referensi bagi perawat yang memberikan asuhan keperawatan pada klien Diabetes Melitus Tipe 2 dengan masalah keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.

1.4.2 Bagi Tempat peneliti

Temuan penelitian ini dapat dijadikan pedoman atau rekomendasi bagi perawat yang bekerja di rumah sakit untuk memberikan asuhan keperawatan pada klien Diabetes Melitus Tipe 2 dengan masalah keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Temuan kajian ilmiah ini digunakan untuk memajukan pengetahuan dan pemahaman keperawatan serta sebagai acuan untuk memperdalam pemahaman khususnya yang berkaitan dengan keperawatan pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dengan masalah keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.



1.4.4 Bagi Klien/Keluarga

Hasil yang diperoleh dari penelitian ini diharapkan kline/keluarga yang menerima asuhan keperawatan yang diberikan, untuk mengetahui komplikasi lebih lanjut dan peningkatan pengetahuan kepada masyarakat menjadi luas dalam meningkatkan kesadaran masyarakat khususnya tentang diabetes melitus.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Diabetes Melitus Tipe 2

2.1.1 Definisi

Menurut *American Diabetes Association* (ADA) tahun 2019, Diabetes Melitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya (Kemenkes RI, 2020).


Diabetes merupakan suatu penyakit metabolik kronis yang dikategorikan menjadi dua tipe, yaitu tipe 1 dan tipe 2. Diabetes ditandai dengan adanya peningkatan kadar glukosa darah yang sering waktu dapat menyebabkan kerusakan serius pada jantung, pembuluh darah, mata, ginjal dan saraf. Diabetes tipe 1 adalah kondisi kronis dimana pankreas menghasilkan sedikit atau bahkan tidak ada sama sekali insulin. Sedangkan diabetes tipe 2 adalah kondisi dimana tubuh menjadi resisten terhadap insulin atau tidak menghasilkan cukup insulin (Nurhamsyah,2023).

Diabetes Melitus Tipe 2 adalah salah satu tipe DM dengan karakteristik hiperglikemia dengan dasar penyebab adalah peningkatan resistensi insulin dan atau peningkatan disfungsi sel beta pankreas (Decroli, 2019).

Menurut Haryono & Susanti (2019) Diabetes melitus tipe 2 adalah kondisi yang ditandai dengan kadar gula darah mengalami kenaikan dan disebabkan oleh sel beta pancreas memproduksi insulin dalam jumlah

sedikit dan juga adanya gangguan pada fungsi insulin atau resistensi insulin. Diabetes melitus tipe 2 terdiri dari serangkaian disfungsi yang ditandai dengan hiperglikemia dan akibat kombinasi resistensi terhadap aksi insulin, sekresi insulin yang tidak adekuat, dan sekresi glucagon yang berlebihan atau tidak tepat.

Resistensi insulin dan kegagalan sel beta pankreas disebabkan oleh genetik dan non genetik serta herediter yang berperan paling besar dalam meningkatkan terjadinya DM tipe 2, sedangkan faktor resiko untuk terjadinya DM tipe 2 adalah faktor genetik, faktor usia dimana resiko meningkat pada usia tua, faktor kegemukan dan kurangnya aktifitas fisik (Astuti, 2022).



Dari beberapa definisi diatas, dapat disimpulkan bahwa Diabetes Melitus tipe 2 adalah penyakit yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa dalam darah akibat defisiensi insulin yang menyebabkan kegagalan dalam mempertahankan kadar normal glukosa darah dan penurunan jumlah produksi insulin akibat disfungsi sel beta pancreas.

2.1.2 Etiologi

Menurut Decroli (2019) ada dua penyebab utama yang mendasari terjadinya kasus Diabetes Melitus Tipe 2 secara genetik yakni resistensi insulin dan defek fungsi sel beta pankreas:

2.1.1.1 Resistensi Insulin

Resistensi Insulin merupakan kondisi umum bagi orang-orang dengan berat badan overweight atau obesitas. Insulin tidak dapat bekerja secara optimal di sel otot, lemak, dan hati sehingga memaksa pankreas mengkompensasi untuk memproduksi insulin lebih banyak.

Ketika produksi insulin oleh sel beta pankreas tidak adekuat guna mengkompensasi peningkatan resistensi insulin, maka kadar glukosa darah akan meningkat, pada saatnya akan terjadi hiperglikemia kronik. Secara klinis, makna resistensi insulin adalah adanya konsentrasi insulin yang lebih tinggi dari normal yang dibutuhkan untuk mempertahankan normoglikemia.

Pada tingkat seluler, resistensi insulin menunjukkan kemampuan yang tidak adekuat dari insulin signaling mulai dari pre reseptor, reseptor, dan post reseptor.



2.1.1.2 Disfungsi Sel Beta Pankreas

Pada perjalanan penyakit Diabetes Melitus terjadi penurunan fungsi sel beta pankreas dan peningkatan resistensi insulin yang berlanjut sehingga terjadi hiperglikemia kronik dengan segala dampaknya. Hiperglikemia kronik juga berdampak memperburuk disfungsi sel beta pankreas. Sebelum diagnosis Diabetes Melitus Tipe 2 ditegakkan, sel beta pankreas dapat memproduksi insulin secukupnya untuk mengkompensasi peningkatan resistensi insulin. Pada saat diagnosis Diabetes Melitus Tipe 2 ditegakkan, sel beta pankreas tidak dapat memproduksi insulin yang adekuat untuk mengkompensasi peningkatan resistensi insulin oleh karena

pada saat itu fungsi sel beta pankreas yang normal tinggal 50%.

2.1.2 Manifestasi Klinis

Seseorang yang menderita DM dapat memiliki gejala antara lain :
poliuria (sering kencing), keadaan sering kencing atau poliuria disebabkan kadar glukosa darah melebihi ambang batas ginjal dalam reabsorpsi glukosa di tubulus ginjal. Hal tersebut menyebabkan glukosuria yang berdampak pada terjadinya diuresis osmotik, yaitu pengenceran volume urine sehingga volume urine yang dikeluarkan bertambah banyak. Adanya glukosa dalam urine inilah kemudian muncul istilah kencing manis.

Polidipsia (sering merasa haus), keluhan sering haus dan sering minum ini berhubungan dengan pengenceran plasma yaitu penarikan cairan dari dalam sel akibat hiperglikemia yang menyebabkan sel kekurangan cairan, serta adanya hipovolemia akibat sering kencing.

Polifagia (sering merasa lapar), keluhan mudah lapar dan sering makan yang umumnya juga disertai mudah lelah dan mengantuk disebabkan adanya penurunan ambilan glukosa oleh sel akibat defisiensi insulin. Ini menyebabkan sel mengalami kelaparan karena kekurangan glukosa untuk digunakan dalam pembentukan energi.

Berat badan menurun, keluhan berat badan menurun sangat jelas terjadi akibat sel kekurangan glukosa yang menyebabkan terjadinya *gluconeogenesis*, yaitu pembentukan glukosa dan energi bukan berasal dari karbohidrat berupa pemecahan protein dan lemak (liposis). Namun

demikian, keluhan penurunan berat badan ini sering diabaikan oleh pasien.

Kesemutan pada kaki, keluhan kesemutan pada kaki merupakan tanda awal adanya komplikasi *Perifer Arterial Deasease* (PAD), yaitu adanya sumbatan arteri yang menuju ke kaki. Adanya sumbatan arteri yang makin parah pada tahap lanjut akan menyebabkan rasa nyeri. Bahkan, pada tahap akhir dimana sel saraf perifer mengalami kerusakan dan kematian akan timbul rasa kebas, kebal dan mati rasa (neuropati).

Gatal dan keputihan, infeksi, dan bisul. Rasa gatal pada daerah genital dan keputihan pada wanita, luka infeksi yang sulit sembuh atau bisul yang hilang timbul terjadi akibat penurunan daya tahan tubuh, yaitu penurunan fungsi leukosit dalam melakukan fagositosis. Kerusakan fungsi leukosit ini terjadi akibat glukotoksik, yaitu hiperglikemia yang terjadi menahun.

Mata kabur, mata kabur umumnya terjadi akibat komplikasi kronis diabetes, yaitu kerusakan mikrovaskuler yang menyebabkan pecahnya pembuluh darah halus di retina. Hal tersebut mengurangi kekuatan mata dan menghalangi proses penglihatan di retina.


Disfungsi ereksi, disfungsi ereksi pada pria meski tidak selalu terjadi disebabkan oleh gangguan sirkulasi darah di penis sehingga mengalami kesulitan mencapai ereksi.

Selain hal-hal tersebut, gejala penderita diabetes melitus lain adalah gatal, mudah terkena infeksi bakteri atau jamur, dan penyembuhan luka yang lama. Namun, pada beberapa kasus, penderita diabetes melitus tidak

menunjukkan adanya gejala. Apabila seseorang merasakan gejala-gejala tersebut, hendaknya memeriksa diri ke dokter.

Apabila terdapat kecurigaan terhadap diabetes melitus, dokter akan menyarankan pemeriksaan gula darah terdiri atas gula darah setelah berpuasa (minimal 8 jam), gula darah 2 jam setelah makan, dan gula darah sewaktu. Selain ketiga pemeriksaan tersebut, dokter dapat merekomendasikan pemeriksaan laboratorium lainnya. Dari hasil pemeriksaan dan didukung oleh hasil laboratorium, dokter akan menentukan pasien terkena diabetes melitus atau tidak (Puspita et al., 2020).

2.1.3 Patofisiologi



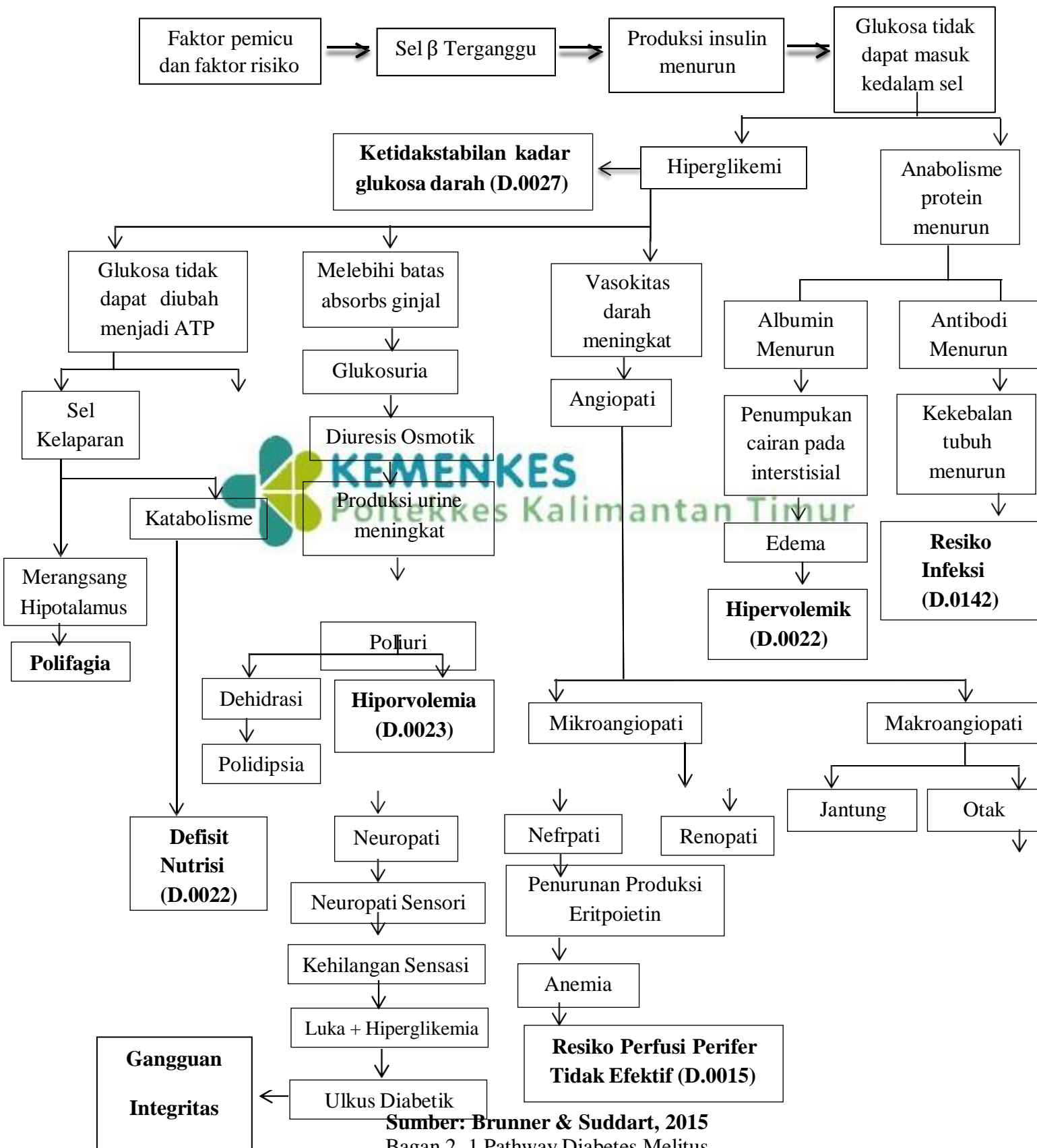
Diabetes Melitus Tipe 2 adalah penyakit akibat resistensi insulin yang juga berhubungan dengan disfungsi sel beta. Awalnya, terjadi peningkatan kompensasi sekresi insulin, yang menjaga kadar glukosa dalam kisaran normal. Ketika penyakit berkembang, sel beta berubah, dan sekresi insulin tidak mampu mempertahankan homeostatis glukosa, sehingga menyebabkan hiperglikemia. Pada kondisi Diabetes Mellitus dimana terjadi kerusakan sel beta atau terjadinya resistensi insulin, akan mencegah sel menggunakan glukosa untuk energi dan hal ini menyebabkan dipecahnya protein dan lemak.

Insulin tidak mampu menghambat glikogenolisis hati dan pada waktu bersamaan insulin tidak mampu menghantar glukosa masuk ke dalam sel untuk dibentuk menjadi energi sehingga glukosa beredar dalam darah dan

kadar gula darah meningkat atau hiperglikemi, kondisi ini akan meyebabkan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit dan memicu timbulnya gejala klasik diabetes yaitu poliuri, polidipsi dan polipagi (Astuti,2022)



2.1.4 Pathway



Sumber: Brunner & Suddart, 2015

Bagan 2. 1 Pathway Diabetes Mellitus

2.1.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Diabetes Mellitus meliputi 5 pilar, 5 pilar tersebut dapat mengendalikan kadar glukosa darah pada kasus Diabetes Mellitus. 5 pilar tersebut meliputi : edukasi, terapi nutrisi medis, latihan jasmani, terapi farmakologi dan pemantauan glukosa darah sendiri (Lestari, 2021).

1. Edukasi

Edukasi merupakan tujuan promosi hidup sehat, sehingga harus dilakukan sebagai upaya pencegahan dan merupakan bagian yang sangat penting bagi pengelolaan glukosa darah pada kasus DM secara holistik. Pengelolaan kadar glukosa pada kasus Diabetes Mellitus dapat dikatakan berhasil jika didukung oleh partisipasi aktif kasus, keluarga dan masyarakat. Diabetes Mellitus Tipe 2 umumnya terjadi pada saat gaya hidup dan perilaku yang kurang baik telah terbentuk dengan kokoh. Untuk mencapai keberhasilan perubahan perilaku, dibutuhkan edukasi yang komprehensif yang meliputi pemahaman tentang :

1. Penyakit Diabetes Mellitus
2. Makna dan perlunya pengendalian serta pemantauan Diabetes Mellitus
3. Penyulit Diabetes Mellitus
4. Intervensi farmakologis dan non-farmakologis
5. Hipoglikemia
6. Masalah khusus yang dialami
7. Cara mengembangkan sistem pendukung dan mengajarkan ketrampilan
8. Cara mempergunakan fasilitas perawatan kesehatan

Edukasi secara individual dan pendekatan berdasarkan penyelesaian masalah merupakan inti perubahan perilaku yang berhasil. Adapun perilaku yang diinginkan antara lain adalah :

1. Mengikuti pola makan sehat
2. Meningkatkan kegiatan jasmani
3. Menggunakan obat Diabetes pada keadaan khusus secara aman dan teratur
4. Melakukan Pemantauan Glukosa Darah Mandiri (PGDM) dan memanfaatkan data yang ada.

2. Terapi Nutrisi medis (TNM)

Salah satu pilar pengelolaan diabetes yaitu dengan terapi nutrisi atau merencanakan pola makanan agar tidak meningkatkan indeks glikemik kasus Diabetes Mellitus. Faktor yang dapat berpengaruh terhadap respon glikemik makanan yaitu cara memasak, proses penyiapan makanan, bentuk makanan serta komposisi yang terdapat pada makanan (karbohidrat, lemak dan protein), yang dimaksud dengan karbohidrat adalah gula, tepung dan serat. Jumlah kalori yang masuk dari makanan yang berasal dari karbohidrat lebih penting dari pada sumber 8 atau macam karbohidratnya. Dengan komposisi yang dianjurkan yaitu : Karbohidrat yang dianjurkan sebanyak 45 - 65% dari total asupan energi, terutama karbohidrat dengan serat yang tinggi.

