

LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Karya Ilmiah Akhir Ners

Jadwal Kegiatan Karya Ilmiah Akhir Ners
Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah : Hiperglikemia dengan
Intervensi Relaksasi Otot Progresif Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II di RSUD Bali
Mandara Tahun 2024

No	Kegiatan	Waktu Kegiatan (Dalam Mingguan)															
		Februari				Maret				April				Mei			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Pengajuan judul KIAN																
2.	Pengurusan surat izin penulisan																
3.	Pengumpulan data																
4.	Pelaksanaan asuhan keperawatan																
5.	Pengolahan data																
6.	Analisis data																
7.	Penyusunan laporan																
8.	Sidang hasil laporan																
9.	Revisi laporan																
10.	Pengumpulan KIAN																

Keterangan : warna hitam (proses kegiatan)

Lampiran 2 Realisasi Anggaran Biaya Karya Ilmiah Akhir Ners

Realisasi Anggaran Biaya Karya Ilmiah Akhir Ners

Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah : Hiperglikemia dengan Intervensi Relaksasi Otot Progresif Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II di RSUD Bali Mandara Tahun 2024

Alokasi dana yang dipergunakan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini sebagai berikut

:

No	Kegiatan	Biaya
1.	Tahap persiapan a. Persiapan surat studi pendahuluan b. Persiapan surat izin penulisan c. Persiapan <i>informed consent</i> d. Persiapan lembar pengkajian data	Rp. 5.000,00 Rp. 5.000,00 Rp. 10.000,00 Rp. 15.000,00
2.	Tahap pelaksanaan a. Easy Touch <i>GCU (Glucose, Cholesterol, Uric Acid)</i> b. Strip <i>Glucose</i> 1 Tabung c. Blood Lancet x 1 dus d. Transportasi	Rp. 250.000,00 Rp. 90.000,00 Rp. 15.000,00 Rp. 50.000,00
3.	Tahap akhir 1. Penyusunan laporan 2. Revisi laporan 3. Berkas persiapan sidang 4. Penggandaan laporan 5. Biaya tidak terduga	Rp. 70.000,00 Rp. 50.000,00 Rp. 35.000,00 Rp. 150.000,00 Rp. 100.000,00
Total		Rp. 845.000,00

Lampiran 3 Lembar Permohonan Menjadi Responden

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada
Yth. Saudari
Calon
Responden Di-
Tempat

Saya mahasiswa Prodi Profesi Ners Politeknik Kesehatan Denpasar bermaksud akan melaksanakan studi kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah : Hiperglikemia dengan Intervensi Relaksasi Otot Progresif Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II di RSUD Bali Mandara Tahun 2024”**, sebagai persyaratan untuk menyelesaikan program studi Profesi Ners. Berkaitan dengan hal tersebut, saya mohon kesediaan saudara untuk menjadi responden yang merupakan sumber informasi bagi penulis.

Demikian permohonan ini saya sampaikan dan atas partisipasinya, kami ucapkan terima kasih.

Denpasar, 24 April 2024

Penulis

Ni WayanSriWahyuni
NIM. P07120323062

Lampiran 4 Lembar *Informed Consent*

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)
SEBAGAI PESERTA PENULISAN**

Yang terhormat Ibu/Saudari, kami meminta kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penulisan ini. Keikuteertaan dari penulisan ini bersifat sukarela/tidak memaksa. Mohon untuk dibaca penjelasan dibawah dengan seksama dan disilahkan bertanya bila ada yang belum dimengerti.

Judul	Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah : Hiperglikemia dengan Intervensi Relaksasi Otot Progresif Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II di RSUD Bali Mandara Tahun 2024
Penulis Utama	Ni Wayan Sri Wahyuni
Institusi	Poltekkes Kemenkes Denpasar
Penulis Lain	-
Lokasi Penulisan	RSUD Bali Mandara
Sumber Pendanaan	Pribadi

Studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe 2 dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemia) dengan pemberian teknik relaksasi otot progresif di RSUD Bali Mandara. Jumlah peserta 1 orang dengan syaratnya memenuhi kriteria inklusi yaitu penderita diabetes mellitus yang telah di diagnosa oleh dokter, klien yang bersedia menjadi responden dan kooperatif, pasien yang mampu berkomunikasi dengan baik. Kriteria Eksklusi : klien yang menjalani perawatan intensif dan isolasi..

Atas kesedian berpartisipasi dalam studi kasus ini maka akan diberikan imbalan sebagai pengganti waktu yang diluangkan untuk penulisan ini. Kompensasi lain yaitu penulis akan memberikan snack untuk pasien kelolaan.

Penulis menjamin kerahasiaan semua data peserta penulisan ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penulisan. Kepesertaan Ibu/Saudari pada penulisan ini bersifat sukarela. Ibu/Saudari dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan pada penulisan atau menghentikan kepesertaan dari penulisan kapan saja tanpa ada sanksi. Keputusan Ibu/Saudari untuk berhenti sebagai peserta penelitian tidak akan mempengaruhi mutu dan akses/ kelanjutan pengobatan yang akan diberikan.

Jika setuju untuk menjadi peserta penelitian ini, Ibu/Saudari diminta untuk menandatangani formulir ‘Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*)’. Sebagai

Peserta Penulisan setelah Ibu/Saudari benar-benar memahami tentang penulisan ini. Ibu/Saudari akan diberi Salinan persetujuan yang sudah ditandatangani ini.

Bila selama berlangsungnya penulisan terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Ibu/Saudari untuk kelanjutan kepesertaan dalam penulisan, penulis akan menyampaikan hal ini kepada Ibu/Saudari. Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada penulis, silakan hubungi penulis : CP : Ni Wayan Sri Wahyuni (081703736063).

Tanda tangan Ibu/Saudari di bawah ini menunjukkan bahwa Ibu/Saudari telah membaca, telah memahami dan telah mendapat kesempatan untuk bertanya kepada penulis tentang penulisan ini dan **menyetujui untuk menjadi peserta penulisan.**

Peserta/Subyek Penulisan,

Tanggal

Tanggal

Tanda tangan saksi diperlukan pada formulir informed consent ini hanya bila

- Peserta Penulisan memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan, tetapi tidak dapat membaca/ tidak dapat bicara atau buta
- Wali dari peserta penulisan tidak dapat membaca/ tidak dapat bicara atau buta
- Komisi Etik secara spesifik mengharuskan tanda tangan saksi pada penulisan ini (misalnya untuk penulisan resiko tinggi dan atau prosedur penulisan invasive)

Catatan :

Saksi harus merupakan keluarga peserta penulisan, tidak boleh anggota tim penulisan.



Saksi :

Saya menyatakan bahwa informasi pada formulir penjelasan telah dijelaskan dengan benar dan dimengerti oleh peserta penulisan atau walinya dan persetujuan untuk menjadi peserta penulisan diberikan secara sukarela.

* coret yang tidak perlu

Lampiran 5

STANDAR PROSEDUR OPEASIONAL

	POLTEKKES KEMENKES DENPASAR JURUSAN KEPERAWATAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL TINDAKAN KEPERAWATAN	
TEKNIK <i>PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION</i>		
Pengertian	Teknik <i>progressive muscle relaxation</i> merupakan suatu teknik relaksasi dengan cara memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot-otot dengan mengidentifikasi otot-otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangan dengan melakukan teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan yang relaks.	
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menurunkan ketegangan 2. Untuk mengatasi stres 3. Untuk menurunkan kadar gula di dalam darah 	
Pre interaksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cek catatan keperawatan dan catatan medis klien 2. Cuci tangan 	
Tahap orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beri salam dan perkenalkan diri 2. Menanyakan keluhan yang dirasakan klien saat ini 3. Jelaskan tujuan, prosedur tindakan, hal yang perlu dilakukan klien selama tindakan keperawatan dilakukan. 4. Berikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya 	
Tahap Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan klien berbaring atau duduk dikursi dengan kepala ditopang. 2. Lepaskan aksesoris yang sedang digunakan seperti kaca mata, jam dan sepatu. 3. Longgarkan ikatan dasi, ikat pinggang atau yang lainnya yang bersifat mengikat ketat. 4. Pastikan klien relaks. 	