Lemak yang dianjurkan sebanyak 20 - 25%, tidak dianjurkan mengonsumsi lemak >30% dari total energi. Kasus DM tidak dianjurkan

untuk mengonsumsi lemak jenuh dan lemak trans contohnya, daging berlemak dan susu fullcream serta anjuran konsumsi kolesterol. **Protein**, pada pasien dengan nefropati diabetik perlu penurunan asupan protein menjadi 0,8 g/kg BB perhari atau 10% dari kebutuhan energi, dengan 65% diantaranya bernilai biologis tinggi. Sumber protein yang baik adalah ikan, udang, cumi, daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, produk susu rendah lemak, kacang-kacangan, tahu dan tempe.

Natrium, Bagi pasien DM tipe 2 anjuran asupan natrium untuk pasien DM sama dengan orang sehat yaitu <1500 mg/hari. Pada upaya pembatasan asupan natrium ini, perlu juga memperhatikan bahan makanan yang mengandung tinggi natrium antara lain adalah garam dapur, monosodium glutamat, soda, dan bahan pengawet seperti natrium benzoat dan natrium nitrit ; Serat, Pada pasien DM dianjurkan mengonsumsi serat dari kacang-kacangan, buah dan sayur serta sumber karbohidrat yang tinggi serat. Jumlah konsumsi serat yang disarankan ialah 20-35 gram perhari.

Pemanis alternatif, Pemanis alternatif aman digunakan selama tidak melebihi batas aman (*Accepted Daily Intake/ADI*). Pemanis alternatif dikelompokkan menjadi pemanis berkalori dan pemanis tidak berkalori. Pemanis berkalori seperti glukosa alkohol dan fruktosa. Glukosa alkohol antara lain isomalt, lactitol, maltitol, mannitol, sorbitol dan xylitol. Sedangkan pemanis fruktosa tidak dianjurkan digunakan pada pasien DM karena dapat meningkatkan kadar LDL, namun tidak ada alasan menghindari makanan seperti buah dan sayuran yang mengandung fruktosa

alami. Sedangkan pemanis tak berkalori yaitu aspartame, sakarin, acesulfame potassium, sucrose, dan neotame.

Kebutuhan kalori, Perhitungan BB ideal dengan rumus Broca sebagai berikut :

$$\text{BB ideal} = 90 \times (\text{TB dalam cm} - 100) \times 1 \text{ kg}$$

Bagi laki-laki dengan tinggi badan <160 cm dan perempuan <150 cm, berlaku rumus :

$$\text{BB ideal} = (\text{TB dalam cm} - 100) \times 1 \text{ kg}$$

Keterangan : BB normal : $\pm 10\%$; Kurus : < berat badan ideal - 10% ;

Gemuk : > berat badan ideal + 10%



Perhitungan berat badan ideal menurut Indeks Massa Tubuh (IMT). Indeks massa tubuh dapat dihitung dengan rumus :

$$\text{IMT} = \text{BB (kg)} / \text{TB (m}^2\text{)}$$

Klasifikasi IMT : BB kurang <18,5 ; BB normal 18,5-22,9; BB lebih $\geq 23,0$

Dengan risiko	23,0-24,9
Obese I	25,0-29,9
Obese II	≥ 30

Beberapa faktor menentukan jumlah kalori yang dibutuhkan penderita diabetes melitus Jenis kelamin, kebutuhan kalori basal perhari untuk

perempuan sebesar 25 kal/kgBB sedangkan untuk pria sebesar 30 kal/kgBB ; Umur, pasien usia di atas 40 tahun, kebutuhan kalori dikurangi 5% untuk setiap dekade antara 40 dan 59. Pasien usia di antara 60 dan 69 tahun, dikurangi 10 %. Pasien usia di atas usia 70 tahun, dikurangi 20% ; Aktivitas fisik, kebutuhan kalori dapat ditambah sesuai dengan intensitas aktivitas fisik. Penambahan sejumlah 10% dari kebutuhan basal dan diberikan pada keadaan istirahat.

3. Latihan Jasmani

Latihan jasmani merupakan salah satu pilar pengelolaan Diabetes Mellitus. Latihan jasmani merupakan suatu gerakan yang dilakukan oleh otot tubuh dan anggota gerak tubuh lainnya yang memerlukan energi disebut dengan latihan jasmani. Latihan jasmani yang dilakukan setiap hari dan teratur (3-4 kali 10 minggu selama kurang lebih 30-45 menit) merupakan salah satu pilar dalam pengendalian Diabetes Mellitus Tipe 2. Latihan jasmani sebaiknya disesuaikan dengan umur dan status kebugaran jasmani.

Olahraga aerobik seperti senam, jalan kaki, jogging, bersepeda, dan berenang yang dilakukan secara teratur dan dikombinasikan dengan penurunan berat badan dapat mengurangi kebutuhan insulin sebesar 100% pada penderita DM tipe 2. Berikut tips olahraga yang aman bagi penderita diabetes melitus **jangan melakukan olahraga jika kadar gula darah diatas 250**, Olahraga atau latihan fisik justru membuat kadar gula darah tersebut semakin meningkat ; makan 1-2 jam sebelum berolahraga.

Selalu membawa tablet glukosa atau makanan cemilan (*snack*) bila hendak berolahraga, makanlah tablet atau cemilan tersebut jika mulai mengalami gejala-gejala akibat kadar glukosa darah terlalu rendah ; menggunakan sepatu olahraga yang tepat, Periksa ada tidaknya luka atau lepuhan pada kaki setiap sebelum dan sesudah berolahraga ; lakukan olahraga bersama dengan orang lain ; minum banyak air putih sebelum dan sesudah berolahraga.

4. Terapi Farmakologi

Terapi farmakologi diberikan secara bersamaan dengan terapi nutrisi yang dianjurkan serta latihan jasmani. Terapi farmakologi terdiri atas obat oral dan injeksi. Berdasarkan cara kerjanya, Obat Hipoglikemik Oral (OHO) dapat dibagi menjadi 3, yaitu : Pemicu sekresi insulin (insulin secretagogue) : sulfonurea dan glinid, Penambah sensitivitas terhadap insulin : metformin dan tiazolidindon Penghambat absorpsi glukosa di saluran pencernaan : penghambat glukosidase alfa. Penghambat DPP-IV (Dipeptidyl Peptidase-IV) 5) Penghambat SGLT-2 (Sodium Glucose Co- transporter 2)

5. Pemantauan Glukosa Darah Mandiri

Pemantauan glukosa darah mandiri (PGDM) merupakan pemeriksaan glukosa darah secara berkala yang dapat dilakukan oleh kasus DM yang telah mendapatkan edukasi dari tenaga kesehatan terlatih. PGDM dapat memberikan informasi tentang variabilitas glukosa darah harian seperti glukosa darah setiap sebelum makan, satu atau dua jam setelah makan, atau

sewaktu-waktu pada kondisi tertentu. Penelitian menunjukkan bahwa PGDM mampu memperbaiki pencapaian kendali glukosa darah, menurunkan morbiditas, mortalitas serta menghemat biaya kesehatan jangka panjang yang terkait dengan komplikasi akut maupun kronik.

2.2 Konsep Prosedur Tindakan Pada Pasien Diabetes Tipe 2

2.2.1 Definisi

Prosedur tindakan pemberian insulin adalah pedoman yang berisi prosedur-prosedur tindakan mengenai pemberian insulin sebagai hormon alami yang dikeluarkan oleh pankreas. Insulin dibutuhkan oleh sel tubuh untuk mengubah dan menggunakan glukosa darah (gula darah), dari glukosa, sel membuat energi yang dibutuhkan untuk menjalankan fungsinya (Lestari, 2021). Tindakan pemberian Insulin diberikan secara injeksi, sebab kurang efektif bila diberikan peroral. Saat ini insulin tersedia dalam kemasan flexpen, yaitu alat berbentuk pena khusus, digunakan dengan jarum khusus. Insulin penadalah yang paling umum digunakan saat ini karena penggunaannya yang ramah penderita, pengaturan dosis yang mudah serta fleksibel untuk dibawa dan dipakai berulang (Hardianto 2021)

2.2.2 Indikasi

Indikasi prosedur pemberian insulin pada pasien dengan Diabetes Mellitus yaitu :

1. Stress metabolic yang berasal dari infeksi atau kejadian kardiovaskuler

2. gangguan asupan makanan
3. pemeriksaan penunjang yang memerlukan persiapan puasa
4. adanya obat-obatan yang mempengaruhi konsentrasi glukosa darah
5. adanya komplikasi gangguan organ akibat stress metabolic yang dialami.

2.2.3 Kontraindikasi

Kontraindikasi prosedur pemberian insulin pada pasien dengan Diabetes Mellitus yaitu :

1. Penderita mengalami hipoglikemia
2. Pasien alergi terhadap senyawa yang terkandung dalam insulin
3. Penderita penyakit hati atau gangguan fungsi ginjal



2.2.4 Bentuk Dan Jenis Prosedur

Menurut Maria (2021) dalam pembuatan prosedur tindakan tentunya ada bentuk dan jenis yang harus dilakukan, sebagai berikut:

1 Tahapan Penyusunan prosedur tindakan

Setelah mempelajari pihak mana saja yang terlibat dalam penyusunan prosedur tindakan, setelah itu, mengembangkan penyusunan suatu prosedur tindakan dengan tim yang ditunjuk.

2. Identifikasi Kebutuhan

Proses identifikasi kebutuhan ini melalui penilaian beberapa aspek, yakni:

- 1) Peraturan perundangan terkait.

- 2) Lingkungan operasional tempat organisasi melaksanakan kegiatannya.
- 3) Kebijakan perusahaan dan kebutuhan organisasi dan pemegang saham.

2. Pengumpulan Data

Data yang dibutuhkan dapat didapatkan dengan melakukan wawancara kepada objek penelitian, survei untuk mendapatkan informasi dari beberapa pihak, dan biasanya ketika pihak pengumpul data belum memiliki informasi yang cukup maka akan dilakukan analisis yang mendalam dengan pihak yang lebih menguasai proses



2.2.5 Standar Operasional Prosedur (SOP)

	PROSEDUR TINDAKAN PEMBERIAN INSULIN
Pengertian	Insulin adalah hormon yang digunakan untuk menurunkan kadar gula darah pada Diabetes Mellitus Insulin Pen (Actrapid Novolet): adalah insulin yang dikemas dalam bentuk pulpen insulin khusus yang berisi 3 cc insulin
Tujuan	Untuk mengontrol kadar gula darah dalam pengobatan diabetes mellitus.
Prosedur	Waktu yang dibutuhkan untuk mengajarkan cara pemberian insulin yaitu 30 menit Pelaksanaan cara pemberian insulin <ol style="list-style-type: none"> a. Persiapan <ol style="list-style-type: none"> 1. Spuit insulin/insulin pen (Actrapid Novolet)

	<ol style="list-style-type: none">2. Vial insulin3. Alcohol swab4. Handscoen bersih5. Daftar/formulir obat <p>b. Pelaksanaan Tahap Pra interaksi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Melakukan vertifikasi program terapi2. Mencuci tangan3. Memakai sarung tangan bersih4. Mendekatkan alat ke dekat klien5. Mengkaji program/intruksi medik tentang rencana pemberian terapi injeksi insulin (prinsip 6 benar : nama klien, obat/jenis insulin dosis, waktu, cara pemberian, dan pendokumentasian)6. Mengkaji cara kerja insulin yang akan diberikan, tujuan, waktu kerja, dan masa efek puncak insulin, serta efek samping yang mungkin timbul.7. Mengkaji tanggal kadaluarsa insulin <p>c. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mengucapkan salam dan menyapa klien2. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan pada klien3. Menanyakan kesiapan klien sebelum dilakukan tindakan4. Memberikan kesempatan bertanya pada klien sebelum dilakukan tindakan <p>d. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none">1. Menjaga privacy klien2. Mengatur posisi klien3. Lepaskan penutup pena Jika menggunakan
--	--

	<p>intermediate-acting insulin dengan lembut putar pena diantara telapak tangan 15 detik untuk campuran</p> <ol style="list-style-type: none">4. Lepaskan penutup jarum .5. Pastikan pena siap<ul style="list-style-type: none">• Putar tombol pemilih dosis di ujung pena untuk 1 atau 2 unit (dosis monoton perubahan tanda dengan berubahnya tombol)• Pegang pena dengan jarum menunjuk ke atas. Tekan tombol dosis sampai benar-benar sampai menetes. Ulangi jika perlu, sampai insulin terlihat di ujung jarum. Dial akan kembali ke nol setelah menyelesaikan langkah dasar6. Mengatur dosis Putar dosis tombol untuk mengatur dosis insulin (anda dapat memutar mundur juga). Pena akan memungkinkan untuk menerima hanya jumlah yang telah ditetapkan. Periksa jendela dosis untuk memastikan dosis yang akan disuntikkan sudah tepat.7. Pilih tempat injeksi Pilih tempat injeksi. Perut adalah tempat yang disukai untuk banyak jenis insulin-antara bagian bawah rusuk dan kemaluan baris, menghindar sekitar 3-4 inci pusar. Bagian atas paha dan belakang lengan atas (jika anda pleksibel)dapat juga digunakan
--	--

	<ol style="list-style-type: none">8. Menyuntikkan insulin<ol style="list-style-type: none">a. Posisikan ibu jari di ujung atas tombol pena dengan tenang untuk terus amanb. Dengan lembut mencubit kulit dengan tangan bebasc. Cepat masukkan jarum pada sudut 90 derajat. Melepaskan cubitand. Gunakan ibu jari untuk menekan tombol dosis sampai berhenti (jendela dosis akan kembali pada nol). Biarkan jarum di tempat selama 5-10 detik untuk membantu mencegah insulin dari bocor keluar dari tempat injeksie. Tarik jarum langsung keluar dari kulit. Kadang-kadang akan keluar sedikit darah atau terjadi memar adalah normal. Lap dengan tisu atau bola kapas beralkohol, tapi jangan ditekan8. Tutup kembali insulin pen9. Lepas sarung tangan10. Cuci tangan
--	--

2.2.6 Tabel Ekstraksi Penelitian

Penulis dan Judul		Jurnal dan Tahun Terbit	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
Penulis : Esti Winarni, Dewi Damayanti, Anton Surya Prasetya Judul: Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dengan Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Menggunakan Teknik Brisk Walking (<i>Nursing Care of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus with Nursing Problems of Instability of Blood Glucose</i>)		Jurnal: Ners Akademika Tahu terbit: 2023	Penelitian bertujuan untuk mengetahui pengaruh teknik Brisk Walking untuk menurunkan kadar glukosa pasien diabetes mellitus tipe 2.	Metode penelitian adalah penelitian terapan atau <i>applied research</i> dengan desain pretest dan posttest.	Hasil penelitian adalah teknik Brisk Walking berpengaruh terhadap penurunan kadar glukosa darah pasien DM tipe 2. Sebelum dilakukan teknik Brisk Walking, kadar glukosa darah sewaktu (GDS) responden adalah 443 mg/dl dan 321 mg/ld. Setelah dilakukan teknik Brisk Walking selama 3 kali pertemuan, kadara GDS responden mengalami penurunan menjadi 410,33 mg/dl dan 297,33 mg/dl. Meskipun belum sampai pada kadar

<i>Levels Using the Brisk Walking Technique)</i>				normal, namun terjadi penurunan rata-rata tiap responden yaitu 32,67 mg/dl dan 24 mg/dl.
Penulis : Sri Wahyuni, Nengke Puspita Sari, Yayan Kurniawan Judul: Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah pada Pasien Diabetes Mellitus Dengan Terapi Walking Exercise (Jalan Kaki) di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga Dewa	Jurnal: Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia Tahun: 2022	Tujuan penelitian adalah melaksana- kan asuhan keperawatan pada pasien DM tipe 2 serta menerapkan intervensi teknik <i>Walking Exercise</i> untuk menurunkan kadar glukosa darah	Desain penelitian adalah deskriptif studi kasus dengan pendekata- n asuhan keperawat- an dengan intervensi <i>Walking Exercise</i> pre test dan posttest	1. Pengkajian 2 responden menghasilka- n data keluhan utama adalah lemas, tangan dan kaki sering kesemutan. Nilai GDS adalah 304 mg/dl dan 272 mg/dl. 2. Diagnosa kedua responden yaitu ketidakstabil- an kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin 3. Intervensi dan implementas- i adalah manajemen kadar

				<p>glukosa darah dan penerapan teknik <i>walking exercise</i> selama 15 menit dalam 3 kali pertemuan.</p> <p>4. Hasil evaluasi adalah adanya penurunan GDS kedua responden setelah terapi <i>walking exercise</i> menjadi 270 mg/dl dan 212 mg/dl</p>
<p>Penulis : Ni Kadek Sinta Mutiara Dewi, I Wayan Surasta, I Ketut Suardana</p> <p>Judul: Intervensi Relaksasi Benson Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe Ii Dengan</p>	<p>Jurnal: Jurnal Gema Keperawatan Tahun: 2022</p>	<p>Tujuan penelitian adalah melaksanakan asuhan keperawatan serta mengetahui pengaruh intervensi terapi relaksasi benson untuk menurunkan kadar gula darah sewaktu</p>	<p>Metode penelitian adalah studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan</p>	<p>1. Pengkajian pada responden menghasilkan data keluhan utama adalah lemas, mulut kering, hasu meningkat, kaddar GDS 374 mg/dl</p> <p>2. Diagnosa keperawatan adalah ketidakstabilan kadar</p>