5. Anjurkan klien mencari posisi yang nyaman dan ciptakan lingkungan yang nyaman.
6. Menarik napas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1 sampai 4 kemudian perlahan udara dihembuskan melalui mulut.
7. Gerakan ke-1 dengan melakukan kepalan pada telapak tangan kanan dan kiri dan kemudian kepalan tersebut dilepaskan. Gerakan dilakukan berulang, gerakan ini ditujukan untuk melatih otot tangan.
8. Setelah melakukan gerakan pertama, menarik napas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru kemudian perlahan udara dihembuskan melalui mulut.
9. Gerakan ke-2 dilakukan dengan menekuk kedua lengan kebelakang pada pergelangan tangan sehingga otot ditangan bagian belakang dan lengan bawah menegang, jari jari menghadap ke langit-langit. Gerakan ini ditunjukkan untuk melatih otot tangan bagian belakang.
10. Menarik napas dalam dari hidung kemudian perlahan dihembuskan melalui mulut.
11. Gerakan ke-3 dengan cara membuat kepalan pada kedua tangan kemudian membuka kedua kepalan ke pundak sehingga otot biceps akan menjadi tegang. Gerakan ini bertujuan untuk melatih otot biceps.
12. Menarik napas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1 sampai 4 kemudian perlahan udara dihembuskan melalui mulut.
13. Gerakan ke-4 dilakukan dengan cara mengangkat bahu setinggi-tingginya sampai menyentuh daun telinga. Gerakan ini bertujuan untuk melatih otot bahu agar mengendur.
14. Menarik napas dalam melalui hidung kemudian dihembuskan melalui mulut.

	<p>15. Gerakan ke-5 dilakukan dengan cara mengerukan dahi dan alis sampai otot terasa dan kulit menjadi keriput. Gerakan ini memiliki tujuan untuk melatih otot-otot wajah agar mengendur.</p> <p>16. Menarik napas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1 sampai 4 kemudian perlahan udara dihembuskan melalui mulut.</p> <p>17. Gerakan ke-6 dengan cara mengatupkan rahang dan diikuti dengan menggigit gigi-gigi sehingga dirasakan ketegangan di sekitar otot-otot rahang.</p> <p>18. Sebelum menuju ke gerakan berikutnya, perlahan menarik napas melalui mulut kemudian perlahan udara dihembuskan melalui mulut.</p> <p>19. Gerakan ke-7 dengan cara memoncongkan bibir sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan di sekitar mulut.</p> <p>20. Menarik napas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1 sampai 4 kemudian perlahan udara dihembuskan melalui mulut.</p> <p>21. Gerakan ke-8 dilakukan dengan cara tekankan kepala pada permukaan bantalan kursi atau dengan tumpuan kedua telapak tangan sehingga dapat merasakan ketegangan bagian belakang leher dan punggung atas.</p> <p>22. Tarik napas dalam melalui hidung kemudian perlahan udara dihembuskan melalui mulut.</p> <p>23. Gerakan ke-9 diterapkan dengan membawa kepala ke muka, kepala ditundukkan sampai dagu menempel ke dada sehingga dapat dirasakan ketegangan yang terjadi di daerah leher bagian muka.</p> <p>24. Sebelum menuju ke gerakan 10 terlebih dahulu melakukan teknik napas dalam dengan menarik napas melalui hidung kemudian secara perlahan dihembuskan melalui mulut.</p>
--	---

	<p>25. Gerakan ke-10 dengan mengangkat tubuh dari sandaran kursi, kemudian punggung dilengkungkan dengan dada yang dibusungkan. Kondisi ini dipertahankan selama 10 detik kemudian relaks, pada saat relaks rasakan otot-otot menjadi lemas.</p> <p>26. Menarik napas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1 sampai 4 kemudian perlahan udara dihembuskan melalui mulut.</p> <p>27. Gerakan ke-11 dengan menarik napas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara sebanyak-banyaknya dan tahan beberapa saat sambil merasakan ketegangan di bagian dada kemudian turun ke perut. Pada saat ketegangan dilepas dapat bernapas normal dengan lega.</p> <p>28. Menarik napas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1 sampai 4 kemudian perlahan udara dihembuskan melalui mulut.</p> <p>29. Gerakan ke-12 dilakukan dengan cara menarik kuat-kuat perut ke dalam, kemudian tahan sampai perut menjadi kencang dan keras. Setelah 10 detik lepaskan bebas.</p> <p>30. Sebelum gerakan pindah ke kaki, terlebih dahulu melakukan relaksasi napas dalam dengan menarik napas melalui hidung kemudian perlahan dihembuskan melalui mulut.</p> <p>31. Gerakan ke-13 dilakukan dengan meluruskan kedua belah telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang.</p>
Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beritahu klien bahwa tindakan telah selesai dilaksanakan. 2. Bantu klien kembali pada posisi nyaman. 3. Evaluasi perasaan klien setelah diberikan terapi. 4. Cuci tangan

Lampiran 6 Bukti Penyelesaian Administrasi



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Denpasar

Jalan Sanitasi No.1, Sidakarya,
Denpasar Selatan, Bali 80224
(0361) 710447
<https://poltekkes-denpasar.ac.id>

BUKTI PENYELESAIAN ADMINISTRASI SEBAGAI PERSYARATAN MENGIKUTI UJIAN KIAN PRODI PROFESI KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES DENPASAR

NAMA MAHASISWA : Ni Wayan Sri Wahyuni

NIM : P07120323062

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	AKADEMIK	22-6-2024		Rai Sukerni
2	PERPUSTAKAAN	22-5-2024		Dewa Triwijaya
3	LABORATORIUM	22-5-2024		Swandana
4	HMJ	22-5-2024		Rusek
5	KEUANGAN	22-5-2024		I.A. Kusabir
6	ADMINISTRASI UMUM/PERLENGKAPAN	22-5-2024		KRYM SUPIRA

Keterangan:

Mahasiswa dapat mengikuti Ujian Skripsi jika seluruh persyaratan diatas terpenuhi.



Denpasar,
Ketua Jurusan Keperawatan,

(Made Sukarja, S.Kep., Ners, M.Kep
NIP : 196812311992031020

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500587 dan <https://whs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keabsahan tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://lo.keminfo.go.id/verifyPDF>.



Lampiran 7 Surat Ijin Studi Pendahuluan



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Denpasar

Jalan Sanitasi No.1, Sida Karya,
Denpasar Selatan, Bali 80224
(0361) 710447
<https://poltekkes-denpasar.ac.id>

Nomor : KH.03.03/F.XXXII.13/1170 /2024

Rabu, 27 Maret 2024

Hal : Mohon Ijin Pengambilan Data Studi Pendahuluan

Yth. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Bali Mandara

di-

Tempat

Sehubungan dengan pembuatan tugas Karya Ilmiah Akhir mahasiswa Program Studi Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Denpasar Jurusan Keperawatan, kami mohon perkenannya untuk memberikan ijin pengambilan data pendukung/studi pendahuluan kepada mahasiswa kami atas nama :

NAMA	NIM	DATA YANG DIAMBIL
NI Wayan Sri Wahyuni	P07120219062	Pasien dengan Diabetes Mellitus (DM)

Demikian kami sampaikan atas perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Jurusan Keperawatan



T.Made Sukarja, S.Kep., Ners., M.Kep
NIP. 196812311992031020

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.komkos.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://te.keminfo.go.id/verifyPDE>.



Lampiran 8 Surat Ijin Pengambilan Data dan Studi Pendahuluan



පරිපාලන ජනරජය
PEMERINTAH PROVINSI BALI
ධාතමි ක්‍රියාමාර්ග
DINAS KESEHATAN
රජයේ වෛද්‍ය ආයතන
RSUD BALI MANDARA

කොමිෂන් මහල, ජනරජ මහා මාර්ග, 548 සානුර, ධන්‍යපාර, බාලි (80227), ටෙලිෆෝන (0361) 4490566
 JALAN BY PASS NGURAH RAI NOMOR 548 SANUR - DENPASAR, BALI (80227). TELEPON (0361) 4490566
 EMAIL : rsud.balimandara@gmail.com WEBSITE : <http://rsud.balimandara.go.id>

Nomor : B.43.000.18006.KEP.RSBM Lampiran : - Perihal : <u>Mohon Ijin Pengambilan Data Studi Pendahuluan</u>	Bali, 6 Mei 2024 Kepada Yth. Ni Wayan Sri Wahyuni di - Tempat
---	--

Menunjuk surat saudara Nomor: KH.03.03/F.XXX01.13/1140/2024, pada tanggal 27 Maret 2024 perihal Mohon Ijin Pengambilan Data Studi Pendahuluan, bahwa dari RSUD Bali Mandara Provinsi Bali merekomendasikan dapat kami ijinikan sesuai dengan jadwal.

Adapun kontribusi yang dibebankan kepada mahasiswa yang bersangkutan sesuai dengan Peraturan Gubernur No. 20 Tahun 2018 sebagai berikut.

- Jasa Sarana	1 bulan x 1 proposal x Rp. 43.750	Rp. 43.750,-
- Jasa Pelayanan	1 bulan x 1 proposal x Rp. 131.250	Rp. 131.250,-
Jumlah		Rp. 175.000,-

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.



Ditandatangani secara elektronik oleh
 DIREKTUR
 I Gusti Ngurah Putra Dharma Jays
 NIP. 19740701 200212 1 008

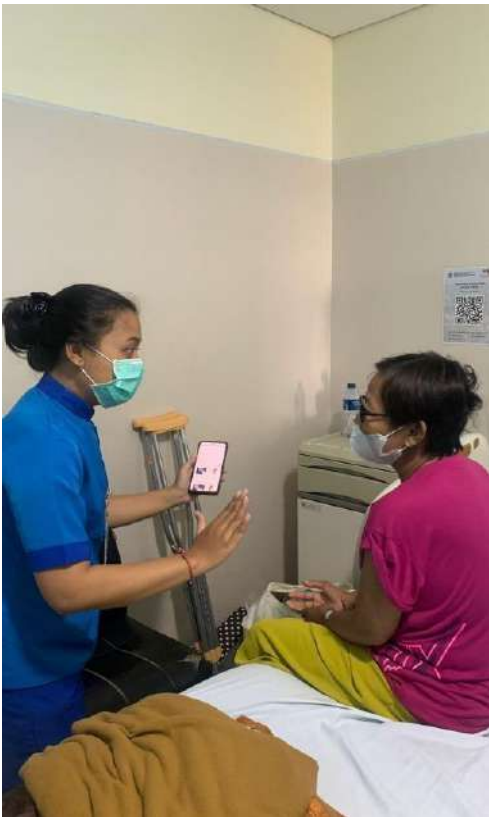
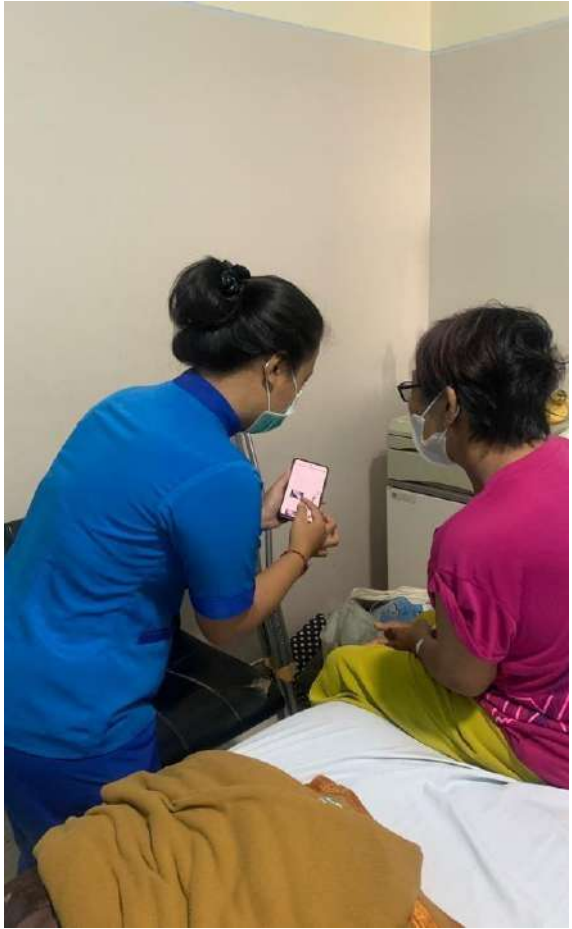




Diakses melalui rsud.balimandara.go.id
 Layanan ini menggunakan sistem elektronik dan dapat diakses secara online.




Lampiran 9 Dokumentasi



Lampiran 10 Bukti Bimbingan Pembimbing 1 & 2

Data Skripsi Mahasiswa						
NIM	P07120323062					
Nama Mahasiswa	Ni Wayan Sri Wahyuni					
Info Akademik	Fakultas	Jurusan Keperawatan - Program Studi Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi				
	Semester	2				

Bimbingan						
No	Dosen	Topik	Masukan Dosen	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen	Aksi
1	190812311992031020 - I Made Sukarja, S.Kep.,Ners.,M.Kep	Pengajuan judul KIAN	Acc judul kian dan lanjut menulis BAB I.	5 Januari 2024	✓	
2	190812311992031020 - I Made Sukarja, S.Kep.,Ners.,M.Kep	Bimbingan BAB I	Perbaikan latar belakang serta tujuan penelitian.	6 Februari 2024	✓	
3	190812311992031020 - I Made Sukarja, S.Kep.,Ners.,M.Kep	Bimbingan BAB II dan BAB III	Penambahan materi serta perbaikan susunan BAB II.	21 Maret 2024	✓	
4	190812311992031020 - I Made Sukarja, S.Kep.,Ners.,M.Kep	Bimbingan BAB IV dan BAB V	Perbaikan materi BAB III serta sesuaikan BAB IV yang telah dibuat dengan menggunakan buku 3S Keperawatan.	16 April 2024	✓	
5	190812311992031020 - I Made Sukarja, S.Kep.,Ners.,M.Kep	Bimbingan BAB V dan BAB VI	Penambahan hasil penelitian sebelumnya pada BAB V dan perbaikan kesimpulan.	16 Mei 2024	✓	
6	190812311992031020 - I Made Sukarja, S.Kep.,Ners.,M.Kep	Bimbingan KIAN lengkap	KIAN acc maju untuk ujian.	21 Mei 2024	✓	
7	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep.,Mpd.	Pengajuan judul KIAN dan latar belakang	Perbaikan tata penulisan.	11 Januari 2024	✓	
8	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep.,Mpd.	Bimbingan BAB I dan BAB II	Perbaikan huruf miring, spasi, dan akronim.	16 Februari 2024	✓	
9	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep.,Mpd.	Bimbingan BAB III	Revisi pada tabel dan tata penulisan.	22 Maret 2024	✓	
10	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep.,Mpd.	Bimbingan BAB IV dan BAB V	Perbaikan jarak tiap paragraf dan penggunaan bahasa asing.	19 April 2024	✓	
11	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep.,Mpd.	Bimbingan BAB V dan BAB VI	Perbaikan penomoran, perbaikan pemenggalan setiap alenia dan perbaikan skuran tulisan pada daftar pustaka.	17 Mei 2024	✓	
12	196709281990031001 - Ns. I WAYAN SUKAWANA, S.Kep.,Mpd.	Bimbingan KIAN lengkap	KIAN acc maju untuk ujian.	21 Mei 2024	✓	

Lampiran 11 Surat Pernyataan Persetujuan Repository

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ni Wayan Sri Wahyuni
NIM : P07120323062
Program Studi : Profesi Ners
Jurusan : Keperawatan
Tahun Akademik : 2024
Alamat : Lingkungan Kaja Kauh, Abianbase, Gianyar
Nomor HP/Email : 087846265539/ sriw0112000@gmail.com

Dengan ini menyerahkan skripsi berupa tugas akhir dengan judul:

Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah dengan Relaksasi Otot Progresif Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II di RSUD Bali Mandara Tahun 2024.