<p>Masalah Ketidakstabilan Gula Darah: Studi Kasus</p>				<p>glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin</p> <p>3. Intervensi utama adalah manajemen hiperglikemi dan intervensi pendukung adalah edukasi diet dan terapi relaksasi benson selama 10-15 menit dalam 3 kali pertemuan.</p> <p>4. Implementasi berfokus pada pengaruh terapi relaksasi benson untuk menurunkan kadar GDS</p> <p>5. Evaluasi menghasilkan kesimpulan bahwa terapi relaksasi benson selama 10-15 menit dalam 3 pertemuan</p>
--	--	--	--	--

				berpengaruh terhadap penurunan kadar GDS, yaitu dari sebelumnya 374 mg/dl menjadi 184 mg/dl.
Penulis : Syokumawena, Devi Mediarti, Dea Agustini Judul: Manajemen Hiperglikemia Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	Jurnal: Jurnal 'Aisyiyah Medika Tahun: 2024	Tujuan penelitian adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien DM Tipe 2 dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah serta untuk mengetahui gambaran implementasi keperawatan manajemen hiperglikemi	Metode penelitian adalah studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan	Implementasi keperawatan manajemen hiperglikemi selama 3x24 berpengaruh positif terhadap penurunan kadar GDS dari sebelumnya 168 mg/dl dan 242 mg/dl menjadi 147 mg/dl dan 153 mg/dl
Penulis : Han Adam Renaldi, Amin Susanto, Asmat Burhan Judul:	Jurnal: Jurnal Inovasi Penelitian Tahun: 2022	Tujuan penelitian adalah melakukan asuhan keperawatan pada pasien DM Tipe 2 dengan	Desain penelitian adalah studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan selama	1. Dari hasil analisa data, diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah ketidakstabilan kadar

Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Glukosa Darah Pada Pasien Tn. D Dengan Diabetes Melitus Tipe II Di RSI Banjarnegara		masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah	3 kali 24 jam	gukosa darah dan kelebihan volume cairan. 2. Penerapan implementasi keperawatan berupa pendidikan kesehatan, terapi nutrisi, latihan fisik, pemantauan dan terapi farmakologi selama 3x24 jam berhasil menurunkan kadar GDS dari sebelumnya 420 mg/dl menjadi 249 mg/dl.
--	--	---	---------------	---

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Konsep asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung pada klien di bagian tatanan pelayanan Kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan merupakan inti dari keperawatan. Konsep asuhan keperawatan meliputi :

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien. Supaya dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Hadinata, Dian & Abdillah, 2022).

Pengkajian merupakan langkah terpenting dalam proses keperawatan. Jika langkah ini tidak diselesaikan dengan cara yang berpusat pada klien, perawat akan kehilangan kendali atas langkah selanjutnya dalam proses keperawatan. Ada dua jenis pengkajian, pre-assessment dan pengkajian mendalam.

Keduanya memerlukan pengumpulan data dan mungkin merupakan langkah termudah untuk diselesaikan (Hidayat, 2022) Berikut ini adalah data pengkajian keperawatan yang mungkin muncul pada pasien DM Tipe 2:

2.3.1.1 Identitas Klien

Usia pasien dengan DM tipe 2 biasanya 45 tahun ke atas dan sebagian besar dijumpai pada perempuan dibandingkan laki-laki, karena faktor risiko terjadi diabetes melitus pada perempuan 3-7 kali lebih tinggi.

2.3.1.2 Keluhan Utama/ Alasan Masuk Rumah Sakit

Pasien mengatakan mudah lelah, mudah mengantuk, kram otot, sering kencing, penglihatan kabur, hingga penurunan kesadaran.

1. Kondisi Hiperglikemia: kelelahan, penglihatan buram, peningkatan urine serta rasa haus, dehidrasi, sakit kepala serta peningkatan suhu tubuh.

2. Kondisi Hipoglikemia: tremor, takikardi, resah, rasa lapar, sakit kepala, sulit berkonsentrasi, vertigo, konfusi, memori menurun, bibir mati rasa, pelo, gangguan emosional, serta menurunnya kesadaran.

2.3.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Penyakit Sekarang: sering BAK, lapar serta haus. Berat badan naik. Pengidap umumnya belum mengetahui apakah mereka mengalami penyakit diabetes melitus samapi setelah merekamelakukan pemeriksaan.
2. Riwayat Penyakit Dahulu: diabetes melitus tipe 2 bisa berkembang sebagai akibat dari kehamilan, penyakit pankreas, terganggunya penerimaan insulin, gangguan hormonal, mengonsumsi obat-obatan diantaranya glukokortikoid, furosemide, thiazide, beta bloker, kontrasepsi yang berisi estrogen, hipertensi, serta obesitas.
3. Riwayat Penyakit Keluarga: ditemukan adanya kelainan genetik yang menyebabkan tubuh tidak bisa memproduksi insulin dengan baik.
4. Riwayat Psikososial: biasanya penderita akan mengalami stress,menolak kenyataan, dan keputusasaan

2.3.1.3 Pola Aktivitas Sehari-hari

1. Pola Eliminasi: klien mengeluh sering buang air kecil

2. Pola Makan: sering mengonsumsi makanan dengan tinggi gula serta lemak. Makan terlalu banyak karbohidrat dari nasi dan roti bisa menyebabkan penyimpanan dalam bentuk gula dalam darah (glikogen)
3. Personal Hygiene: menggambarkan kebersihan dalam merawat diri yang yang mencakup mandi, BAB, BAK dan lain-lain.

2.3.1.4 Pemeriksaan Fisik

2.3.1.6 Keadaan Umum: kesadaran dapat composmentis sampai coma

2.3.1.6 Tanda-Tanda Vital: tekanan darah tinggi jika disertai hipertensi, pernapasan regular atau ireguler, adanya bunyi napas tambahan, respirasi normal 16-20x/ menit, pernapasan dalam atau dangka. Denyut nadi regular atau ireguler. Adanya takikardia, denyutan kuat atau lema. Suhu tubuh meningkat.

2.3.1.7 Pemeriksaan Kepala dan Leher

1. Kepala: normal, tulang kepala pada umumnya bulat dengan tonjolan frontal dibagian anterior dan oksipital dibagian posterior.
2. Rambut: biasanya tersebar merata, tidak kering, dan tidak berminyak
3. Mata: simetris, refleks pupil terhadap cahaya (+), terdapat gangguan penglihatan apabila sudah mengalami komplikasi

retinopati diabetik maupun katarak.

4. Telinga: fungsi pendengaran mungkin menurun
5. Hidung: adanya sekret, pernapasan cuping hidung, ketajaman syaraf hidung menurun
6. Mulut: mukosa bibir kering
7. Leher: tidak terjadi pembengkakan kelenjar getah bening

2.3.1.8 Sistem Pernafasan

1. Inspeksi: bentuk dada simetris, tidak ada otot bantu pernafasan, frekuensi napas >22 x/menit
2. Palpasi: vocal premitus kanan dan kiri teraba sama, tidak ada krepitasi dan deviasi trakea
3. Perkusi: terdengar sonor
4. Auskultasi: suara nafas terdengar vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan, mungkin terjadi pernafasan cepat dan dalam, frekuensi napas meningkat.



2.3.1.9 Sistem Kardiovaskuler

1. Inspeksi: tidak ada sianosis, jejas, dan jari tabuh, CRT dapat kembali < 2 detik (bisa saja lebih >2 detik)
2. Palpasi: ictus cordis tidak teraba, nadi > 84 x/m, akral teraba hangat, CRT < 2 detik
3. Perkusi: suara terdengar dullnes/ redup/ pekak, bisa jadi nyeri dada

4. Auskultasi: bunyi jantung normal dan mungkin tidak ada suara tambahan seperti murmur.

2.3.1.10 Sistem Pencernaan/ Status Nutrisi

1. Berat Badan: terkadang terjadi peningkatan atau penurunan berat badan, *polifagia*, *polidipsi*
2. IMT: IMT yang tinggi dapat menyebabkan Diabetes Melitus tipe 2
3. Abdomen: adanya nyeri tekan pada bagian pankreas, distensi abdomen, suara bising usus yang meningkat



2.3.1.11 Sistem Perkemihan: dapat terjadi *poliuria, anuria, oliguria*

2.3.1.12 Sistem Muskuloskeletal dan Integumen: kekuatan otot dapat menurun, pergerakan sendi dan tungkai bisa mengalami penurunan dan pada sistem integument biasanya terdapat lesi atau luka pada kulit yang lama sembuh. Kulit kering ada ulkus di kulit, luka yang tidak kunjung sembuh, akral teraba dingin, *capillary refill* kurang dari 2 detik, adanya pitting edema.

2.3.1.13 Sistem Endokrin: kaji apakah terdapat gangrene, kedalaman, bentuk, bau, terjadi *polidipsi, polofagia, polyuria*

2.3.1.14 Sistem Reproduksi: lihat apakah terjadi rabas vagina, keputihan, impotensi pada pria dan sulit orgasme pada wanita



2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat (Hadinata, Dian & Abdillah, 2022).

Diagnosis keperawatan adalah pengkajian klinis respon pasien terhadap masalah kesehatan yang dialami atau proses kehidupan, aktual atau berisiko, untuk menentukan respon individu, keluarga, dan komunitas. terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan Diabetes

Melitus tipe 2 adalah (PPNI, 2017):

2.4.2.1 Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia resistensi insulin (D.0027)

2.4.2.2 Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia (D.0009)

2.4.2.3 Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi (D.0019)

2.4.2.4 Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D.0022)

2.4.2.5 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)

2.4.2.6 Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)

2.4.2.7 Risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (Diabetes Melitu) (D.0142)

2.4.2.8 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)



Diagnosa Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027)

Definisi	Penyebab	Gejala dan Tanda (Mayor dan Minor)
<p>Variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal</p>	<p>Hiperglikemia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disfungsi pankreas 2. Resistensi insulin 3. Gangguan toleransi glukosa darah 4. Gangguan glukosa darah puasa <p>Hipoglikemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penggunaan insulin atau obat glikemikoral 2. Hiperinsulinemia 3. Endokrinopati (mis. Kerusakan adrenal atau pituitari) 4. Disfungsi hati 5. Disfungsi ginjal kronis 6. Efek agen farmakologis 7. Tindakan pembedahan neoplasma 8. Ganggaun metabolik bawaan 	<p>Mayor:</p> <p>Data Subjektif:</p> <p>Hipoglikemia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengantuk 2. Pusing <p>Hiperglikemia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lelah dan lesu <p>Data objektif:</p> <p>Hipoglikemia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan koordinasi 2. Kadar glukosa dalam darah/urin rendah <p>Hiperglikemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi <p>Minor</p> <p>Data Subjektif</p> <p>Hipoglikemia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitasi 2. Mengeluh lapar <p>Hiperglikemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mulut kering 2. Haus meningkat <p>Data Objektif:</p> <p>Hipoglikemia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gemetar 2. Kesadaran menurun 3. Perilaku aneh 4. Sulit bicara

		<p>5. Berkeringat</p> <p>Hiperglikemia</p> <p>1. Jumlah urin meningkat</p>
--	--	--

Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia

(D.0009)

Definisi	Penyebab	Gejala dan Tanda (Mayor dan Minor)
<p>Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hiperglikemia 2. Penurunan konsentrasi hemoglobin 3. Peningkatan tekanan darah 4. Kekurangan volume cairan 5. Penurunan aliran arteri dan/atau vena 6. Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas) 7. Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis. diabetes melitus, hiperlipidemia) 8. Kurang aktivitas fisik 	<p>Mayor:</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian kapiler (cappillary refill) >3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun <p>Minor</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parastesia 2. Nyeri Ekstremitas <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema 2. Penyembuhan Luka lambat 3. Indeks ancle-brachial < 0.90 4. Bruit femoral

**Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi
nutrisi(D.0019)**

Definisi	Penyebab	Gejala dan Tanda (Mayor dan Minor)
Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakmampuan menelan makanan 2. Ketidakmampuan mencerna makanan 3. Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi 4. Peningkatan kebutuhan metabolisme Faktor ekonomi (mis: finansial tidak mencukupi) 5. Faktor psikologis (mis: stres, keengganan untuk makan) 	<p>Mayor:</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal. <p>Minor</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/ nyeri abdomen 3. Nafsu makan menurun <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bising usus hipoaktif 2. Otot pengunyah lemah 3. Membran mukosa pucat 4. Sariawan 5. Serum albumin turun 6. Rambut rontok berlebihan 7. Diare

Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D.0022)

Definisi	Penyebab	Gejala dan Tanda (Mayor dan Minor)
<p>Peningkatan volume cairan intravaskular, interstitial, dan/atau intraselular.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan mekanisme regulasi 2. Kelebihan asupan cairan 3. Kelebihan asupan natrium 4. Gangguan aliran balik vena 5. Efek agen farmakologis (mis: kortikosteroid, chlorpropamide, tolbutamide, vincristine, tryptilinescarbamazepine) 	<p>Mayor:</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ortopnea 2. Dispnea 3. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema anasarca dan/atau edema perifer 2. Berat badan meningkat dalam waktu singkat 3. Jugular venous pressure (JVP) dan/atau central venous pressure (CVP) meningkat 4. Refleks hepatojugular positif <p>Minor</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa lemah 2. Mengeluh haus <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian vena menurun 2. Status mental berubah 3. Suhu tubuh meningkat 4. Konsentrasi urin meningkat 5. Berat badan turun tiba-tiba

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)

Definisi	Penyebab	Gejala dan Tanda (Mayor dan Minor)
<p>pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan). 	<p>Mayor:</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif(mis: waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur <p>Minor</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. – <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus diri sendiri 7. Diaforesis

Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer

(D.0129)

Definisi	Penyebab	Gejala dan Tanda (Mayor dan Minor)
kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan sirkulasi Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) 2. Kekurangan/kelebihan volume cairan 3. Penurunan mobilitas Bahan kimia iritatif Suhu lingkungan yang ekstrim 4. Faktor mekanis (mis: penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi) 5. Efek samping terapi radiasi 6. Kelembaban 7. Proses penuaan Neuropati perifer 8. Perubahan pigmentasi Perubahan hormonal 9. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan 	<p>Mayor:</p> <p>DS:</p> <p>-</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit <p>Minor</p> <p>DS:</p> <p>-</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma

**Risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (Diabetes
Melitus)(D.0142)**

Definisi	Penyebab	Gejala dan Tanda (Mayor dan Minor)
berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis (mis: diabetes melitus) 2. Efek prosedur invasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik; kerusakan integritas kulit; perubahan sekresi pH; penurunan kerja siliaris; ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya; merokok; statis cairan tubuh) 6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin; immunosupresi; leukopenia; supresi respon inflamasi; vaksinasi tidak adekuat) 	-

**Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar
informasi(D.0111)**

Definisi	Penyebab	Gejala dan Tanda (Mayor dan Minor)
ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keterbatasan kognitif 2. Gangguan fungsi kognitif 3. Kekeliruan mengikuti anjuran 4. Kurang terpapar informasi 5. Kurang minat dalam belajar 6. Kurang mampu mengingat 7. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi 	<p>Mayor:</p> <p>DS: Menanyakan masalah yang dihadapi</p> <p>DO: 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah</p> <p>Minor</p> <p>DS: -</p> <p>DO: -</p>

2.4.3 Perencanaan Keperawatan

Intervensi atau perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan masalah, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan (Agustin et al., 2020)

Intervensi keperawatan adalah segala pengobatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Intervensi Keperawatan untuk Diabetes Melitus tipe 2 adalah (PPNI, 2018)

Tabel 2.12 Intervensi Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027)

Luaran	Utama	Pendukung
<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat (L.05022). Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi meningkat (5) 2. Mengantuk menurun (5) 3. Pusing menurun (5) 4. Lelah/lesu menurun (5) 5. Keluhan lapar menurun (5) 6. Gemetar menurun (5) 7. Berkeringat menurun (5) 8. Mulut kering menurun (5) 9. Rasa hasu menurun (5) 10. Perilaku aneh menurun (5) 11. Kesulitan bicara menurun (5) 12. Kadar glukosa darah membaik (5) 13. Kadar glukosa 	<p>Manajemen Hiperglikemia(I.03115)) Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat 3. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu. 4. Monitor tanda dan gejala, hiperglikemia 5. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250mg/dL 2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 	<p>Dukungan Kepatuhan Program pengobatan (I.1236) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kepatuhan menjalai program pengobatan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik 2. Buat jadwal pendampingan keluarga untuk bergantian menemani pasien selama menjalai program pengobatan 3. Dokumentasi aktivitas selama proses pengobatan 4. Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani

<p>dalam urin membaik (5)</p> <p>14. Palpitasi membaik (5)</p> <p>15. Perilaku membaik (5)</p> <p>16. Jumlah urin membaik (5)</p>	<p>3. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</p> <p>4. Anjurkan pengelolaan diabetes</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Kolaborasi pemberian insulin</p> <p>Manajemen Hipoglikemia (L.03115)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia</p> <p>2. Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia</p> <p>Terapeutik</p> <p>3. Berikan karbohidrat sederhana, jika perlu</p> <p>4. Berikan glukagon, jika perlu</p> <p>5. Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet</p> <p>6. Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>7. Pertahankan askes IV, jika perlu</p> <p>8. Hubungi layanan medis darurat, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>9. Anjurkan membawa karbohidrat sederhana setiap saat</p>	<p>Edukasi</p> <p>1. Informsikan program pengobatan yang harus dijalani</p> <p>2. Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani pengobatan</p> <p>3. Anjuran keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan</p>
---	--	--

	<p>10. Anjurkan memakai identitas darurat yang tepat</p> <p>11. Anjurkan monitor kadar glukosa darah</p> <p>12. Anjurkan berdiskusi dengan tim perawatan diabetes tentang penyesuaian program</p> <p>13. Jelaskan interaksi antara diet, insulin/agen oral, dan olahraga</p> <p>14. Ajarkan pengelolaan hipoglikemia (mis. Atnda dan gejala, faktor risiko, dan pengobatan hipoglikemia)</p> <p>15. Ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia (mis. Mengurangi insulin/agen oral dan/atau meningkatkan asupan makanan untuk berolahraga).</p> <p>Kolaborasi</p> <p>16.Kolaborasi pemberian dekstrose, jika perlu</p> <p>17.Kolaborasi pemberian glukagon, jika perlu</p>	
--	--	--

Tabel 2.13 Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia (D.0009)

Luaran	Utama	Pendukung
<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam, maka perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil: (L.02011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian kapiler membaik (5) 2. Akral membaik (5) 3. Warna kulit pucat menurun 4. Turgor kulit membaik (5) 	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 3. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 4. Lakukan pencegahan infeksi 5. Lakukan perawatan 	<p>Manajemen Sensasi Perifer (I.06195)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab perubahan sensasi 2. Identifikasi penggunaan alat pengikat, prosthesis, sepatu, dan pakaian 3. Periksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul 4. Periksa perbedaan sensasi panas atau dingin 5. Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda 6. Monitor terjadinya parestesia, jika perlu 7. Monitor perubahan kulit 8. Monitor adanya tromboplebitis dan tromboemboli vena <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindai pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan

	<p>kaki dan kuku</p> <p>6. Lakukan hidrasi</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berhenti merokok 2. Anjurkan berolahraga rutin 3. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu 5. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 6. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta 7. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki) 8. Anjurkan program rehabilitasi vaskular 9. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) 10. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, 	<p>penggunaan thermometer untuk menguji suhu air</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak 3. Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian kortikosteroid, jika perlu
--	---	---

	luka tidak sembuh, hilangnya rasa).	
--	--	--

Tabel 2.14 Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi (D.0019)

Luaran	Utama	Pendukung
Setelah dilakukan Intervensi selama 2 x 24 jam, maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil : (L.03030)	Manajemen Nutrisi (I.03119)	Promosi Berat Badan (I.03136)
1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat(5)	Observasi	Observasi
2. Berat badan membaik(5)	1. Identifikasi status nutrisi	1. Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang
3. Indeks Masa Tubuh (IMT) Membaik (Normal IMT :18,5 – 24,5) (5)	2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan	2. Monitor adanya mual dan muntah
4. Nafsu	3. Identifikasi makanan yang disukai	3. Monitor jumlah kalori yang di konsumsi sehari-hari
	4. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik	4. Monitor berat badan
	5. Monitor asupan makanan	5. Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit serum
	6. Monitor berat badan	Terapeutik
	7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium	1. Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu
	Terapeutik	2. Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (mis: makanan dengan tekstur halus, makanan yang diblender, makanan cair yang diberikan melalui NGT atau gastrostomy, total
	1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu	
	2. Sajikan makanan secara menarik dan	

<p>makan membaik Membran mukosa membaik(5)</p>	<p>suhu yang sesuai</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 4. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 5. Berikan suplemen makanan, jika perlu 6. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 	<p>parenteral nutrition sesuai indikasi)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Hidangkan makanan secara menarik 4. Berikan suplemen, jika perlu 5. Berikan pujian pada pasien/keluarga untuk peningkatan yang dicapai <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau 2. Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan
--	---	---

Tabel 2.15 Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D.0022)

Luaran	Utama	Pendukung
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka status cairan membaik dengan kriteria hasil: (L.03028)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat (5) 2. Output urin meningkat (5) 3. Membran mukosa lembab meningkat (5) 4. Ortopnea menurun (5) 5. Dispnea menurun (5) 6. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) menurun (5) 7. Edema anasarka menurun(5) 8. Edema perifer menurun (5) 9. Frekuensi nadi membaik (5) 10. Tekanan darah membaik (5) 11. Turgor kulit membaik 12. Jugular venous pressure 	<p>Manajemen</p> <p>Hipovolemia (I.03116)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan posisi modified Trendelenburg 3. Berikan asupan cairan oral <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan posisi modified Trendelenburg 3. Berikan asupan cairan oral 	<p>Pemantauan Cairan (I.03101)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor frekuensi napas 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor berat badan 5. Monitor waktu pengisian kapiler 6. Monitor elastisitas atau turgor kulit 7. Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urin 8. Monitor kadar albumin dan protein total 9. Monitor hasil pemeriksaan serum (mis: osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, dan BUN) 10. Monitor intake dan output cairan 11. Identifikasi tanda-tanda hypovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering,

<p>membalik(5) 13. Hemoglobin membalik(5) 5. Hematokrit membalik(5)</p>	<p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL) 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) 3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate) 4. Kolaborasi pemberian produk darah 	<p>volume urin menurun, hematokrit meningkat, hasil, lemah, konsentrasi urin meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat)</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Identifikasi tanda-tanda hypervolemia (mis: dispnea, edema perifer, edema anasarca, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat) 13. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis: prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, apheresis, obstruksi intestinal, peradangan pancreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan
---	---	---

		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Dokumentasikan hasil pemantauan
--	--	--

Tabel 2.16 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

(D.0077)

Luaran	Utama	Pendukung
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 Jam, diharapkan Nyeri menurun dengan Kriteria Hasil: (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Frekuensi nadi membaik (5) 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan 	<p>Pemberian analgesik (I.08243)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis: pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) 2. Identifikasi Riwayat alergi obat 3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis: narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri 4. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik 5. Monitor efektifitas analgesik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan jenis analgesik yang

	<p>nyeri</p> <p>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>6. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan</p>	<p>disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu</p> <p>2. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum</p> <p>3. Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien</p> <p>4. Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi</p>
--	--	--

	<p>nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri2. Jelaskan strategi meredakan nyeri3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian analgetik	
--	--	--

Tabel 2.17 Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)

Luaran	Utama	Pendukung
<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka integritas kulit meningkat, dengan kriteria hasil: (L.14125)</p> <p>1. Kerusakan lapisan kulit menurun (5)</p>	<p>Perawatan integritas kulit (I.11353)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring</p> <p>2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu</p> <p>3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare</p> <p>4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</p> <p>5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive</p> <p>6. Hindari produk</p>	<p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu</p> <p>3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>4. Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu</p> <p>6. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>7. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau</p>

	<p>berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>sesuai kondisi pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari 11. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi 12. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu 2. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
--	--	---

**Tabel 2.18 Risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis
(Diabetes Melitus) (D.0142)**

Luaran	Utama	Pendukung
<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam, maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: (L.14137)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemerahan menurun (5) 2. Nyeri menurun (5) 3. Bengkak menurun (5) 4. Kadar sel darah putih membaik (5) 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika 	<p>Manajemen Imunisasi (I.14508)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi Riwayat Kesehatan dan Riwayat alergi 2. Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi (mis: reaksi anafilaksis terhadap vaksin sebelumnya dan/atau sakit parah dengan atau tanpa demam) 3. Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan suntikan pada bayi di bagian paha anterolateral 2. Dokumentasikan informasi vaksinasi (mis: nama produsen, tanggal kadaluarsa) 3. Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, reaksi

	<p>batuk</p> <p>4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian Antibiotik</p>	<p>yang terjadi, jadwal, dan efek samping</p> <p>2. Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah (mis: hepatitis B, BCG, difteri, tetanus, pertussis, H. influenza, polio, campak, measles, rubela)</p> <p>3. Infromasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit namun saat ini tidak diwajibkan pemerintah (mis: influenza, pneumokokus)</p> <p>4. Informasikan vaksinasi untuk kejadian khusus (mis: rabies, tetanus)</p> <p>5. Informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi Kembali</p> <p>6. Informasikan penyedia layanan Pekan Imunisasi Nasional yang menyediakan vaksin gratis</p>
--	---	--



Tabel 2.19 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)

Luaran	Utama	Pendukung
<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil: (L.12111)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat (5) 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat (5) 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (5) 4. Kemampuan menggambar pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat (5) 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (5) 	<p>Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk 	<p>Dukungan Pengambilan Keputusan (I.09265)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan 2. Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi 3. Fasilitasi melihat situasi secara realistic 4. Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan 5. Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif 6. Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi 7. Fasilitasi menjelaskan keputusan kepada

<p>6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (5)</p> <p>7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5)</p>	<p>meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>	<p>orang lain, jika perlu</p> <p>8. Fasilitasi hubungan antara pasien, keluarga, dan tenaga Kesehatan lainnya</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan alternatif solusi secara jelas 2. Berikan informasi yang diminta pasien <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan tenaga Kesehatan lain dalam memfasilitasi pengambilan keputusan
--	---	--

2.4.3 Implementasi Keperawatan

Implementasi/pelaksanaan keperawatan adalah realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Hadinata, Dian & Abdillah, 2022).

Seperti yang tertulis dalam Agustin et al. (2020), dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu.

2.4.3.1 Independent Implementations

Implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi *activity daily living* (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik

2.4.3.2 Interdependen/Collaborative Implementations

Tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan ataudengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, naso gastric tube (NGT), dan lain-lain

2.4.3.3 Dependent Implementations

Tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada pasien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

2.4.4 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.

Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan dan perbaikan. Dalam evaluasi, perawat menilai reaksi klien terhadap intervensi yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima (Hadinata, Dian & Abdillah, 2022)

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif (dengan proses dan evaluasi akhir). Evaluasi dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu (Agustin et al., 2020):

2.4.4.1 Evaluasi berjalan (sumatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh keluarga. format yang dipakai adalah format SOAP



2.4.4.2 Evaluasi akhir (formatif)

yaitu evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Studi Kasus

Desain yang digunakan karya tulis ilmiah adalah jenis studi kasus deskriptif dengan bentuk studi kasus mendalam. Jenis desain ini mendeskripsikan suatu kasus yang memiliki ciri khas atau unik dengan diawali memaparkan secara jelas dan mendalam hasil asuhan keperawatan dan menganalisis secara naratif serta menggambarkan prosedur secara rinci.

3.2 Subyek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan dalam studi kasus ini adalah individu, keluarga, gerontik dengan kasus yang akan diteliti secara rinci dan mendalam. Dalam penelitian, hanya individu yang terpilih untuk bisa dijadikan sampel dalam penelitian.

Kriteria responden yang akan dipilih memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi adalah sebagai berikut, Kriteria Inklusi. Kriteria Inklusi dalam studi kasus ini ialah pasien berjenis kelamin laki-laki atau perempuan, pasien terdiri dari 1 pasien dewasa dengan rentang usia ≥ 30 tahun. Pasien yang di rawat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dengan diagnosis medis Diabetes Melitus Tipe 2. Pasien bersedia menjadi responden dengan menandatangani info consent. Kriteria Eksklusi, kriteria dalam kasus studi ini ialah pasien tidak bersedia menjadi responden, pasien yang mengalami depresi akibat efek samping pengobatan.

3.3 Fokus Studi

Studi kasus ini berfokus pada pengelolaan asuhan keperawatan pada 1 pasien dengan pendekatan pada prosedur intervensi pemberian obat subcutan dalam mengatasi masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa

3.4 .Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu sifat atau nilai dari objek atau kegiatan yang memiliki variasi tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2018).

Definisi operasional pada studi kasus ini ialah Diabetes Melitus (DM) atau yang biasa disebut dengan kencing manis merupakan penyakit kronis progresif yang ditandai dengan ketidakmampuan tubuh untuk melakukan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein, mengarah pada hiperglikemia (kadar glukosa dalam darah tinggi) (Tan et al., 2018). Pada kasus ini untuk menentukan diabetes melitus tipe 2 berdasarkan rekam medis pasien yang telah di diagnosis oleh dokter.

Ketidakstabilan kadar glukosa darah merupakan kondisi ketika kadar glukosa dalam darah mengalami kenaikan atau penurunan dari batas normal dan dapat mengalami hiperglikemi atau hipoglikemi (Sain, 2022).

3.5 Instrument Studi Kasus

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah sesuai ketentuan yang berlaku di Poltekkes Kemenkes Kaltim.

3.6 Metode Pengumpulan data

Pada sub bab ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan yaitu yang pertama wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang – dahulu – keluarga dll). Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya. Yang kedua observasi dan pemeriksaan fisik (dengan pendekatan 1 : inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi/IPPA) pada sistem tubuh klien. Yang ketiga studi dokumentasi dan angket (hasil dari pemeriksaan diagnostik seperti pemeriksaan gula darah puasa yang akan diambil setelah puasa semalam 8-10 jam, tes gula darah acak atau sewaktu, tes toleransi glukosa oral, tes hemoglobin glikosilasi atau glycohemoglobin (HbA1C)) (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI, 2018).

3.7 Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Penelitian pada kasus ini dilakukan di Ruang Aster RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Waktu penelitian ini akan dilakukan selama 3 hari.

3.8 Analisis dan Penyajian Data

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

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil

4.1.1. Gambaran Lokasi Penelitian

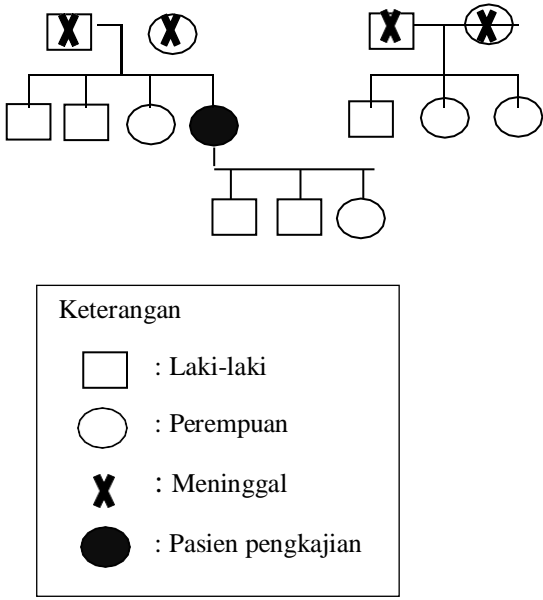
Penelitian ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang terletak di jalan Palang Merah Indonesia No.1 Kelurahan Sidodadi, Kecamatan Samarinda Ulu Kota Samarinda Kalimantan Timur. RSUD Abdul Wahab Sjahranie diresmikan pada tanggal 22 Februari 1986. Fasilitas yang terdapat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie antara lain Instalansi Gawat Darurat 24 jam Instalasi Rawat Inap. Instalansi Rawat Jalan, Laboratorium, Radiologi, Radioterapi, Farmasi hemodialisis, CSSD dan Gizi. Rehabilitasi Medik, Intensive Unit Care, Kamar Operasi, Stroke Center, Untuk instalansi rawat inap terdapat beberapa ruangan yaitu Flamboyan, Seruni, Seruni, Dahlia, Angsoka, Tulip, Melati, Anggrek, Cempaka, Aster, Edelweis, Mawar, Bougenvil, Teratai, ICU, ICCU, PICU/NICU, Stroke Center dan Sakura.