1. Dan menyetujuinya menjadi hak milik Poltekkes Kemenkes Denpasar serta memberikan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif untuk disimpan, dialih mediakan, dikelola dalam pangkalan data dan publikasinya di internet atau di media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan nama penulis sebagai pemilik Hak Cipta.
2. Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh. Apabila dikemudian hari terbukti ada pelanggaran Hak Cipta/Plagiarisme dalam skripsi ini, maka segala tuntutan hukum yang timbul akan saya tanggung pribadi tanpa melibatkan pihak Poltekkes Kemenkes Denpasar.

Dengan surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, 16 Juni 2024

Yang menyatakan,

A handwritten signature in black ink is written over a colorful 2000 Rupiah stamp. The stamp features the Garuda Pancasila emblem and the text 'METERAI TEMPEL' and '78ANX230315150'.

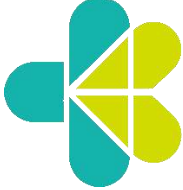

Ni Wayan Sri Wahyuni
P07120323062

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN KETIDAKSTABILAN
GLUKOSA DARAH DENGAN INTERVENSI
RELAKSASI OTOT PROGRESIF
PADA PASIEN DIABETES MILITUS TIPE II
DI RSUD BALI MANDARA TAHUN 2024**



**OLEH :
NI WAYAN SRI WAHYUNI
P07120323062
PROFESI NERS B**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2023/2024**

	POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR JURUSAN KEPERAWATAN	
	FORMAT PENGKAJIAN	
Nama : Ny. A Tanggal Lahir/Umur : 31-12-1972/51 Tahun No RM : 039xx Jenis Kelamin : Perempuan	PENGKAJIAN KEPERAWATAN KELOMPOK DEWASA RAWAT INAP	

Tgl :29/04/24

Jam :08.00

 Sumber data : () Pasien, () Keluarga, () Lainnya _____
 Rekam medik

Ruangan : Jepun

IDENTITAS PASIEN
Kewarganegaraan : (<input checked="" type="checkbox"/>) WNI, () WNA : _____ Agama : (<input checked="" type="checkbox"/>) Hindu, () Islam, () Protestan, () Katolik, () Budha, () Lainnya : _____ Pendidikan : () Tidak Sekolah, () SD, () SMP, (<input checked="" type="checkbox"/>) SMA, () Perguruan Tinggi
RIWAYAT KESEHATAN
Tanggal MRS : 28 April 2024
Keluhan utama saat MRS : Klien mengeluhkan tubuh terasa lemas dan lesu.
Diagnosa medis saat ini : Diabetes Tipe II dengan Hiperglikemia
Riwayat keluhan/penyakit saat ini : <ul style="list-style-type: none"> • Pada hari Minggu tanggal 28 April 2024 pukul 08.00 WITA klien datang ke IGD RS Bali Mandara diantar oleh keluarga, klien masuk IGD dengan keluhan lelah, lesu sejak kemarin sebelum dilarikan ke rumah sakit dan didapatkan kondisi umum klien pada saat masuk rumah sakit adalah lemah, dan klien mengeluhkan mual serta jumlah urin meningkat. Pada saat dilakukan pemeriksaan gula darah di ruang IGD didapatkan gula darah pasien pada saat masuk rumah sakit adalah 420 mg/dl. Saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital sign di IGD RS Bali Mandara didapatkan tekanan darah klien 143/70 mmHg, nadi klien 80 x/menit, respirasi klien 20 x/menit, suhu 36,8°C. Klien di IGD mendapatkan terapi RL 20 tetes per menit, amlodpine 5mg. • Saat dilakukan pengkajian di ruang Jepun pada hari Senin tanggal 29 April 2024 pada pukul 08.00 WITA didapatkan klien mengatakan tubuhnya merasa lesu dan lelah, sering merasa kesemutan, jumlah urin meningkat dan sering merasa haus dilakukan pemeriksaan kadar glukosa darah didapatkan hasil kadar glukosa dalam darah klien tinggi yaitu 264 mg/dl. Klien mengatakan sering merasa haus dan juga mulut terasa kering. Klien juga mengatakan dirinya pernah dirawat di RS ± 3 th yang lalu dengan penyakit diabetes melitus. Klien mendapatkan terapi RL 20 tetes per menit, captropil 2 x12,5mg, amlodipine 1 x 5mg, glucodex 1 x 80mg (sebelum makan), sansulin 1x7 IU (malam), dan etabion 1 x 1 tab
Riwayat penyakit terdahulu : <ol style="list-style-type: none"> a. Riwayat MRS sebelumnya : () Tidak (<input checked="" type="checkbox"/>) Ya, Lamanya : 4 hr, alasan : ketidakefektifan kadar gula darah b. Riwayat dioperasi : (<input checked="" type="checkbox"/>) Tidak () Ya, jelaskan : _____ c. Riwayat Kelainan Bawaan : (<input checked="" type="checkbox"/>) Tidak () Ya, jelaskan : _____ d. Riwayat Alergi : (<input checked="" type="checkbox"/>) Tidak () Ya, jelaskan : _____ e. Riwayat penyakit keluarga : (<input checked="" type="checkbox"/>) Tidak () Ya, jelaskan : _____
PROSEDUR INVASIF (yang terpasang saat ini)

(√)Infus intra vena, di pasang di : Tangan kiri tanggal : 28/04/24, ()Central line (CVP), di pasang di : tanggal : __/__/__
 ()Dower chateter, di pasang di : __ tanggal : __/__/__, ()Selang NGT, di pasang di : tanggal : __/__/__
 ()Tracheostomy, di pasang di : __ tanggal : __/__/__, ()Lain lain : tanggal : __/__/__

KONTROL RISIKO INFEKSI

Status : ()Tidak diketahui, ()Suspect, ()Diketahui : ()MRSA, ()TB, ()Infeksi Opportunistik/tropik,
 Additional precaution yang harus dilakukan : ()Droplet, ()Airborn, ()Contact, ()Skin, ()Contact Multi- Resistent Organisme ()Standar

KEADAAN UMUM

Kesadaran : (√) Compos mentis, () Apatis, () Somnolen, () Soporocoma, () Coma
Tanda-tanda Vital : Suhu : 36,2°C, Pernafasan : 20x/menit, Nadi : 80x/menit, Tekanan Darah : 110/60 mmHg

PENILAIAN NYERI :

Catatan : Untuk pasien sadar gunakan skala WBS dan NRS, untuk pasien tidak sadar gunakan skala BPS

Behavior Pain Scale (BPS)

Penilaian	Deskripsi	Skor
Ekspresi wajah	Rileks	1
	Tegang partial	2
	Tegang	3
	Meringis	4
Ekstremitas atas	Tidak bergerak	1
	Menekuk partial	2
	Menekuk dgn fleksi jari	3
	Retraksi permanen	4
Kepatuhan dengan ventilas	Toleransi baik	1
	Batuk tapi sebagian besar toleransi dgn ventilasi	2
	Fighting dgn ventilator	3
	Tidak dapat mengontrol ventilator	4
Total Sk		

Wong Backer (WBS) dan Numeric Rating Scale (NRS)/VAS



Skor : 0 = Tidak Nyeri 1-4 = Nyeri Ringan

Nyeri : (√)Tidak ()Ya, Skala WBS/NRS/BPS/VAS:0
 Lokasi nyeri : Pasien mengatakan tidak merasakan adanya nyeri pada luka tumit kaki kanannya.
 Frekuensi Nyeri : ()Jarang ()Hilang timbul ()Terus-menerus
 Lama Nyeri :
 Menjalar : ()Tidak ()Ya, ke : _____
 Kualitas Nyeri : ()Tumpul ()Tajam ()Panas/terbakar () Lain-lain : _____
 Faktor pemicu/ yang memperberat : _____
 Faktor yang mengurangi/menghilangkan nyeri : _____

PEMERIKSAAN FISIK

Kepala : () Normosefali () Mikrosefali () Hidrosefali
 () lesi/luka () hematoma () perdarahan () luka sobek () lain-lain
 Warna rambut _____
 Kelainan: rontok/dll

Mata : Konjungtiva : () Merah muda () Pucat () , Sklera : () Normal () Ikterus Lain- lain _____
 Penglihatan: () normal () kacamata
 Pupil : () isokor () anisokor () midriasis () katarak Kebutaan: () tidak () ya, jelaskan _____

Leher : Bentuk : () Normal Kelainan : () Tidak () Ya, jelaskan: _____

Hidung: Penghidu : () normal () ada gangguan Sekret/darah/polip
 Tarikan cuping hidung: () ya () tidak

Telinga: Pendengaran: () normal () kerusakan () tuli kanan/kiri () tinnitus () alat bantu dengar () lainnya

Mulut dan gigi: Bibir: () lembab () kering () sianosis () pecah-pecah
 Mulut dan tenggorokan: () normal () lesi () stomatitis
 Gigi: () penuh/normal () ompong () lain-lain

Dada : Bentuk : () Simetris Kelainan : () Tidak () Ya, jelaskan : _____
 Irama Nafas : () Regular () Irregular
 Suara Nafas : () Normal () Wheezing : () Tidak () Ya Batuk : () Tidak () Ya Retraksi : () Tidak () Ya
 Sekret : () Tidak () Ada, Warna/Jumlah _____ / _____

Abdomen : Kembang : () Tidak () Ya Bising Usus : () Normal () Abnormal, jelaskan _____
 Ascites: () Tidak () Ya

Ekstremitas Atas : Akral : () Hangat () Dingin, Pergerakan : () Aktif () Pasif, Kekuatan Otot : () Kuat () Lemah
 Capillary Refill Time : () < 3 detik () > 3 detik
 Hemiplegi/parese : () Tidak () Ya, jelaskan : kesemutan kadang-kadang
 Edema: () Tidak () Ya, jelaskan : _____
 Kelainan : () Tidak () Ya, jelaskan : _____

Ekstremitas Bawah : Akral : () Hangat () Dingin, Pergerakan : () Aktif () Pasif, Kekuatan Otot: () Kuat () Lemah
 Capillary Refill Time : () < 3 detik () > 3 detik
 Hemiplegi/parese : () Tidak () Ya, jelaskan : kesemutan kadang-kadang
 Edema: () Tidak () Ya, jelaskan : _____
 Kelainan : () Tidak () Ya, jelaskan : _____

Kulit : Warna : () Normal, () Ikterus, Sianosis, Membran Mukosa : () Lembab, () Kering, () Stomatitis
 Hematoma : () Tidak, () Ya
 Luka : () Tidak, () Ya, jelaskan : _____
 Perdarahan : () Tidak, () Ya, Jika ya : () Aktif, () Tidak
 Masalah integritas kulit : () Tidak () Ya, jelaskan : _____
(Jika ya, kaji lebih lanjut dengan form skin risk assessment)

Anus dan Genitalia : Kelainan/masalah : () Tidak () Ya, jelaskan: _____

DATA BIOLOGIS**Nutrisi dan Cairan :**

Pada saat dilakukan pengkajian pada hari Senin tanggal 29 April 2024 pukul 08.00 Wita di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara didapatkan klien mengatakan tubuhnya terasa lelah dan lesu, dilakukan pemeriksaan kadar glukosa darah didapatkan hasil kadar glukosa dalam darah klien tinggi 264 mg/dl. Klien mengatakan sering merasa haus dan juga mulut terasa kering.

Sejak dirawat dirumah sakit nafsu makan klien menjadi menurun, setiap sekali makan klien hanya menghabiskan ½ porsi makan. Klien makan dengan frekuensi 3 kali sehari dengan jam makan pagi pukul 07.30 wita, siang pukul 12.00 wita, dan sore pukul 17.00 wita. Saat makan klien dibantu oleh keluarganya, namun sesekali pasien mengaku bisa makan mandiri. Klien tidak memiliki keluhan mual dan muntah.

Pernapasan : Kesulitan bernafas : () Tidak, () Ya : memakai O₂ ____lt/menit dengan : () Nasal canule, () Sungkup, () Masker

Makan dan Minum : Nafsu makan : ()Baik, ()Tidak, Jenis Makanan : ()Bubur, ()Nasi, Frekuensi 3x /hari
Kesulitan makan : ()Tidak, ()Ya, Kebiasaan makan : ()Mandiri, ()Dibantu, () Ketergantungan
()Menggunakan NGT
Keluhan : Mual : ()Tidak, ()Ya Muntah : ()Tidak, ()Ya, Warna/Volume _____ / _____ ml
Makanan pantangan: Makanan yang terlalu banyak mengandung glukosa seperti gula dan roti
Makanan yang disukai: Tidak ada
Makanan yang tidak disukai: Tidak ada

Eliminasi : Bak : ()Normal, ()Tidak,
Masalah perkemihan : ()Tidak ada, ()Ada : ()Retensi urine, ()Inkontinensia urine, ()Dialysis
Warna urine : ()Kuning jernih, ()Keruh, ()Kemerahan, Frekuensi : 7x /hari Bab : () Normal, ()Tidak,
Masalah defekasi : ()Tidak ada, ()Ada : ()stoma, ()sthresia ani, ()konstipasi, ()diare
Warna feses : ()Kuning, ()Kecoklatan, ()Kehitaman, Perdarahan : ()Tidak, ()Ya, Frekuensi : 1x /hari

Istirahat Tidur : Lama tidur 7jam/hari Kesulitan Tidur : (√)Tidak, ()Ya Tidur siang : (√)Tidak, ()Ya
Kebiasaan pengantar tidur: Tidak ada
Kebiasaan saat tidur: Tidak ada

Mobilisasi : (√)Normal/mandiri, ()Dibantu, ()Menggunakan kursi roda, Lain-lain _____
Kegiatan di waktu luang: berinteraksi dengan tetangga sekitar.

DATA PSIKOLOGIS

Masalah Perkawinan : (√)Tidak Ada ()Ada, Jelaskan ()Cerai () lain lain _____
Tinggal bersama keluarga : (√)Ya ()Tidak, Jelaskan _____
Trauma dalam kehidupan : (√)Tidak ada ()Ada, jelaskan : _____
Mengalami kekerasan fisik : (√)Tidak ada ()Ada Mencederai diri/orang lain : ()Pernah (√)Tidak pernah
Gangguan Tidur : (√)Tidak ada ()Ada Konsultasi dengan psikolog/psikiater : (√)Tidak pernah ()Pernah
Riwayat kebiasaan : ()Merokok ()Alkohol ()Lain lain _____ Jenis dan jumlah perhari : _____
Penggunaan alat bantu lihat: (√)Tidak ()Ya, jelaskan : _____
Penggunaan alat bantu dengar: (√)Tidak ()Ya, jelaskan : _____
Hal yang dipikirkan saat ini: Hal yang dipikirkan pasien adalah agar dirinya bisa cepat sembuh dan dapat berkumpul kembali dengan keluarganya di rumah.
Harapan setelah menjalani perawatan: Pasien berharap setelah mendapat perawatan ia akan segera sembuh dan dapat beraktifitas kembali seperti biasa dirumah.
Perubahan yang dirasa setelah sakit: Pasien mengatakan dirinya menjadi lebih lemas dari sebelum sakit
Suasana hati: Baik

Bicara
√Jelas Bahasa utama: Bahasa Indonesia
√Relevan Bahasa daerah: Bahasa Bali
√Mampu mengekspresikan
√Mampu mengerti orang lain
Gangguan seksual: (√)Tidak ()Ya,, jika ya:
Y fertilitas menstruasi
Y libido kehamilan
Y ereksi alat kontrasepsi
Yang dilakukan jika sedang stres:
√ pemecahan masala cari pertolongan tidur
Y makan makan obat lain-lain (misalnya marah, diam, dll)