Penelitian ini dilakukan di ruang Aster dari tanggal 24 Mei 2024 sampai 26 Mei 2024 Ruang Aster terdiri dari 2 tim yaitu tim 1 mengelola kamar 1 – 11 sedangkan tim 2 mengelola kamar 12 – 23, terdapat 20 kamar rawat inap dan 3 kamar inap isolasi dalam 1 kamar dapat menampung 2 – 4 pasien, 1 ruang perawat, 2 nurse station, 1 ruang dokter, 1 ruang kepala ruangan, 1 ruang obat, 1 ruang solat, 1 kamar 49 mandi pegawai dan 1 gudang. Kasus yang dirawat diruang Aster

4.1.2. Data Asuhan Keperawatan

- 1) Pengkajian

Tabel 4. 1
Pengkajian Pasien Ny. Y dengan Diabetes Mellitus
di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2024

Data Anamnesis	
Identitas Pasien	Pasien bernama Ny. Y berjenis kelamin perempuan dengan tanggal lahir 5 Mei 1969 berusia 55 tahun, bersuku Jawa bangsa Indonesia, pasien beragama Islam, pendidikan terakhir SMA, pasien bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga, beralamat Suka Sari RT 18, pasien masuk pada tanggal 21 Mei 2024 dengan Nomer Rekam Medis 0194XXXX dengan diagnose medis Diabetes melitus. Dilakukan pengkajian tanggal 24 Mei 2024
Keluhan Utama	Luka pada kedua kaki terasa nyeri
Riwayat Penyakit Sekarang	Pada tanggal 21 April 2024 pasien terjatuh dari kamar mandi dan mengalami luka di kaki kedua kaki dan lalu di bawa ke Puskesmas hanya diberikan obat salep gentamicin untuk penyembuhan luka, namun sampai bulan Mei luka tidak kunjung sembuh, luka berbau dan bernanah, Kadar glukosa darah 510 mg/dl. Pasien mengeluh nyeri pada bagian kedua kaki seperti ditusuk-tusuk dengan skala 8 nyeri yang dirasakan hilang timbul lalu pasien dibawa ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda lalu pasien dipindahkan ke Ruang Aster
Riwayat Penyakit Dahulu	Pasien memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus sejak tahun 2015 tidak terkontrol
Riwayat Penyakit Keluarga	Pasien mengatakan ibu pasien mengalami penyakit yang sama yaitu diabetes mellitus
Genogram	 <p style="text-align: center;">Keterangan</p> <p style="text-align: center;">□ : Laki-laki</p> <p style="text-align: center;">○ : Perempuan</p> <p style="text-align: center;">✕ : Meninggal</p> <p style="text-align: center;">● : Pasien pengkajian</p>

	posisi pasien semi fowler, terpasang infus NaCl 20 tpm, tidak ada sianosis pada pasien, Kesadaran pasien composmentis dengan GCS E4M6V5, tinggi badan 159 cm, berat badan 65 kg, TD : 129/60 mmHg N : 98 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,5 C MAP : 94 mmHg
Data Psiko-Sosial-Spiritual	Pasien dan Keluarga mengatakan persepsi terhadap penyakitnya adalah karena sudah kehendak Tuhan Kebiasaan Beribadah : sewaktu sehat klien rajin beribadah dan selama sakit pasien beribadah kadang-kadang

Tabel 4. 2

Hasil Pemeriksaan Fisik Pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe II
di Ruang Aster RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2024

Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan
Keadaan Umum	Sedang, posisi pasien semi fowler, terpasang infus NaCl 20 tpm
Kesadaran	Compos Mentis E4M6V5, GCS 15
Tanda-tanda Vital	TD : 129/60 mmHg N : 98 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,5 C MAP : 94 mmHg
Status Fungsional Barthel Index	Tingkat Skor : 18 dengan kategori tingkat ketergantungan ringan
Pemeriksaan Kepala	<p>Kepala: Bentuk kepala simetris, kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam, tidak mudah patah, tidak bercabang, dan rambut tampak cerah</p> <p>Mata: Sklera putih, konjungtiva tidak anemis, palpebra tidak edema, kornea jernih, pupil isokor, refleks cahaya (+)</p> <p>Hidung: Pernapasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal ditengah, lubang hidung ada.</p> <p>Rongga Mulut dan Lidah: Warna bibir dan lidah merah muda, mukosa sedikit kering, tonsil ukuran normal, uvula simetris ditengah.</p> <p>Telinga: Bentuk telinga simetris kanan dan kiri, lubang telinga bersih, daun telinga ada, pendengaran baik dan tidak ada kelainan</p> <p>Leher: Kelenjar getah bening tidak teraba, tiroid tidak teraba, posisi trakea berada di tengah</p>

Pemeriksaan thorax	<p>Inspeksi: Bentuk dada simetris, frekuensi napas 20 x/menit, irama napas teratur, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada otot bantu pernapasan, usaha napas posisi duduk, tidak menggunakan alat bantu pernapasan.</p> <p>Palpasi: Vocal premitus pada bagian anterior dan posterior memiliki intensitas getaran yang sama</p> <p>Perkusi: Suara sonor, batas paru hepar di ICS 4 Dextra</p> <p>Auskultasi: Suara napas vesikuler.</p>
Pemeriksaan Jantung	<p>Inspeksi: Tidak ada sianosis, tidak ada jari tabuh</p> <p>Palpasi: Ictus cordis ICS 5 midline clavicula sinistra, akral hangat, CRT <2 detik</p> <p>Perkusi: Batas kanan ICS 2 parasternal dextra, batas bawah ICS 5 midline clavicula sinistra, batas kanan ICS 3 parasternal dextra, batas kiri ICS 3 parasternal sinistra.</p> <p>Auskultasi: Bunyi jantung II Aorta irama regular, tunggal dengan intensitas kuat, Bunyi jantung II pulmonal irama regular, tunggal dengan intensitas kuat. Bunyi jantung I trikuspidalis irama regular, tunggal dengan intensitas kuat. Bunyi jantung I Mitral irama regular, tunggal dengan intensitas kuat. Tidak ada bunyitambahan dan tidak ada kelainan.</p>
Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi	<p>Berat badan 65 kg, tinggi badan 159 cm, IMT : 25 kg/m² dengan kategori berat badan lebih. BAB 2x sehari, konsistensi lunak, diet lunak DM 1700 kalori jenis bubur, nafsu makan baik 3x sehari, porsi makan habis.</p>
Pemeriksaan Abdomen	<p>Inspeksi: Bentuk bulat, tidak ada benjolan/masa pada abdomen, tidak ada bayangan pembuluh darah pada abdomen dan tidak ada luka bekas operasi.</p> <p>Auskultasi: Peristaltik 20x/menit</p> <p>Palpasi: Kembung, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, hepar dan klien, tidak ada kelainan, ginjal tidak ada nyeri</p> <p>Perkusi: Tidak ada shifting dullnes</p>
Pemeriksaan Sistem Pesarafan	<p>Memori panjang, perhatian dapat mengulang, bahasa baik, kognisi baik, orientasi (orang, tempat, waktu) baik, saraf sensori (nyeri tusuk, suhu, sentuhan) baik, saraf koordinasi baik</p> <p>Refleks Fisiologi: Patella (2) : normal</p>

		<p>Achilles (2) : normal Bisep (2) : normal Trisep (2) : normal Brankiradialis (2) : normal</p> <p>Refleks Patologis: babinsky, brudzinsky, kernig normal Keluhan pusing tidak ada Istirahat/tidur 7 – 8 jam/hari Gangguan tidur tidak ada.</p> <p>Pemeriksaan Saraf Kranial: N1 (olfaktorius) : pasien dapat membedakan bau minyak telon dan minyak kayu putih. N2 (optikus) : pasien dapat membaca tulisan dalam jarak 30 cm N3 (okulomotor) : reflek pupil terhadap cahaya (+/+), pasien mampu membuka mata. N4 (troklearis) : pasien mampu mengerjakan bola mata keatas dan kebawah. N5 (trigeminus) : pasien mampu mengunyah makanan dengan baik N6 (abduksen) : pasien dapat mengerjakan mata ke kiri dan kekanan. N7 (fasialis) : pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis. N8 (akustikus) : pasien dapat mendengar dengan baik N9 (glossopharyngeal) : pasien dapat membedakan rasa manis dan asin. N10 (vagus) : pasien mampu menelan air dan makanan N11 (aksesorius) : pasien mampu mengerjakan bahu, leher dan kepala. N12 (hipoglossus) : pasien dapat menjulurkan lidah dan mengerjakan ke berbagai arah</p>
Pemeriksaan Sistem Perkemihan		<p>Keluhan : tidak ada nyeri, tidak menggunakan alat bantu BAK Jenis : cair Produksi urine : 2500 cc/ 8 jam Warna : kuning, bau khas urine Tidak ada distensi kandung kemih Tidak ada nyeri</p>
Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal dan Integumen		<p>Pergerakan sendi bebas Kekuatan otot baik, 5/5/4/4 Tidak ada kelainan ekstermitas, tidak ada kelainan kelainan tulang belakang, tidak ada fraktur, tidak ada traksi, tidak ada kompartemen sindrom, terdapat luka pada kedua kaki Turgor kurang, kulit sedikit kering Ada pitting edema RU : +1 RL : + 2 LU : +1 LL : +2 Ada ekskoriasis pada kedua kaki, tidak ada psoriasis dan urtikaria Penilaian resiko dekubitus : 14 (Moderate risk)</p>
Pemeriksaan Sistem Endokrin		<p>Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, Hiperglikemia, GDA : 250 mg/dl, 226 mg/dl Terdapat luka gangren pada kedua kaki</p>
Keamanan Lingkungan		<p>Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse (pasien dewasa) : 30 (kategori pasien sedang)</p>
Pengkajian		<p>Persepsi klien terhadap penyakitnya adalah cobaan tuhan.</p>

Psikososial	Ekspresi klien terhadap penyakit adalah diam. Reaksi saat interaksi adalah kooperatif. Tidak mengalami gangguan konsep diri
Personal Hygiene	Mandi 1x kali sehari (seka), Keramas 2 hari sekali, memotong kuku 1x dalam seminggu , ganti pakaian 1x sehari, sikat gigi 1x sehari.
Pengkajian Spiritual	Kebiasaan ibadah sebelum skit sering solat, setelah sakit masih bisa solat

Tabel 4. 3

Hasil Pemeriksaan Penunjang Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II di Ruang Aster RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2024

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal
Jumat, 24 Mei 2024	Leukosit	6.8	4.8-10.8 $10^3/\mu\text{l}$
	Eritrosit	4.22	4.20-5.40 $10^6/\mu\text{l}$
	Hemoglobin	14.8	14-18 g/dL
	Hematokrit	35.0	37.0 – 54.0 %
	Glukosa sewaktu	250	< 200m g/dL
	Ureum	30.8	19.3 – 49,2 mg//dL
	Creatinin	1.3	0,7 – 1.3 mg/dL
	HbA1c	8.5	< 5,7 %

Tabel 4. 4

Hasil Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu Pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe II di Ruang Aster RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2024

Tanggal	Jam	
	08.00	12.00
24 Mei 2024	250 mg/dl	350 mg/dl
25 Mei 2024	449 mg/dl	297 mg/dl
26 Mei 2024	249 mg/dl	189 mg/dl

Tabel 4. 5

Terapi Farmakologis Yang Diberikan Pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe II di Ruang Aster RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2024

Tanggal	Obat	Dosis	Rute
Jumat, 24 Mei 2024	NacL 0.9%	20 tpm	IV
	Novorapid	8 IU/12 jam	IM
	Ceftriaxone	1 gr / 12 jam	IV
	Vit B Komplek	1 tab / 8 jam	PO

Tabel 4.6 Balance Cairan (Tn.Y) Penyakit Diabetes Melitus Tipe 2di Ruang aster
RSUD Abdul Wahab Sjaranie Samarinda Tahun 2024

Intake	Tgl 24 Mei 2024	Tgl 25 Mei 2024	Tgl 26 Mei 2024	Output	Tgl 24 Mei 2024	Tgl 25 Mei 2024	Tgl 26 Mei 2024	Satuan
Minuman per Oral	306	266	270	Urine (0,4- 1ml/Kg/BB/jam)	1.850	1.542	1.500	MI/24 jam
Cairan Infus	500	500	500	Drain (WSD) (langsung IWL)	-	-	-	MI/24 jam
Obat IV	10cc	10cc	10cc	IWL (10-15 ml/Kg/BB/jam)	-	-	-	MI/24 jam
NGT	-	-	-	Diare	-	-	-	MI/24 jam
Makanan (1 Kalori = 0,14 ml/hari)	1.20Kkal	1.200Kkal	1.200Kkal	Muntah	-	-	-	MI/24 jam
	-	-	-	Pendarahan	-	-	-	MI/24 jam
	-	-	-	Feses (1x = 200ml/hari)				MI/24 jam
Total	2.016	1.976	1.980	Total	1850	1.542	1.500	MI/24 jam

Tabel 4. 7
 Analisa Data Pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe II
 di Ruang Aster RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2024

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : - Pasien mengeluh Lelah/lesu dan pusing DO : - GDS tanggal 24 Mei 2024 08.00 : 250 mg/dl - Jumlah urine 800 cc / 8 jam - HbA1c : 8,5 %	Resistensi Insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
2	DS : - Pasien mengeluh nyeri pada kedua kaki DO : - Pasien terlihat meringis kesakitan - P: pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak - Q: saat beraktivitas - R: kedua kaki yang luka - S: 6 - T: hilang timbul	Agen pencedera fisiologis	Nyeri Akut
3	DS : - Pasien mengatakan tidak bisa merawat diri seperti biasa DO : - Tidak mampu mandi dan mengenakan pakaian secara mandiri	Penurunan kondisi fisiologis	Defisit perawatan diri

2) Diagnosis Keperawatan

Tabel 4. 8

Diagnosa Keperawatan pada Pasien Ny. S dengan Diabetes Mellitus Tipe II di Ruang Aster RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2024

No	Hari/Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan
1	Jumat, 24 Mei 2024	Ketidakstabilan kadar glukosa darah Berhubungan dengan Resistensi Insulin dibuktikan dengan pasien mengeluh lelah, dan pusing, jumlah urine meningkat 800 cc/8 jam. Glukosa sewaktu 24/05/2024 08.00 : 250 mg/dl
2	Jumat, 24 Mei 2024	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan nyeri pada kedua kaki, pasien terlihat meringis kesakitan, pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak, saat beraktivitas, kedua kaki yang luka dengan skala nyeri 6, nyeri hilang timbul
4	Jumat, 24 Mei 2024	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal dibuktikan dengan pasien tidak bisa melakukan perawatan diri dan ke toilet secara mandiri



3) Intervensi Keperawatan

Hari / Tanggal	Diagnosa keperawatan	Luaran keperawatan	Intervensi Keperawatan
Jumat, 24 Mei 2024	Ketidakstabilan kadar glukosa darah Berhubungan dengan Resistensi Insulin ditandai dengan pasien mengeluh Lelah,pusing, GDS : 250mg/dl	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3×8 jam maka diharapkan kestabilan kadar glukosa darah (L. 03022) meningkat dengan kriteria hasil: 1) Pusing menurun 2) Lelah/lesu menurun 3) Kadar glukosa dalam darah membaik	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) Observasi: 1. 1. Monitor kadar glukosa darah 1. 2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 1. 3. Monitor intake dan output cairan 1. 4. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 1. 5. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat 1. 6. Monitor keton urin kadar Analisagas darah,elektrolit,tekanan darah dan frekuensi nadi Terapeutik : 1. 7. Berikan asupan cairan oral 1. 8. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk 1. 9. Fasilitasi ambulasi jikaada hipotensi ortostatik Edukasi : 1. 10. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl 1. 11. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 1. 12. Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga 1. 13. Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine 1. 14. Ajarkan pengolaan diabetes Kolaborasi : 1. 15. Kolaborasi pemberian insulin 1. 16. Kolaborasi pemberian cairan IV 1. 17. Kolaborasi pemberian kalium

<p>Jumat, 24 Mei 2024</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan nyeri pada kedua kaki, pasien terlihat meringis kesakitan, pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak, saat beraktivitas, kedua kaki yang luka dengan skala nyeri 6, nyeri hilang timbul</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 × 8 jam diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil::</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas 2.2. Identifikasi skala nyeri 2.3. Identifikasi respons nyerininon verbal 2.4. Identifikasi faktor yang mempeberat dan memperingan nyeri 2.5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 2.6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 2.7. Monitor keberhasilan terapi yang sudah diberikan 2.8. Monitor efek samping <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.9. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2.10. Fasilitasi istirahat dan tidur 2.11. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2.12. Kontrol lingkungan yang mempeberat rasa nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.13. Jelaskan penyebab,periode, dan pemicu nyeri 2.14. Jelaskan strategi meredakan nyeri 2.15. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 2.16. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 2.17. Ajarkan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.18. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
<p>Jumat, 24 Mei 2024</p>	<p>Deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal dibuktikan dengan pasien tidak bias melakukan perawatan diri dan ke toilet</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, maka diharapkan Perawatan Diri (L.11103) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kemampuan mandi 	<p>Dukungan perawatan diri (I.11348)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 3.2 Monitor tingkat kemandirian 3.3 Identifikasi kebutuhan alat bantu keberihan diri,perpakaian,berhias,dan makan <p>Terapeutik:</p>

	secara mandiri	meningkat 2) Kemampuan makan meningkat 3) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat	3.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 3.4 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 3.5 Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 3.6 Sediakan lingkungan yang terapeutik 3.7 Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi: 3.5 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten dan sesuai kemampuan
--	----------------	--	--

4) Implementasi Keperawatan


Hari / Tanggal	Waktu	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Jumat, 24 Mei 2024	08.05	1. 1. Memonitor kadar glukosa darah	GDS:08.00: 250 mg/dl	
	08.10	1. 2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia	Tidak ada tanda dan gejala hiperglikemia	
	08.18	1. 3. Monitor intake dan output cairan	Intake: 2.016 ml Output: 1.850 ml BC: 196 ml	
	08.20	2.1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas	P: pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak	
	08.25	2.2. Mengidentifikasi skala nyeri	Q: saat beraktivitas R: kedua kak yang luka T: hilang timbul S : 6	
	09.00	3.1 Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	Klien mengatakan merasa lelah dan badan juga lemas sudah tidak bisa beraktivitas	
	09.17	3.2 Memonitor tingkat kemandirian	Klien mengatakan selama di rumah sakit dibantu oleh anaknya	