DATA SOSIAL, EKONOMI, DAN SPIRITUAL

Tinggal bersama keluarga kandung : ()Ya (√)Tidak, jelaskan : Pasien tinggal dengan suaminya
Pembuat keputusan dalam keluarga: Suami dan pasien
Kesulitan dalam keluarga:
Y Hubungan dengan orang tua
Y Hubungan dengan sanak keluarga
Y Hubungan dengan suami/istri
Pekerjaan: ()Pegawai Swasta ()PNS ()TNI/POLRI ()Wiraswasta ()Petani (√)Tidak bekerja
Jumlah jam kerja: _____
Jadwal kerja: _____
Keuangan: (√) Memadai () Kurang
Pembiayaan Kesehatan : ()Biaya sendiri (√)Asuransi ()Perusahaan ()Lain-lain, jelaskan : _____
Kegiatan beribadah: (√)Selalu ()Kadang ()Tidak pernah
Perlu Rohanian : (√)Tidak ()Ya, jelaskan _____
Apakah Tuhan, Agama atau Kepercayaan penting untuk anda: ()Tidak (√)Ya
Kegiatan agama atau kepercayaan yang ingin dilakukan selama di rumah sakit, sebutkan: Tri Sandya

ASSESMEN FUNGSIONAL (Bartel Indeks)						
NO	FUNGSI	SKOR				SKOR
		0	1	2	3	
01	Mengontrol BAB	Inkontinen/tidak teratur (perlu enema)	Kadang Inkontinen (1xseminggu)	Kontinen teratur		2
02	Mengontrol BAK	Inkontinen/pakai kateter dandidak terkontrol	Kadang inkontinen (max 1x24jam)	Mandiri		2
03	Membersihkan diri (lap muka, sisir rambut, sikat gigi)	Butuh pertolongan orang lain	Mandiri			1
04	Penggunaan toilet, pergi ke dalam dari WC (melepas, memakai celana, menyeka, menyiram)	Tergantung pertolongan orang lain	Perlu pertolongan pada beberapa aktivitas tetapi, dapat mengerjakan sendiri beberapa aktivitas lain			1
05	Makan	Tidak mampu	Perlu seseorang menolong memotong makanan	Mandiri		2
06	Berpindah tempat dari tidur ke duduk	Tidak mampu	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)	Bantuan 1 orang	Mandiri	3
07	Mobilisasi/berjalan	Tidak mampu	Dengan kursi roda	Bantuan 1 orang	Mandiri	2
08	Berpakaian (memakai baju)	Tergantung orang lain	Sebagian dibantu (misal mengancing baju)	Mandiri		3
09	Naik turun tangga	Tidak mampu	Butuh pertolongan	Mandiri		2
10	Mandi	Tergantung orang lain	Mandiri	Mandiri		3
KETERANGAN : Y Mandiri (20-21) Y Keterangan Ringan (12-19) Y Ketergantungan Sedang (9-11) Y Ketergantungan Berat (5-8) Y Ketergantungan Total (0-4)					TOTAL	21
PENGKAJIAN RESIKO JATUH						
Skor Resiko Jatuh (Skala Morse) : _____ (√)Rendah 0-7 ()Tinggi 8-13 ()Sangat Tinggi ≥ 14						
PENGKAJIAN INTEGRITAS KULIT						
Lihat pada form pengkajian gangguan integritas kulit skala braden dan bates jensen assessment tool						

SKRINING NUTRISI dengan MST (Malnutrisi Screening Tools)Berat Badan (BB) sekarang : 59 kg BBseharusnya/biasanya : 59 kgTinggi Badan (TB) : 167 cm

1. Apakah berat badan (BB) anda menurun akhir-akhir ini tanpa direncanakan?

√ Tidak

Y Ya, bila ya berapa penurunan berat badan Anda?

Y 1-5 kg 1

Y 6-10 kg 2

Y 11-15 kg 3

Y >15 kg 4

Y Tidak yakin 2

2. Apakah nafsu makan anda berkurang?

√ Tidak

0

Y Ya

1

Total Skor : 0

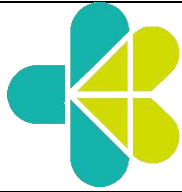
Nilai MST :

Risiko Rendah (MST = 0-1) √**Risiko Sedang (MST = 2-3)****Risiko Tinggi (MST = 4-5)****Catatan :*****Bila resiko rendah dilakukan skrinning ulang setiap 7 hari*****Bila resiko sedang dan tinggi dilakukan pengkajian gizi lebih lanjut oleh ahli gizi,*****Bila pasien resiko rendah dengan indikasi khusus yaitu DM, Gangguan ginjal, Jantung, TB, Paliatif, pediatric, geriatric, Gastro, Hipertensi, HIV, SARS, Flu Burung, Bedah/reseksi saluran cerna, penurunan Imun, kanker dan pasien tidak sadar dilakukan pengkajian oleh ahli gizi****Masalah Keperawatan**

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah

Perawat Pengkaji,

(Srik)



**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN**



Nama : Ny. A
 Tanggal Lahir/Umur : 31-12-1972 / 51 Tahun
 No RM : 039xxx
 Jenis Kelamin : Perempuan

**PENGAJIAN RISIKO GANGGUAN
INTEGRITAS KULIT
(SKALA BRADEN)**

Pengkajian dilakukan saat:

- Initial assessment dilakukan pertama kali di ruang rawat inap
- Pengkajian ulang dilakukan setiap minggu

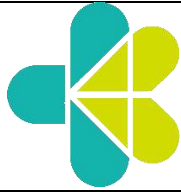
No.	Dimensi	Skor Pengkajian			
	Tanggal	29/04/24			
1	Sensori Persepsi	4			
2	Kelembaban Kulit	3			
3	Aktivitas	3			
4	Mobilisasi	3			
5	Status Nutrisi	3			
6	Pergesekan Kulit	2			
	Total Skor	18			
	Paraf>Nama Terang	Srik			

Protokol pengkajian risiko gangguan integritas kulit dengan Skala Braden

		1	2	3	4
1	Sensori persepsi	Keterbatasan total	Sangat terbatas	Agak terbatas	Tidak ada kelemahan
2	Kelembaban kulit	Selalu lembab	Sering lembab	Kadang-kadang lembab	Jarang lembab
3	Aktifitas	Bedrest	Bisa duduk	Kadang-kadang jalan	Sering jalan
4	Mobilisasi	Imobilisasi total	Sangat terbatas	Agak terbatas	Tidak ada batasan
5	Status nutrisi	Sangat kurang	Mungkin tidak cukup	Cukup	Sangat baik
6	Pergesekan	Bermasalah	Potensi ada masalah	Tidak ada masalah	

Derajat risiko:

Risiko rendah : 15-18
 Risiko sedang : 13-14
 Risiko tinggi : 10-12
 Risiko sangat tinggi : ≤ 9



**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN**



Nama : Ny. A
 Tanggal Lahir/Umur : 31-12-1972 / 51 Tahun
 No RM : 039xxx
 Jenis Kelamin : Perempuan

**PENGAJIAN RISIKO JATUH DEWASA
(SKALA MORSE)**

Ruangan:		Lembar ke:																		
No	Item penilaian	Tgl																		
		Jam	29/4/24																	
		Skor	08.00	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11						
1	Usia																			
	a. Kurang dari 60 tahun	0	0																	
	b. Lebih dari 60 tahun	1																		
	c. Lebih dari 80 tahun	2																		
2	Defisit Sensoris																			
	a. Kacamata bukan bifokal	0	0																	
	b. Kacamata bifokal	1																		
	c. Gangguan pendengaran	1																		
	d. Kacamata multifokal	2																		
	e. Katarak/glaukoma	2																		
	f. Hampir tidak melihat/buta	3																		
3	Aktivitas																			
	a. Mandiri	0																		
	b. ADL dibantu sebagian	2	2																	
	c. ADL dibantu penuh	3																		
4	Riwayat Jatuh																			
	a. Tidak pernah	0	0																	
	b. Jatuh < 1 tahun	1																		
	c. Jatuh < 1 bulan	2																		
	d. Jatuh saat dirawat sekarang	3																		
5	Kognisi																			
	a. Orientasi baik	0	0																	
	b. Kesulitan mengertu perintah	2																		
	c. Gangguan memori	2																		
	d. Kebingungan	3																		
	e. Disorientasi	3																		
6	Pengobatan dan Penggunaan Alat Kesehatan																			
	a. > 4 jenis pengobatan	1																		
	b. Antihipertensi /hipoglikemik/antidepresan	2																		
	c. Sedatif/psikotropika/narkotika	2																		
	d. Infus/epidural/spinal/dower kateter/traksi	2	2																	
7	Mobilitas																			
	a. Mandiri	0	0																	
	b. Menggunakan alat bantu berpindah	1																		
	c. Koordinasi/keseimbangan buruk	2																		
	d. Dibantu sebagian	3																		
	e. Dibantu penuh/bedrest/nurse assist	4																		
	f. Lingkungan dengan banyak furniture	4																		
8	Pola BAB/BAK																			
	a. Teratur	0	0																	
	b. Inkontinensia urine/feses	1																		
	c. Nokturia	2																		
	d. Urgensi/frekuensi	3																		
9	Komorbidityas																			
	a. Diabetes/penyakit jantung/stroke/ISK, dll	2	2																	
	b. Gangguan saraf pusat/parkinson	3																		
	c. Pasca bedah 0-24 jam	3																		
Total skor			6																	
Keterangan																				
Risiko rendah		0-7	√																	
Risiko tinggi		8-13																		
Risiko sangat tinggi		≥ 14																		
Nama/paraf			Srik																	



**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN**



Nama : Ny. A
 Tanggal Lahir/Umur : 31-12-1972 / 51 th
 No RM : 039xxx
 Jenis Kelamin : Perempuan

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Glukosa Darah			
Glukosa Darah Puasa	H 152	Mg/dL	70 – 100
Glukosa Darah 2 Jam PP	H 264	Mg/dL	70 – 140





**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN**



Nama : Ny. A
 Tanggal Lahir/Umur : 31-12-1972 / 51 th
 No RM : 039xxx
 Jenis Kelamin : Perempuan

ANALISIS DATA

Gejala dan Tanda	Analisis Data	Masalah Keperawatan
<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan badannya terasa lesu, lelah. • Pasien mengatakan sering merasa haus dan mulut terasa kering. • Pasien juga mengatakan mempunyai riwayat penyakit diabetes melitus, dan juga pernah dirawat di RS ± 3 th yang lalu dengan penyakit diabetes melitus <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saat dilakukan pemeriksaan kadar glukosa darah didapatkan hasil kadar glukosa dalam darah klien tinggi yaitu 265 mg/dl 	<p>Diabetes mellitus</p> <p>Resistensi insulin</p> <p>Hiperglikemia</p> <p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)</p>

Diagnosis Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Paraf/Tanda Tangan
----	-----------------------	--------------------

1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027) berhubungan dengan resistensi insulin di buktikan dengan pasien mengatakan badannya terasa lesu, lelah, sering merasa haus dan mulut terasa kering, pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit diabetes melitus, pasien juga mengatakan pernah dirawat di RS ± 3 th yang lalu dengan penyakit diabetes melitus, pasien tampak lemas, saat dilakukan pemeriksaan kadar glukosa darah didapatkan hasil glukosa dalam darah tinggi 264 mg/dl.	Srik
---	---	------



**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN**




Nama : Ny. A
 Tanggal Lahir/Umur : 31-12-1972 / 51 th
 No RM : 039xxx
 Jenis Kelamin : Perempuan

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Tgl.	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Rencana Tindakan Keperawatan	Tanda Tangan
------	----------------------	----------------	------------------------------	--------------



29/4/2024	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027) berhubungan resistensi insulin di buktikan dengan pasien mengatakan badannya terasa lesu, lelah, sering merasa haus dan mulut terasa kering, pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit diabetes melitus, pasien juga mengatakan pernah dirawat di RS \pm 3 th yang lalu dengan penyakit diabetes melitus, pasien tampak lemas, saat dilakukan pemeriksaan kadar glukosa darah didapatkan hasil glukosa dalam darah tinggi 264 mg/dl.</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam, maka kestabilan kadar glukosa darah meningkan (L.03022) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lelah/lesu menurun 5 2. Kadar glukosa dalam darah membaik 5 3. Mulut kering menurun 5 4. Rasa haus menurun 5 	<p>Intervensi Utama Manajemen Hiperglikemia (I.03115)</p> <p>➤ Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2 Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis: penyakit kambuhan) 3 Monitor kadar glukosa darah, <i>jika perlu</i> 4 Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis: polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 5 Monitor intake dan output cairan 6 Monitor keton urin, kadar Analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi 7 Monitor latihan teknik relaksasi otot progresif 	Srik
-----------	--	---	---	------

			<p>➤ Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Berikan asupan cairan oral 2 Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk 3 Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik <p>➤ Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL 2 Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 3 Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 4 Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urin, <i>jika perlu</i> 5 Ajarkan pengelolaan diabetes (mis: penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional Kesehatan) 6 Ajarkan teknik relaksasi otot progresif <p>➤ Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Kolaborasi pemberian insulin, <i>jika perlu</i> 2 Kolaborasi pemberian cairan IV, <i>jika perlu</i> 3 Kolaborasi pemberian kalium, <i>jika perlu</i> <p>Intervensi Inovasi Terpilih: Pemberian intervensi inovasi yaitu teknik relaksasi otot progresif yang diawali dengan menjelaskan tujuan dan manfaat tindakan relaksasi otot progresif yang akan diberikan kepada pasien, menjelaskan</p>	
--	--	---	---	--

			langkah-langkah tindakan yang akan dilakukan, menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan tindakan dan penerapan teknik relaksasi otot progresif pada pasien.	
--	--	--	---	--

--	--	--	--	--



	POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR JURUSAN KEPERAWATAN	
Nama : Ny. A Tanggal Lahir/Umur : 31-12-1972 / 51 th No RM : 039xxx Jenis Kelamin : Perempuan	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	

Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
29/4/2024	08.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan pengkajian kepada pasien mengenai identitas, keluhan yang dirasakan, riwayat penyakit, pemeriksaan tanda-tanda vital, dan pemeriksaan kadar glukosa darah. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan dirinya bernama Ny.A berusia 51 tahun. Pasien mengatakan badannya terasa lesu dan lelah Pasien juga mengatakan sering merasa haus dan mulut terasa kering. Pasien mengatakan dirawat di RS ± 3 th yang lalu dengan penyakit diabetes melitus Keluarga pasien mengatakan saat sehat pola makan dan porsi makan pasien tidak teratur <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Saat dilakukan pemeriksaan kadar glukosa darah didapatkan hasil kadar glukosa darah pasien tinggi yaitu 260 mg/dl Pasien berada dalam tingkat kesadaran compos mentis Tekanan darah pasien 110/60 mmHg Nadi pasien 80x/menit Pernapasan pasien 20x/menit Suhu pasien 36,2°C Pasien dan keluarga kooperatif 	Srik

	10.15 Wita	<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan tujuan dan manfaat tindakan relaksasi otot progresif yang akan dilakukan • Menjelaskan langkah-langkah tindakan relaksasi otot progresif yang akan dilakukan • Menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan terapi • Mempersiapkan pasien sebelum dilakukan tindakan 	DS: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini • Pasien mengatakan paham dengan apa yang telah dijelaskan peneliti DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dan keluarga tampak antusias • Pasien dan keluarga kooperatif • Pasien telah siap untuk mulai mencoba melakukan relaksasi otot progresif 	Srik
	10.30 Wita	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pemberian teknik relaksasi otot progresif kepada pasien 	DS: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan bisa merasakan tubuhnya menjadi lebih relaks DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak melakukan relaksasi otot progresif pada semua gerakan 	Srik
	11.30 Wita	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah pada pasien 	DS: - DO: <ul style="list-style-type: none"> • Kadar glukosa darah pasien adalah 264 mg/dL 	Srik
	11.45 Wita	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan informasi kepada pasien mengenai tujuan kepatuhan diet dan olahraga terhadap kesehatan 	DS: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan memahami informasi yang diberikan DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dan keluarga tampak kooperatif 	Srik
	13.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan asupan cairan oral 	DS: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan dirinya telah selesai makan siang DO: <ul style="list-style-type: none"> • Tampak sudah menghabiskan makannya 	Srik
	14.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pada pasien • Kontrak waktu untuk pemberian teknik relaksasi otot progresif hari ke-2 	DS: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan selalu siap untuk melaksanakan teknik yang diberikan DO: <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah pasien 120/80 mmHg • Nadi pasien 80x/menit • Pernapasan pasien 18x/menit • Suhu pasien 36,3°C 	Srik