	09.45	3.3 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri,perbakaian,berhias,dan makan	Klien mandi 1 kali/sehari (seka) dan ganti pakaian 1 kali sehari
Sabtu, 25 Mei 2024	08.15	1. 1. Memonitor kadar glukosa darah	GDS 08.00 449 mg/dl
	08.20	1. 2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia	Klien terdapat luka gangrene pada kedua kaki
	08.35	1. 3. Memonitor intake dan output cairan	Intake: 1976 ml Output: 1542 ml BC: +434 ml
	09.00	1. 4. Mengajarkan pengelolaan diabetes	Pasien mengatakan paham dengan ajaran perawat mengenai mengelola diabetes
	09.25	1. 5. Berkolaborasi pemberian insulin	Telah diberikan insulin novorapid 8 unit secara sc.
	10.00	2.1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas	Pasien mengatakan nyeri berkurang P: pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak
	10.05	2.2. Mengidentifikasi skala nyeri	Q: saat beraktivitas R: kedua kaki yang luka T: hilang timbul Skala nyeri: 5
	10.17	2.3. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Pasien diberikan latihan nafas dalam untuk mrnguranginyeri
	10.25	2.4. Memfasilitasi istirahat dan	Pasien tampak semi-

		tidur	fowler
	10.32	2.5. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	Pasien paham dengan penjelasan perawat mengenai penyebab, periode, dan pemicu nyeri
	10.40	2.6. Berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	Pasien telah diberikan inj ketorolac 30 mg
	10.50	3.1 Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	Perawat selalu membantu pasien dalam melakukan perawatan diri selama di RS
	11.00	3.2 Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri	Perawat selalu memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
Minggu, 26 Mei 2024	08.10	1. 1. Memonitor kadar glukosa darah	GDS 08.00: 249 mg/dl
	08.17	1. 2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia	Klien terdapat luka gangrene pada kedua kaki
	08.30	1. 3. Memonitor intake dan output cairan	Intake: 1980 ml Output: 1500 ml BC: +480 ml
	09.00	1. 5. Berkolaborasi pemberian insulin	Telah diberikan insulin novorapid 8 unit secara sc
	09.15	2.1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas	Pasien mengatakan nyeri berkurang
	09.30	2.2. Mengidentifikasi skala nyeri	P: pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak sudah berkurang Q: saat beraktivitas R: kedua kaki yang luka T: hilang timbul Skala nyeri: 3

	09.40	2.6. Berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	Pasien telah diberikan inj ketorolac 30 mg	
	10.00	3.1 Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten dan sesuai kemampuan	Pasien mengatakan paham dengan anjuran perawat untuk melakukan perawatan diri secara konsisten dan sesuai kemampuan	

5) Evaluasi Keperawatan

 Tabel 4. 6
Evaluasi Keperawatan pada Pasien Ny. Y dengan Diabetes Mellitus Tipe II di Ruang Aster RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2024

Hari / Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi SOAP	Paraf
Jumat, 24 Mei 2024	Ketidakstabilan kadar glukosa darah Berhubungan dengan Resistensi Insulin ditandai dengan pasien mengeluh lelah, dan pusing, jumlah urine meningkat 800 cc/8 jam. Glukosa sewaktu 08.00 : 250 mg/dl	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih sering merasa lelah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDS pukul 12.00 wita (sebelum makan) 350 mg/dl - Pemberian insulin novorapid 3×8 unit secara sc - Diit DM 1200 kkal dan Bubur sumsum 150 cc <p>A: Masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah memburuk</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1. Monitor kadar glukosa darah 1. 2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 1. 3. Monitor intake dan output cairan 	

<p>Jumat, 24 Mei 2024</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan nyeri pada kedua kaki, pasien terlihat meringis kesakitan, pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak, saat beraktivitas, kedua kaki yang luka dengan skala nyeri 6, nyeri hilang timbul</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada kaki dan kanan saat beraktivitas <p>P : Pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak</p> <p>Q : Saat beraktivitas terasa nyut-nyut</p> <p>R : Kedua kaki kiri dan kanan yang terdapat luka</p> <p>S : Skala 6</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis kesakitan <p>A: Masalah keperawatan nyeri akut menurun</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>2.1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas</p> <p>2.2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>2.3. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>2.4. Fasilitasi istirahat dan tidur</p>	
<p>Jumat, 24 Mei 2024</p>	<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal ditandai dengan pasien tidak bisa melakukan perawatan diri dan ke toilet secara mandiri</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas dasar sehari-hari secara mandiri, perlu bantuan keluarga <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengalami keterbatasan gerak karena terjadi kelemahan pada bagian kaki kanan <p>A: Masalah keperawatan defisit perawatan diri cukup meningkat</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>3.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</p> <p>3.2 Monitor tingkat kemandirian</p>	
<p>Sabtu, 25 Mei 2024</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah Berhubungan dengan Resistensi Insulin ditandai dengan pasien mengeluh lelah, dan pusing, jumlah urine meningkat 800 cc/8 jam. Glukosa sewaktu 24/05/2024 08.00: 250 mg/dl</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan terkadang merasa lelah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDS pukul 12.00 wita (sebelum makan) 297 mg/dl - Pemberian insulin novorapid 3x8 unit secara sc - Diit DM 1200 kkal dan Bubur sumsum 150 cc <p>A: Masalah keperawatan</p>	

		<p>ketidakstabilan kadar glukosa darah cukup membaik</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1. Memonitor kadar glukosa darah 1. 2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 1. 3. Memonitor intake dan output cairan 1. 4. Mengajarkan pengelolaan diabetes 1. 5. Berkolaborasi pemberian insulin 	
Sabtu, 25 Mei 2024	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan nyeri pada kedua kaki, pasien terlihat meringis kesakitan, pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak, saat beraktivitas, kedua kaki yang luka dengan skala nyeri 6, nyeri hilang timbul</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada kaki dan kanan berkurang <p>P : Pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak</p> <p>Q : Saat beraktivitas terasa nyut-nyut</p> <p>R : Kedua kaki kiri dan kanan yang terdapat luka</p> <p>S : Skala 5</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>O:pasien tampak meringis kesakitan</p> <p>A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas 2.2 Mengidentifikasi skala nyeri 2.6 Berkolaborasi pemberian analgetik,jika perlu 	

Sabtu, 25 Mei 2024	Deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal ditandai dengan pasien tidak bisa melakukan perawatan diri dan ke toilet secara mandiri	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah mulai belajar makan sendiri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sesekali duduk, klien tampak makan dan minum sendiri di tempat tidur <p>A: Masalah keperawatan defisit perawatan diri belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Mendampingi dalam dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 3.2 Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 	
Minggu, 26 Mei 2024	Ketidakstabilan kadar glukosa darah Berhubungan dengan Resistensi Insulin ditandai dengan pasien mengeluh lelah, dan pusing, jumlah urine meningkat 800 cc/8 jam. Glukosa sewaktu 08.00: 250 mg/dl	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan terkadang merasa lelah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDS pukul 12.00 wita (sebelum makan) 189 mg/dl - Pemberian insulin novorapid 3x8 unit secara sc - Diit DM 1700 kkal dan Bubur sumsum 150 cc <p>A: Masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 memonitor kadar glukosa darah 1.2 memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 1.3 Memonitor intake dan output cairan 1.5 Berkolaborasi pemberian insulin 	
Minggu, 26 Mei 2024	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan nyeri pada kedua kaki, pasien terlihat meringis kesakitan, pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak, saat beraktivitas, kedua kaki yang	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada kaki dan kanan berkurang <p>P : Pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak</p> <p>Q : Saat beraktivitas terasa nyut-nyut</p> <p>R : Kedua kaki kiri dan kanan</p>	

	luka dengan skala nyeri 6, nyeri hilang timbul	<p>yang terdapat luka S : Skala 3 T : Nyeri hilang timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis kesakitan <p>A: Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas</p> <p>2.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>2.6 Berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	
Minggu, 26 Mei 2024	Deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal ditandai dengan pasien tidak bisa melakukan perawatan diri dan ke toilet secara mandiri	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan badannya lemas tadi malam, tidak bias tidur karena nyeri pada kaki sebelah kanan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemas dan berbaring, perawatan diri masih di bantu <p>A: Masalah keperawatan defisit perawatan diri belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>3.1 Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten dan sesuai kemampuan</p>	

4.1. Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini penulis akan membahas tentang masalah keperawatan yang sesuai dengan teori dan hasil asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. Y dengan kasus penyakit Diabetes Mellitus tipe 2 yang dilakukan pada 24 Mei 2024 sampai 26 Mei 2024 di Ruang Aster RSUD Abdul Wahab Sjahranie tindakan yang dilakukan pada pasien meliputi: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Adapun sesuai dengan teori bahwa pasien yang mengalami penyakit Diabetes melitus dapat ditemukan diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah, nyeri akut, dan defisit perawatan diri serta dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam.

1) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)

Pada saat pengkajian didapatkan pasien mengeluh lemah/lesu dan pusing nyeri pada kedua luka gangren. GDS tanggal 24 Mei 2024 08.00 : 250 mg/dl Jumlah urine 800 cc / 8 jam HbA1c : 8,5 %. Sehingga didapatkan diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah terjadi karena resistensi insulin tidak bisa mengubah glukosa menjadi sumber energi dan tertumpuknya glukosa di dalam darah menjadi hiperglikemia. Pasien Y mengalami Lelah/lesu dan pusing disebabkan pola makan yang tidak baik, pasien merasa Lelah dikarenakan glukosa yang tidak maksimal. Salah satu penyebab badan lemas pada penderita Diabetes Melitus adalah kadar gula yang tinggi atau disebut Hiperglikemia. Umumnya peningkatan kadar gula lebih dari 180mg/dl. Pada penurunan kesadaran tidak diambil dikarenakan pasien saat dilakukan asuhan keperawatan pasien dalam keadaan sadar (compos mentis) dan pasien tidak mengalami mulut kering dikarenakan pasien selalu minum air putih yang cukup sehingga tubuh terhidasi.

Adapun Implementasi keperawatan yang dilakukan selama 3 hari berupa anajemen hiperglikemia meliputi monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, monitor intake dan output cairan, ajarkan pengelolaan

diabetes dan kolaborasi pemberian insulin. Pada hari ketiga didapatkan data dari hasil evaluasi terjadi ketidakstabilan kadar glukosa darah cukup membaik.

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam di hari pertama Ketidakstabilan kadar glukosa darah GDS 08:00 = 250mg/dl belum memenuhi kriteria hasil yang disusun, sehingga intervensi perlu dilanjutkan. Di hari kedua dan ketiga menunjukkan mulai stabil tetapi masih dalam keadaan dipantau, pasien tetap diberikan edukasi mengenai pengelolaan diabetes berupa tetap menjaga pola makan, rutin minum dan melakukan olahraga menganjurkan mengecek kadar glukosa darah secara mandiri.

Penulis beramsumsi belum memenuhi luaran yang ditetapkan oleh penulis karena pasien belum menunjukkan perunahan sesuai dengan kriteria hasil yang di tetapkan GDS hari ketiga 189mg/dl sehingga manajemen hiperglikemia perlu dilanjutkan agar mencegah terjadinya kadar gula yang meningkat dan pemberian insulin Untuk mengontrol kadar gula darah dalam pengobatan diabetes mellitus sehingga intervensi masih dilanjutkan.

2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)

Pada saat pengkajian didapatkan diagnosa keperawatan kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis. Hal ini sesuai dengan teori yang terdapat pada buku SDKI dengan data subjektif yang didapatkan pasien mengeluh nyeri pada kedua kaki, P: pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak, Q: saat beraktivitas, R: kedua kaki yang luka, S: Skala 6, T: hilang timbul, data obyektif didapatkan pasien terlihat meringis kesakitan.

Menurut pendapat penulis pada penderita diabetes melitus tipe II pasien timbulnya nyeri pada kedua kaki disebabkan adanya luka gangren dan ulkus disertai dengan tidak stabilnya kadar glukosa darah sehingga

timbulnya rasa nyeri. terjadi ulkus pada kaki awalnya ditandai dengan adanya kelebihan gula dalam darah pada seseorang penderita DM yang akan menimbulkan suatu kelainan pada neuropati dan adanya kelainan pada pembuluh darah . Neuropati sensorik serta neuropati motorik akan mengakibatkan terjadinya perubahan distribusi tekanan pada telapak kaki sehingga mempermudah timbulnya ulkus.

Adapun Implementasi yang dilakukan selama 3 hari yaitu manajemen nyeri meliputi: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, identifikasi skala nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri dan kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam, yaitu masalah nyeri akut teratasi sebagian dengan pasien masih mengeluh nyeri skala 3 pada kedua kaki nyeri hilang timbul.

Penulis beramsumsi sudah memenuhi luaran yang ditetapkan oleh penulis, karena pasien sudah mengatakan nyeri sudah berkurang skala nyeri 3, sehingga masalah nyeri akut teratasi dan intervensi dihentikan.

3) Deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal (D.0109)

Pada saat pengkajian didapatkan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. Y yaitu deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal Hal ini sesuai dengan teori yang terdapat pada buku SDKI dengan data yang didapatkan pasien mengatakan tidak bisa merawat diri seperti biasa dan pasien tidak mampu mandi dan mengenakan pakaian secara mandiri.

Menurut pendapat penulis defisit perawatan diri terjadi karena pasien mengalami diabetes mellitus dan memiliki luka gangren disertai dengan kadar glukosa darah yang tidak stabil sehingga timbulnya rasa tidak nyaman. Oleh karena itu pasien tidak dapat beraktivitas seperti biasa sehingga kebutuhan perawatan diri tidak terpenuhi.

Adapun Implementasi yang dilakukan selama 3 hari meliputi identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, monitor tingkat kemandirian, dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri dan anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten dan sesuai kemampuan

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam pada pasien Ny. Y masalah keperawatan defisit perawatan diri teratasi sebagian ditandai dengan klien tampak lemas dan berbaring, perawatan diri masih di bantu.

Penulis beramsumsi belum memenuhi luaran yang ditetapkan karena pasien belum menunjukkan perubahan yang sesuai dengan kriteria hasil sehingga dukungan perawatan diri perlu dilanjutkan.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan pada pasien Y dengan Diabetes Melitus tipe 2 di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian pasien kelolaan, data yang ditemukan pada pasien dengan keluhan utama yang didapatkan ialah luka pada kedua kaki terasa nyeri.

Dan riwayat penyakit sekarang yaitu Pada tanggal 21 April 2024 pasien terjatuh dari kamar mandi dan mengalami luka di kaki kedua kaki dan lalu di bawa ke Puskesmas hanya diberikan obat salep gentamicin untuk penyembuhan luka, namun sampai bulan Mei luka tidak kunjung sembuh, luka berbau dan bernanah, Kadar glukosa darah 510 mg/ lalu pasien dibawa ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda lalu pasien dipindahkan ke Ruang Aster.

5.1.2 Diagnosa

Diagnosa yang muncul pada klien terdapat 8 diagnosa yaitu Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia resistensi insulin, Nyeriakut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal.


5.1.3 Intervensi

Intervensi keperawatan yang digunakan berdasarkan standar Intervensi Keperawatan Indonesia dan pada pasien, disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditegakan berdasarkan kriteria tanda dan gejala mayor, minor dan kondisi pasien saat ini. Pada pasien diberikan intervensi keperawatan seperti Manajemen hiperglikemia, manajemen nyeri, dukungan perawatan diri.

5.1.4 Implementasi

Implementasi keperawatan yang dilaksanakan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun, Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien Y sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan pasien diabetes melitus tipe 2.

5.1.5 Evaluasi



Hasil evaluasi yang dilakukan pada hari terakhir perawatan didapati masalah keperawatan pada pasien terdapat 1 masalah keperawatan yang belum teratasi yaitu : ketidakstabilan kadar glukosa darah sedangkan nyeri akut dan deficit perawatan diri teratasi sebagian.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi penulis

Hasil studi kasus yang dilakukan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan perbandingan pada penelitian selanjutnya dalam melakukan studi kasus Asuhan Keperawatan diabetes melitus dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah di wilayah RSUD Abdul Wahab Sjahranie

5.2.2 Bagi insitusi

Dalam perkembangan ilmu keperawatan diharapkan dapat menambah keluasan ilmu keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan diabetes melitus dengan ketidakstabilan kadar glukosa di wilayah RSUD Abdul WahabSjahanie

5.2.1 Bagi institusi

Hasil studi kasus yang dilakukan diharapkan dapat menjadi bahan referensi mengajar serta perkembangan ilmu pengetahuan khususnya dengan judul asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe 2 dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah di RSUD Abdul Wahab Sjahanie.