	16.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberian obat oral <ul style="list-style-type: none"> • Glukodex 80mg (sebelum makan) 	DS:- DO: <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien sedang minum obat 	Srik
	22.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberian insulin sansulin dengan dosis 7 IU kepada pasien 	DS:- DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien telah diberikan insulin sansulin dengan dosis 7 IU 	Srik
30/04/2024	05.45 Wita	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pada pasien 	DS: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital. DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak kooperatif TD : 110/70 mmHg N : 88 x/menit S: 36,5⁰C RR: 20 x/menit 	Srik
	06.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberian obat oral <ul style="list-style-type: none"> • Glukodex 80mg (sebelum makan) 	DS:- DO: Tampak pasien sedang minum obat	Srik
	09.30 Wita	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pada pasien 	DS: DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak kooperatif TD : 120/80 mmHg N : 90 x/menit S: 36,4⁰C RR: 20 x/menit 	Srik
	10.45 Wita	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah pada pasien 	DS: DO: <ul style="list-style-type: none"> • Kadar glukosa dalam darah pasien adalah 245 mg/dl 	Srik

	11.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> • Mengunjungi pasien untuk memberikan teknik relaksasi otot progresif sesuai dengan kontrak waktu yang telah disepakati • Melakukan penerapan teknik relaksasi otot progresif kepada pasien 	DS: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan merasakan tubuhnya menjadi lebih relaks DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak antusias • Pasien tampak melakukan relaksasi otot progresif pada semua gerakan • Pasien tampak mengingat gerakan relaksasi otot progresif yang telah diberikan seperti hari sebelumnya 	Srik
	12.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah pada pasien 	DS: DO: <ul style="list-style-type: none"> • Kadar glukosa dalam darah pasien adalah 232 mg/dl 	Srik
	13.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan asupan makanan peroral 	DS: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan dirinya telah selesai makan siang DO: <ul style="list-style-type: none"> • Tampak sudah menghabiskan makannya 	Srik
	14.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pada pasien • Kontrak waktu untuk pemberian teknik relaksasi otot progresif hari ke-3 	DS: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan selalu siap untuk melaksanakan teknik yang diberikan DO: <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah pasien 130/80 mmHg • Nadi pasien 80x/menit • Pernapasan pasien 18x/menit • Suhu pasien 36,6°C 	Srik
	16.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberian obat oral Glukodex 80mg (sebelum makan) 	DS:- DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sedang minum obat 	Srik
	22.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberian insulin sansulin dengan dosis 7 IU kepada pasien 	DS:- DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien telah diberikan insulin sansulin dengan dosis 7 IU 	Srik

01/05/2024	05.45 Wita	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pada pasien 	DS: <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital. DO: <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak kooperatif TD : 110/70 mmHg N : 88 x/menit S: 36,9 ⁰ C RR: 18 x/menit	Srik
	06.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> Pemberian obat oral <ul style="list-style-type: none"> Glukodex 80mg (sebelum makan) 	DS:- DO: <ul style="list-style-type: none"> Tampak pasien sedang minum obat 	Srik
	09.30 Wita	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pada pasien 	DS: DO: <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak kooperatif TD : 120/70 mmHg N : 90 x/menit S: 36,4 ⁰ C RR: 18 x/menit	Srik
	10.45 Wita	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah pada pasien 	DS: DO: <ul style="list-style-type: none"> Kadar glukosa dalam darah pasien adalah 208 mg/dl 	Srik
	11.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> Mengunjungi pasien untuk memberikan teknik relaksasi otot progresif sesuai dengan kontrak waktu yang telah disepakati Melakukan penerapan teknik relaksasi otot progresif kepada pasien 	DS: <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan merasakan tubuhnya menjadi lebih relaks DO: <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak antusias Pasien tampak melakukan relaksasi otot progresif pada semua gerakan Pasien tampak mengingat gerakan relaksasi otot progresif yang telah diberikan seperti dua hari sebelumnya 	Srik
	12.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah pada pasien 	DS: DO: Kadar glukosa dalam darah pasien adalah 208 mg/dl	Srik
	13.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan asupan makanan peroral 	DS: <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan dirinya telah selesai makan siang DO: <ul style="list-style-type: none"> Tampak tersisa setengah porsi makan dari pasien 	Srik

	16.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberian obat oral • Glukodex 80mg (sebelum makan) 	DS:- DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sedang minum obat 	Srik
	22.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberian insulin sansulin dengan dosis 7 IU kepada pasien 	DS:- DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien telah diberikan insulin sansulin dengan dosis 7 IU 	Srik



**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN
RAWAT INAP TERINTEGRASI**



Nama : Ny.A
 Tanggal Lahir : 31-12-1972/ 51 Tahun L/P
 No RM :

0	3	9	x	x	x
---	---	---	---	---	---

Tanggal / Jam	No. Dx	Profesi	Catatan Perkembangan (SOAP)	Nama dan Ttd
------------------	--------	---------	-----------------------------	-----------------

01/05/2024	1	Perawat	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan lesu dan lelah yang ia rasakan sudah berkurang • Pasien mengatakan tubuhnya sudah tidak selemah sebelumnya, dan rasa haus serta mulut kering yang ia rasakan sudah berkurang • Pasien mengatakan merasa lebih baik setelah melakukan gerakan terapi relaksasi otot yang diberikan oleh petugas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak kooperatif TD : 120/80 mmHg N : 89 x/menit S: 36,7⁰C RR: 22x/menit • Kadar glukosa pasien adalah 195 mg/dl • Pasien tampak lebih rileks <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian • Kestabilan kadar glukosa darah meningkat <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi manajemen hiperglikemia pada pasien secara berkelanjutan dan observasi gula darah pasien secara berkala. 	Srik
------------	---	---------	---	------

ASUHAN KEPERAWATAN
KETIDAKSTABILAN KADAR
GLUKOSA DARAH DENGAN
RELAKSASI OTOT PROGRESIF
PADA PASIEN DIABETES
MELITUS TIPE II DI RSUD BALI
MANDARA TAHUN 2024

by Abdur Rahman

Submission date: 25-Jun-2024 09:55AM (UTC+0700)

Submission ID: 2405106667

File name: Klan_Sri_Wahyuni_merged-1_UBAH.docx (3.35M)

Word count: 18994

Character count: 119112

ASUHAN KEPERAWATAN KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH DENGAN RELAKSASI OTOT PROGRESIF PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE II DI RSUD BALI MANDARA TAHUN 2024

ORIGINALITY REPORT

29% SIMILARITY INDEX	27% INTERNET SOURCES	13% PUBLICATIONS	13% STUDENT PAPERS
--------------------------------	--------------------------------	----------------------------	------------------------------

PRIMARY SOURCES

1	repository.poltekkeskupang.ac.id Internet Source	2%
2	repository.poltekkes-smg.ac.id Internet Source	2%
3	ecampus.poltekkes-medan.ac.id Internet Source	2%
4	digilib.ukh.ac.id Internet Source	1%
5	repository.unja.ac.id Internet Source	1%
6	repository.umj.ac.id Internet Source	1%
7	pustaka.poltekkes-pdg.ac.id Internet Source	1%
8	Submitted to Universitas Andalas Student Paper	1%

Handwritten signature and text:
1%
A. R. ...