DAFTAR PUSTAKA

- Amaliyah, L. (2022). Hubungan Motivasi Dengan Tingkat Kepatuhan Diet Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 : Literature Review. *Karya Tulis Ilmiah, Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta*
- Fatmawaty, Desi. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit Di RSUD Dr Harjono Ponorogo. Fakultas Ilmu Kesehatan. Universitas Muhammadiyah*
- Agustin, M., Idris, M., Seniwati, Istiqomah, Rapingah, S., & Pujiharti, I. (2020). *BUKUAJAR DOKUMENTASI KEPERAWATAN*. ZAHIR Publishing.
- Astuti, A., Sari, L. A., & Merdekawati, D. (2022). *Perilaku Diit Pada Diabetes Mellitus Tipe 2*. ZAHIR Publishing.
- Decroli, E. (2019). *Diabetes Melitus Tipe 2*. Pusat Penerbitan Bagian Ilmu Penyakit Dalam.
- Fajriati, Y. R., & Indarwati, I. (2021). Senam Kaki Terhadap Penurunan Kadar Gula Darah pada Pasien Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Ngoresan, Surakarta. *ASJN (Aisyiyah Surakarta Journal of Nursing)*, 2(1), 26–33. <https://doi.org/10.30787/asjn.v2i1.831>
- Goyal, R., Singhal, M., & Jialal, I. (2023). Type 2 Diabetes. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513253/>
- Hadinata, Dian & Abdillah, A. J. (2022). Metodologi Keperawatan. In *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents* (Vol. 1, Nomor Juli). Widina Bhakti Persada Bandung.
- Haryono, R., & Susanti, B. A. D. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan pada Pasiendengan Gangguan Sistem Endokrin*. Pustaka Baru Press.
- Hidayat, A. A. A. (2022). *Modul kuliah dokumentasi keperawatan*. UMSurabaya Publishing.
- Husnul, Amriati, & Suarnianti. (2022). Pengaruh Senam Kaki Diabetes Terhadap Penurunan Glukosa Darah Pasien DM TIPE 2. *JIMPK : Jurnal Ilmiah Mahasiswa & Penelitian Keperawatan*, 2(3), 333–341.
- Kemendes. (2023). *Gerakan Senam Kaki Diabetes*. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/3017/gerakan-senam-kaki-diabetes
- Kemendes RI. (2020). PEDOMAN NASIONAL PELAYANAN KEDOKTERAN TATA LAKSANA DIABETES MELITUS TIPE 2 DEWASA. In *KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR HK.01.07/MENKES/603/2020*.

Nuraini, Anida, Azizah, L. N., Sunarmi, Ferawati, Istibsaroh, F., Sesaria, T. G., Oktavianti, D. S., Muslimin, I. S., Azhar, B., & Amalindah, D. (2023). *Asuhan*

Keperawatan pada Pasien Gangguan Sistem Endokrin. Nuansa FajarCemerlang. www.nuansafajarcemerlang.com

PERKENI. (2021). *Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia*. PB PERKENI.

PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). DPP PPNI.

PPNI, T. P. S. D. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi). DPP PPNI.

Rosyid, L. S., & Angraini, N. A. (2022). the Effect of Foot Exercise on Lower Extremity Sensory. *LUX MENSANA*, 1(4), 261–271.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth's Edisi 8 Volume 2*. EGC.

Suarniati, S., Hasanuddin, F., & Nasriani, N. (2021). Penerapan Senam Kaki Pada Pasien Diabetes Melitus. *Alauddin Scientific Journal of Nursing*, 2(1), 32–40. <https://doi.org/10.24252/asjn.v1i2.20190>

Syaipuddin, Haskas, Y., Suhartatik, Nurbaya, S., & Sulastri, A. (2023). The effect of diabetic foot exercise on the effectiveness of blood sugar levels in type 2 diabetes mellitus patients at The Tamalanrea Jaya Health Center Makassar City. *Science Midwifery*, 10(6), 4581–4587. www.midwifery.iocspublisher.orgjournalhomepage:www.midwifery.iocspublisher.org

Widiastuti, Y. P., Nurliawati, E., Hamdana, Susanti, R. W., Juniah, & Maria, D. (2023). *Buku Standar Prosedur Operasional Terapi Komplementer Keperawatan*.

Hardianto, D. (2021). Telaah Komprehensif Diabetes Melitus: Klasifikasi, Gejala, Diagnosis, Pencegahan, Dan Pengobatan. *Jurnal Bioteknologi & Biosains Indonesia (JBBI)*, 7(2), 304–317. <https://doi.org/10.29122/jbbi.v7i2.4209>

Kartikasari, F., Yani, A., & Azidin, Y. (2020). Pengaruh Pelatihan Pengkajian Komprehensif Terhadap Pengetahuan Dan Keterampilan Perawat Mengkaji Kebutuhan Klien Di Puskesmas. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (Jksi)*, 5(1), 79–89. <https://doi.org/10.51143/jksi.v5i1.204>

Lestari, Zulkarnain, & Sijid, S. A. (2021). Diabetes Melitus: Review Etiologi, Patofisiologi, Gejala, Penyebab, Cara Pemeriksaan, Cara Pengobatan dan Cara Pencegahan. *UIN Alauddin Makassar, November*, 237–241. <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/psb>

Lucier, J., & S. Weinstock, R. (2023). *Type 1 Diabetes*. StatPearls Publishing LLC.

Maria, I. (2021). *Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus dan Asuhan Keperawatan Stroke*

(Cetakan Pe). Deepublish.

Milita, F., Handayani, S., & Setiaji, B. (2021). Kejadian Diabetes Mellitus Tipe II pada Lanjut Usia di Indonesia (Analisis Riskesdas 2018). *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 17(1), 9. <https://doi.org/10.24853/jkk.17.1.9>





FORMAT PENGKAJIAN

ASUHAN KEPERAWATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH II

Tanggal MRS : Jam Masuk :
Tanggal Pengkajian : No. RM :
Jam Pengkajian : Diagnosa Masuk :

IDENTITAS

1. Nama Pasien : Penanggung jawab Biaya :
2. Tanggal Lahir : Nama :
3. Suku/ Bangsa : Alamat :
4. Agama :
5. Pendidikan :
6. Pekerjaan :
7. Alamat :

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

1. Keluhan Utama :
2. Riwayat Penyakit Sekarang :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

1. Pernah dirawat : ya tidak kapan :
diagnosa :
2. Riwayat penyakit kronik dan menular ya tidak jenis.....
Riwayat kontrol :
Riwayat penggunaan obat :
3. Riwayat alergi ya tidak jenis.....
4. Riwayat operasi ya tidak kapan.....
5. Lain-lain :
.....
.....

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

Ya tidak jenis.....

GENOGRAM

PERILAKU YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN

Perilaku sebelum sakit yang mempengaruhi kesehatan

Alkohol ya tidak

Keterangan

Merokok ya tidak

Keterangan

Obat ya tidak

Keterangan

Olahraga ya tidak

Keterangan

OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan Umum :

Posisi pasien :

Alat medis/ invasif yang terpasang :

Tanda klinis yang mencolok : () sianosis () perdarahan

Sakit ringan Sakit sedang Sakit berat

2. Kesadaran :

Kualitatif:

Compos Mentis Apatis Somnolen Sopor Koma

Kuantitatif : GCS : E.... M....V....

Table 1: THE GLASGOW COMA SCALE AND SCORE

Feature	Scale Responses	Score Notation
Eye opening	Spontaneous	4
	To speech	3
	To pain	2
	None	1
Verbal response	Orientated	5
	Confused conversation	4
	Words (inappropriate)	3
	Sounds (incomprehensible)	2
	None	1
Best motor response	Obey commands	6
	Localise pain	5
	Flexion – Normal	4
	– Abnormal	3
	Extend	2
	None	1
TOTAL COMA 'SCORE'		3/15 – 15/15

Masalah Keperawatan :

.....

3. Pemeriksaan Tanda Tanda Vital

S : N : TD :
 RR :

MAP : $\frac{\text{tekanan sistolik} + (2 \times \text{tekanan diastolik})}{3} = \dots\dots \text{ mmHg}$

4. Kenyamanan/ nyeri

Nyeri : ya Tidak

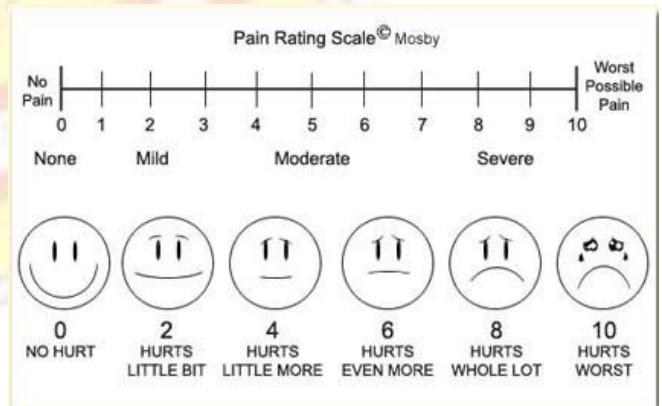
P : Provokatif dan palliatif :

Q : Quality dan Quantitas :

R : Regio:

S : Severity :

T : Time :



Masalah Keperawatan :

5. Status fungsional/ aktivitas dan mobilisasi Barthel Indeks

No	Fungsi	Skor	Uraian	Nilai Skor
1	Mengendalikan rangsang defekasi (BAB)	0	Tak terkendali/ tak teratur (perlu pencahar)	
		1	Kadang-kadang tak terkendali	
		2	Mandiri	
2	Mengendalikan rangsang berkemih (BAK)	0	Tak terkendali/ pakai kateter	
		1	Kadang-kadang Tak terkendali (1x24jam)	
		2	Mandiri	
3	Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain	
		1	Mandiri	
4	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain	
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain	
		2	Mandiri	
5	Makan	0	Tidak mampu	
		1	Perlu ditolong memotong makanan	
		2	Mandiri	
6	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0	Tidak mampu	
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)	
		2	Bantuan (2 orang)	
		3	Mandiri	
7	Berpindah/ berjalan	0	Tidak mampu	
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda	
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang	
		3	Mandiri	
8	Memakai baju	0	Tidak mampu	
		1	Sebagian dibantu (misalnya mengancing baju)	
		2	Mandiri	
9	Naik turun tangga	0	Tidak mampu	
		1	Butuh pertolongan	
		2	Mandiri	
10	Mandi	0	Tergantung orang lain	
		1	Mandiri	
Total skor				

Kategori tingkat ketergantungan pasien:

Keterangan :

20= mandiri

12-19= ketergantungan ringan

9-11= ketergantungan sedang

5-8= ketergantungan berat

0-4= ketergantungan berat

Masalah Keperawatan :

6. Pemeriksaan Kepala

Finger print di tengah frontal : () Terhidrasi () Dehidrasi

Kulit kepala: () Bersih () Luka

Rambut :

Penyebaran :.....

Warna:

Mudah patah:.....

Bercabang :.....

Cerah / kusam :

Kelainan :

Mata :

Sklera : () Putih () Ikterik

Konjungtiva : () Merah muda () Anemis

Palpebra : () Tidak ada edema () Edema

Kornea : () Jernih () Keruh

Reflek cahaya: () + () -

TIO:

Pupil : () isokor () Anisokor () diameter

Refleks cahaya: () + () -

Visus: OS OD

Kelainan :.....

Hidung :

Pernafasan Cuping hidung : () ada () tidak ada

Posisi Septum nasal: () ditengah () deviasi

Lubang hidung :.....

Ketajaman penciuman:.....

Kelainan :.....

Rongga Mulut

Bibir : Warna.....

Frekuensi napas :

Irama nafas teratur tidak teratur

Pola pernafasan : Dispnoe Kusmaul Cheyne Stokes
 Bradipnea takipnea Hyperventilasi

Pernapasan cuping hidung : ada tidak

Otot bantu pernafasan : ada tidak

Usaha napas : posisi duduk menunduk

Alat bantu napas : ya tidak

Jenis..... Flowlpm

c. Palpasi

Vocal premitus: anterior dada..... Posterior dada.....

Ekspansi paru : anterior dada..... Posterior dada.....

Kelainan: Krepitasi deviasi trakea Trakeostomy

d. Perkusi : Sonor Redup Pekak Hipersonor/ timpani

Batas Paru Hepar :

e. Auskultasi :

Suara nafas : Vesikuler Bronko Vesikulerrales

Ronki Wheezing Suara nafas tambahan

lainnya :

Suara Ucapan :

f. Penggunaan WSD :

1. Jenis :
2. Jumlah Cairan :
3. Undulasi :
4. Tekanan :

Masalah Keperawatan :

.....
.....

5. Pemeriksaan Jantung : Sistem Kardio vaskuler

a. Keluhan nyeri dada ya tidak

P :

Q :

R :

S :

T :

b. Inspeksi :

CRT..... detik

Sianosis :

Ujung jari : jari tabuh

c. Palpasi : ictus cordis.....

Akral hangat panas dingin kering basah

d. Perkusi :

Batas atas :

Batas bawah :

Batas kanan : Batas kiri :

e. Auskultasi :

BJ II – Aorta:.....

BJ II – Pulmonal:.....

BJ I – Trikuspidalis:.....

BJ I – Mitral :

Bunyi jantung tambahan:

Kelainan :

f. CVP :

g. CTR :

h. ECG & Interpretasinya :

.....

.....

.....

.....

.....

Lain-lain :

.....

.....

.....

Masalah Keperawatan :

6. Pemeriksaan : Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi

BB : TB : IMT : $\frac{BB}{(TB\ m)^2} = \dots\dots\dots\text{kg m}^2$

kategori:.....

Parameter	Skor
Apakah pasien mengalami penurunan BB yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir?	
a.Tidak ada penurunan BB	0
b.Tidak yakin.. tidak tahu/ terasa baju lebih longgar	1
c.jika ya, berapa penurunan BB tersebut:	2
1-5 kg	1
6-10 kg	2
11-15 kg	3
>15 kg	4
Apakah asupan makan berkurang karena tidak nafsu makan	
a.ya	1
b.tidak	0
Total skor	

Keterangan : bila skor ≥ 2 dan atau pasien dengan diagnosis/ kondisi khusus dilakukan pengkajian lebih lanjut oleh Dietisien, Bila skor ≤ 2 , skrining ulang 7 hari

BAB :x/hari Terakhir tanggal :

.....

Konsistensi : keras lunak cair lendir/darah

Diet : padat lunak cair

Jenis diet :

Nafsu makan baik menurun Frekuensi.....x/hari

Porsi makan abis tidak Keterangan lainnya:

.....

Abdomen

Inspeksi :

Bentuk

Bayangan vena

Benjolan/ massa

Luka operasi ada tidak Tanggal operasi :

Jenis operasi : Lokasi :

Keadaan : Drain ada tidak

Jumlah : Warna :

Kondisi area sekitar insersi :

Auskultasi : Peristaltikx/menit

Palpasi : tegang kembung ascites

Nyeri tekan ya tidak Titik Mc Burney:.....

Massa:

Hepar :

Lien:

Ginjal :

Perkusi :

Pemeriksaan asites : undulasi:..... Sifting Dullnes :

Ginjal: nyeri ketuk : ada tidak

Masalah Keperawatan :

7. Sistem Persarafan

Memory : Panjang Pendek
 Perhatian : Dapat mengulang Tidak dapat mengulang
 Bahasa : Baik Tidak (ket:.....)
 Kognisi : Baik Tidak
 Orientasi : Orang Tempat Waktu
 Saraf sensori Nyeri tusuk Suhu Sentuhan
 Lainnya: _____

Saraf koordinasi (cerebral) Ya Tidak

Refleks Fisiologis
 Patella : Ada () Tidak Ada ()
 Achilles : Ada () Tidak Ada ()
 Bisep : Ada () Tidak Ada ()
 Trisep : Ada () Tidak Ada ()
 Brankioradialis : Ada () Tidak Ada ()

c. Refleks patologis () babinsky () brudzinsky () kernig

d. Keluhan pusing ya tidak

e. Isitrahah/Tidur :..... Jam/Hari Gangguan tidur :

k. Pemeriksaan saraf kranial

N1	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak Ket :
N2	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak Ket :
N3	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak Ket :
N4	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak Ket :
N5	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak Ket :
N6	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak Ket :
N7	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak Ket :
N8	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak Ket :
N9	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak Ket :
N10	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak Ket :
N11	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak Ket :
N12	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak Ket :

Masalah Keperawatan :

8. Sistem perkemihan

- 1) Kebersihan Bersih Kotor
- 2) Keluhan Kencing Nokturi Inkontinensia
- Gross hematuri Poliuria
- Disuria Oliguria
- Retensi Hesistensi
- Anuria

3) Kemampuan berkemih

- Spontan Alat bantu, sebutkan :
- Jenis :
- Ukuran :
- Hari Ke:

4) Produksi urine :ml/hari Warna.....

Bau.....

- 5) Kandung kemih : Membesar ya tidak
- Nyeri tekan ya tidak

9. Balance Cairan /hari perawatan :

Intake (total 24jam)	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Output (total 24jam)	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
Minum peroral	Urine (0,5-1 ml/kg/BB/jam)	.....	.....	.....	.....
Cairan infus	Drain	.....	.....	.....	.....
Obat IV	IWL (10-15 ml/kg/BB/24 jam)	.....	.....	.....	.....
NGT	Diare	.....	.....	.....	.....
Makanan (1 kalori = 0,14 ml/hari)	Muntah	.....	.....	.....	.....
					Perdarahan	.....	.....	.....	.....
					Feses (1x= 200 ml/ hari)	.....	.....	.....	.....
Total	Total	.....	.....	.....	.....

Masalah Keperawatan :

11) Edema ektermitas :.....

12) Pitting edema : +/- grade :

Ektermitas atas

RU +1 +2 +3 +4

LU +1 +2 +3 +4

RL +1 +2 +3 +4

LL +1 +2 +3 +4

Ektermitas bawah

RU +1 +2 +3 +4

LU +1 +2 +3 +4

RL +1 +2 +3 +4

LL +1 +2 +3 +4

Other : _____

13) Ekskoriasis : ya tidak

14) Psoriasis : ya tidak

15) Urtikaria : ya tidak

16) Lain-lain :

.....

.....

Penilaian Edema :

+1 : kedalaman 1-3 mm, waktu kembali 3 detik

+2 : kedalaman 3-5 mm, waktu kembali 5 detik

+3 : kedalaman 5-7 mm, waktu kembali 7 detik

+4 : kedalaman >7 mm, waktu kembali 7 detik

Penilaian risiko decubitus : Skala Braden

Aspek yang dinilai	Kriteria yang dinilai				Nilai
	1	2	3	4	
Persepsi sensori	Terbatas sepenuhnya	Sangat terbatas	Keterbatasan ringan	Tidak ada gangguan	
Kelembaban	Terus menerus basah	Sangat lembab	Kadang-kadang basah	Jarang basah	
Aktivitas	Bedfast	Chairfast	Kadang-kadang jalan	Lebih sering jalan	
Mobilisasi	Immobile sepenuhnya	Sangat terbatas	Keterbatasan ringan	Tidak ada keterbatasan	
Nutrisi	Sangat buruk	Kemungkinan tidak adekuat	Adekuat	Sangat baik	
Gesekan & pergeseran	Bermasalah	Potensial bermasalah	Tidak menimbulkan masalah		
Note : pasien dengan nilai total < 16 maka dapat dikatakan bahwa pasien beresiko mengalami dekubitus (<i>pressure ulcers</i>) (15 or 16 = low risk, 13 or 14 = moderate risk, 12 or less = high risk)				Total nilai	

Kategori pasien :

Masalah Keperawatan :

11. Sistem Endokrin

Pembesaran kelenjar tyroid ya tidak

Pembesaran Kelenjar getah bening ya tidak

Pankreas Trias DM : Ya Tidak

Hipoglikemia ya tidak

Nilai GDA :

Hiperglikemia

ya

tidak

Nilai GDA :

Kondisi kaki DM :

- Luka gangrene : () Ya () Tidak
 - Jenis Luka :
 - Lama luka :
 - Warna :
 - Luas Luka :
 - Kedalaman :
 - Kulit Kaki :
 - Kuku kaki :
 - Telapak kaki :
 - Jari kaki :
 - Infeksi : () Ya () Tidak
 - Riwayat luka sebelumnya : () Ya () Tidak
 - Tahun :
 - Jenis Luka :
 - Lokasi :
 - Riwayat amputansi sebelumnya : () Ya () Tidak
- Jika Ya
- Tahun :
 - Lokasi :
 - Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

12. Seksualitas dan reproduksi

- a. Payudara : benjolan: ada/ tidak*
- Kehamilan: ya/ tidak*
- HPHT
- b. Genetalia :
 - Wanita : flour albus: ya/ tidak*
 - Prolaps uteri: ada/ tidak*

 - Pria : masalah prostat/ kelainan: ada/ tidak*

Masalah Keperawatan :

13. Keamanan lingkungan

Penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse (pasien dewasa)

Faktor risiko	Skala	Skor	
		Hasil	Standar
Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan terakhir	Ya		25
	tidak		0
Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa	Ya		15
	tidak		0
Menggunakan alat bantu	Berpegangan pada benda-benda sekitar		30
	Kruk, tongkat, walker		15
	Bedrest/ dibantu perawat		0
Menggunakan IV dan cateter	Ya		20
	tidak		0
Kemampuan berjalan	Gangguan (pincang/ diseret)		20
	Lemah		10
Status mental	Normal/ bedrest/ immobilisasi		0
	Tidak sadar akan kemampuan / post op 24 jam		15
	Orientasi sesuai kemampuan diri		0
Total skor			

Kesimpulan : kategori pasien:.....

Risiko = ≥ 45

Sedang = 25-44

Rendah = 0-24

Masalah Keperawatan :

PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

a. Persepsi klien terhadap penyakitnya

Cobaan Tuhan hukuman lainnya

b. Ekspresi klien terhadap penyakitnya

Murung/diam gelisah tegang marah/menangis

c. Reaksi saat interaksi kooperatif tidak kooperatif curiga

d. Gangguan konsep diri ya tidak

Masalah Keperawatan :

PERSONAL HYGIENE & KEBIASAAN

a. Mandi.....x/hari

f. Ganti pakaian x/hari

b. Keramas x/hari

g. Sikat gigi..... x/hari

c. Memotong kuku :.....

d. Merokok : ya tidak

e. Alkohol : ya tidak

Masalah Keperawatan :

PENATALAKSANAAN THERAPY DAN OBAT YANG DITERIMA

Nama Obat	Kandungan/Isi Obat	Bentuk/Sediaan	Dosis/Aturan Pakai	Rute/Cara Pemberian

Kota..... 20.....

Mahasiswa Perawat,



DATA FOKUS

1. DATA SUBJEKTIF:

2. DATA OBJEKTIF:



Tanggal,

Mahasiswa Perawat,

Lampiran 2

ANALISA DATA

NAMA PASIEN:

RUANG :

DOB/ NO. REG:

TANGGAL :

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEP.

A large, semi-transparent watermark logo of Universitas Indonesia is centered on the page. The logo is a yellow shield with a white border, containing a white circle with a green bird and a cross, and the text 'UNIVERSITAS INDONESIA' and '1945'.

Lampiran 3

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

NAMA PASIEN:

RUANG :

DOB/ NO. REG:

TANGGAL :

NO. DX. Kep.	TANGGAL DITEMUKAN	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	LUARAN KEPERAWATAN	INTERVENSI KEPERAWATAN	NAMA PARAF
					

Lampiran 4


TINDAKAN KEPERAWATAN

NAMA PASIEN:

RUANG :

DOB/ NO. REG:

TANGGAL :

NO	HARI/TGL / JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI TINDAKAN	NAMA PARAF
				

Lampiran 5

EVALUASI

NAMA PASIEN:

RUANG :

DOB/ NO. REG:

TANGGAL :

NO.	TANGGAL	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	NAMA PARAF
		 The image shows a large, semi-transparent watermark of the Universitas Indonesia logo centered in the 'CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)' column. The logo is a yellow shield with a white border, containing a white circle with a green bird and a cross, surrounded by text in Indonesian.	



VERIFIKASI JUDUL KTI
PRODI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN

Nama : Jasita Charisma Rangan
NIM : 07270121016
Tingkat/Semester : III / Semester 6

Judul Karya Tulis Ilmiah :

1. Asuhan keperawatan Pasien Diabetes Melitus Tipe II
Dengan Asuhan keperawatan ketidakstabilan kadar
Glikosa Darah
- 2.
- 3.

Samarinda,
Mengetahui
Ketua Koordinator MK. KTI

Dr. Ns. Ratanto, M.Kep





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR

Jalan Kurnia Makmur No. 64 RT. 24 Kelurahan Harapan Baru Kecamatan Loa Janan Iilir
Samarinda Kalimantan Timur Telp (0541)738153, Faksimile (0541)768523
Laman: [http:// www.poltekkes-kaltim.ac.id](http://www.poltekkes-kaltim.ac.id) Surat Elektronik: poltekkes_smd2007@yahoo.co.id



PERNYATAAN KESEDIAAN MEMBIMBING
KARYA TULIS ILMUAH

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Riwan Firdaus, SST.M. Kes

NIP :

Dengan ini menyatakan bersedia / tidak bersedia menjadi pembimbing Mahasiswa Prodi Pendidikan Diploma 3 Keperawatan sebagai berikut :

Nama : Jacita Chorisma Rangan

NIM : P07220121016

Judul Karya Tulis Ilmiah Telah di Setujui :

1. Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Dengan Masalah
Keperawatan Ketidakstabilan kadar Gukosa Darah Di RSUD ABDUL
WAHAB SAHRANIE SAMARINDA
2.

Samarinda,2024

Yang Membuat Pernyataan,
Pembimbing 1 ,

NIP.



Nomor : PP.08.02/F.XLII/05441/2024
Hal : Permohonan Izin Studi Pendahuluan

26 April 2024

Yth. Direktur RSUD Abdoel Wahab Sjahranie
Jl. Palang Merah Indonesia No. 1
Samarinda, Kaltim 75123

Sehubungan dengan penyelesaian penyusunan Karya Tulis Ilmiah asuhan keperawatan mahasiswa Tk.III Semester VI Program Studi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur. bersama ini kami mohon berkenan kepada Direktur RSUD Abdoel Wahab Sjahranie dapat memberikan izin untuk melakukan studi pendahuluan kepada mahasiswa:

Nama	: Jasita Charisma
NIM	: P07220121016
Pembimbing Utama	: Ns. Riven Firdaus, SST, M.Kes
Pembimbing Pendamping	: Ns. Indah NurImamah, SST.,
Judul	: "Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di Rsud Abdul Wahab Sjahranie Samarinda "
Ruang	: Aster
Kebutuhan Data	: 1. Data paslen DM tahun 2023-2024 2. Hasil Laboratorium Pasien DM tahun 2023-2024 3. Observasi dan wawancara paslen atau keluarga pasien yang mengalami Penyakit DM ekstermitas

Demikian permohonan ini disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian
Kesehatan Kalimantan Timur,



Dr. M. H. Supriadi B, S.Kp., M.Kep



Samarinda, 8 Mei 2024

Nomor : 000.9/3761/Diklit
Sifat : Biasa/Terbuka
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Ijin Penelitian

Kepada Yth : **Direktur Poltekkes
Kemenkes Kaltim**

di -
Samarinda

Sehubungan dengan surat dari Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Nomor: PP.08.02/F.XLII/05066/2024 Tanggal 17 April 2024, perihal Permohonan Ijin Penelitian bersama ini kami sampaikan bahwa:

Pada prinsipnya kami dapat menerima Ijin Penelitian Mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur a.n:

No	Nama	Judul
1.	Jasita Charisma Rangan NIM. P07220121016	Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

untuk melaksanakan Penelitian di RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Samarinda;

1. Selama melaksanakan Penelitian, **peneliti wajib mematuhi ketentuan dan tata tertib yang berlaku di RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Samarinda.**
2. Penelitian ini telah di review dan telah lolos kaji etik oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) RSUD Abdoel Wahab Sjahranie.
3. Sebelum melaksanakan kegiatan penelitian, agar dapat menyelesaikan pembayaran sesuai dengan Pergub Nomor 58 Tahun 2013.
4. Sebelum kegiatan penelitian dilaksanakan, Peneliti/Mahasiswa wajib didampingi oleh Ka.Instalasi/Ka.Ruangan/Petugas di tempat pelaksanaan penelitian, dan tidak mengganggu pelayanan kepada pasien.
5. Surat ini wajib diserahkan ke tempat Penelitian (Ruang/Instalasi). Paling lambat 5 hari kerja, jika diserahkan melewati 5 hari kerja maka surat ini tidak berlaku.
6. Khusus penelitian di rekam medik, waktu pengambilan data penelitian berlaku 14 hari kerja.

Demikian surat ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

**Plt. Wakil Direktur SDM, Pendidikan,
Pelatihan & Penelitian RSUD Abdoel Wahab
Sjahranie Provinsi Kalimantan Timur**



Appy, S.Sos.,M.Adm.Kes
NIP. 197206041995031003



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR

DINAS KESEHATAN

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABDOEL WAHAB SJHRANIE

Jalan Palang Merah Indonesia Nomor 1, Sidodadi, Samarinda Ulu, Samarinda 75123

Telepon (0541) 744979, 744978, 738070 (Sistem Lacak)

Laman <https://rsudaws.co.id>; Pos-el kaltim@rsudaws.co.id

Kepada Yth : Ka. Instalasi Rawat Inap RSUD Abdoel Wahab Sjahranie
Ka. Ruangan Flamboyan RSUD Abdoel Wahab Sjahranie
Dari : Kepala Bagian Pendidikan, Pelatihan, & Penelitian RSUD Abdoel Wahab Sjahranie
Tanggal : 21 Mei 2024
Nomor : 194/Diklit-Penelitian/V/2024
Lampiran : -
Perihal : **Pelaksanaan Izin Penelitian**

Sesuai surat pemberitahuan dari Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Nomor: PP/08.02/F.XLII/05066/2024 Tanggal 17 April 2024, dan Plt. Wadir SDM, Pendidikan, Pelatihan & Penelitian RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Provinsi Kalimantan Timur Nomor: 000.9/3761/Diklit, tanggal 8 Mei 2024, perihal sebagaimana tersebut diatas bersama ini kami sampaikan bahwa:

Kegiatan Penelitian Mahasiswa D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur a.n:

No	Nama	Judul
1.	Jasita Charisma Rangan NIM: P07220121016	Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Dengan Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

untuk melaksanakan Penelitian di RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Samarinda;

1. Selama melaksanakan Penelitian, **wajib mematuhi ketentuan dan tata tertib yang berlaku** di RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Samarinda.
2. Penelitian ini telah di review dan telah lolos kaji etik oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) RSUD Abdoel Wahab Sjahranie.
3. Sebelum melaksanakan kegiatan penelitian, agar dapat menyelesaikan pembayaran sesuai dengan Pergub Nomor 58 Tahun 2013.
4. Sebelum kegiatan penelitian dilaksanakan, peneliti/Mahasiswa wajib didampingi oleh Ka.Instalasi/Ka.Ruangan/Petugas di tempat pelaksanaan penelitian, dan tidak mengganggu pelayanan kepada pasien.
5. Surat ini wajib diserahkan ke tempat Penelitian (Ruangan/Instalasi). Paling lambat 5 hari kerja, jika diserahkan melewati 5 hari kerja maka surat ini tidak berlaku.
6. Khusus penelitian di rekam medik, waktu pengambilan data penelitian berlaku 14 hari kerja.

Demikian kami sampaikan, atas kerja sama yang baik diucapkan terima kasih.

Kabag. Pendidikan, Pelatihan & Penelitian



NOTA DINAS

NOMOR : PP.06.02/F.XL.II.10b/0205/2024

Yth. : Tim Dosen Penguji Hasil KTI
Dari : Ketua Program Studi D-III Keperawatan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur
Hal : Menguji Hasil KTI Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan
Tanggal : 5 Juli 2024

Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur dengan ini menugaskan kepada nama-nama dibawah ini :

No	Nama	Tim Penguji
1	Ns. Arsyawina, SST., M.Kes	Ketua Penguji
2	Ns. Rivan Firdaus, SST., M.Kes	Anggota Penguji I
3	Ns. Indah Nur Imamah., SST., M.Kes	Anggota Penguji II

Untuk Menguji Hasil KTI Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan :

Nama : Jasita Charisma Rangan
NIM : P07220121016
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Dengan Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
Hari, Tanggal : Jumat, 5 Juli 2024
waktu : 08.00 sd 09.00
tempat : Kampus B, Lokal B





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR

Jalan Kurnia Makmur No. 64 RT. 24 Kelurahan Harapan Baru Kecamatan Loa Janan Iilir

Samarinda Kalimantan Timur Telp (0541)738153, Faksimile (0541)768523

Laman: <http://www.poltekkes-kaltim.ac.id> Surat Elektronik: poltekkes_smd2007@yahoo.co.id









LEMBAR KONSULTASI

BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Jasita Charisma Ransan
Nim : P07220121016
Pembimbing : 1. Ns. Rivan Firdaus, SST, M.kes
2. Ns. Indah Nur Imamah, SST, M.kes

Proposal & Hasil KTI				Tanda Tangan/Paraf		
No	Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Pembimbing 1	Pembimbing 2	Ketua Penguji
1	19 / 10-23	Acc Judul				
2	22 / 11-23	Revisian Bab 1, 2, 3 bab 1. Latar belakang	Perbaiki latar belakang paraf 1-5 bab 2. alas nasa / diagnostik			
3	29 / 10-23 29 / 01. 23	Kas t - II	Perbaiki sesuai masukan pembimbing dan ikuti pedoman kti			

4						
5						
6	25/1.23	ACC Proposal				
7	15/2 24	Acc. Majelis Kemnaker Proposal.				
8	27/10 2023	Bab IV	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki fatal Perencanaan dan Narasi kerannya - Perbaiki tata tulis dx. kep - Pasangkan dx. kep yg tingkat fokus dan yg struktur implementasi 			
9	27/10-2023	Bab 9	<ul style="list-style-type: none"> - Pembahasan - - 			

	2 / 					
10	2 / 	Bab. IV	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki: Intervensi kep. - Perbaiki: Implementasi - " Evaluasi 			
11	3 / 	Bab IV	<ul style="list-style-type: none"> - Pembahasan - - 			
12	3 / 	Bab IV,	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki Pembahasan semaikan Bm Analisa Pembahasan ↓ - Acc Urutan Kom 			
13						
14						

