

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil studi kasus

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada pasien 1 dilakukan pada hari Rabu, 14 April 2025 pukul 09.00 WITA dengan Diabetes Mellitus Tipe II dan pasien 2 pada hari Rabu, 15 April 2025 pukul 12.00 WITA dengan Diabetes Mellitus Tipe II di Ruang Interna RSUD Waikabubak dengan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi berupa status klien.

a. Biodata Klien

Tabel 4.1 Biodata Klien

NO	Identitas	Pasien 1	Pasien 2
1.	Nama	Tn. S	Ny. R
2.	Umur	50 Tahun	65 Tahun
3.	Jenis Kelamin	Laki-laki	Perempuan
4.	Agama	Kristen Protestan	Kristen Protestan
5.	Alamat	Weebangga	Bondokodi
6.	Pendidikan	SMA	SD
7.	Pekerjaan	Petani	Ibu Rumah Tangga
8.	Diagnosa Medis	Diabetes Mellitus Tipe II	Diabetes Mellitus Tipe II
9.	Tanggal Masuk	12 April 2025	14 April 2025
10.	Tanggal Pengkajian	14 April 2025 pukul 08.00 wita	15 April 2025 Pukul 09.00
11.	Nomor Register	20xxxx	24xxxx
12.	Sumber Informasi	Pasien, keluarga pasien, dan rekam medis	Pasien, keluarga pasien, dan rekam medis

b. Riwayat Kesehatan

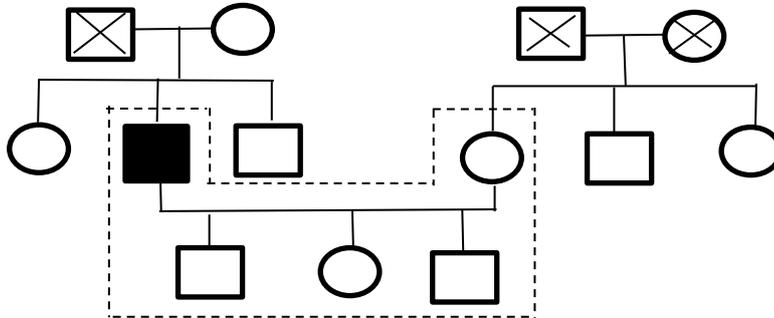
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan

No	Riwayat Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
1.	Keluhan Utama	Pasien mengatakan lelah, lemas, pusing, lemah, sering kencing, haus terus dan sering lapar	Pasien mengatakan lelah, lemah, lemas, pusing, sering kencing, haus terus dan sering lapar
2.	Riwayat Penyakit Sekarang	Pada tanggal 12 April 2025 pukul 08.00 wita, pasien merasakan lemas, lelah, pusing, sering haus, sering lapar dan kencing terus-menerus, keluarga pasien menganjurkan agar pasien istirahat, pukul 10.00 wita, pasien masih merasakan lemah, pusingnya bertambah, sehingga keluarga membawa Tn.S ke Puskesmas Tanarara pukul 10.45 wita, dan langsung dirujuk ke RSUD Waikabubak pukul 11.30 wita, Tiba di IGD pukul 12.00 wita. Hasil pemeriksaan anamnese: pasien mengeluh lemas, lelah, lemah, pusing, sering kencing dan haus terus-menerus, hasil pemeriksaan fisik : kesadaran compos mentis, pasien tampak lemah, TTV TD: 100/67mmhg, nadi: 86x/menit, RR:20x/menit, S:36,1°C, Spo2:98%, dilakukan pemeriksaan gula darah GDS 330 mg/dl, Tindakan yang didapat dari IGD pasien diinfus cairan infus Nacl 20tpm, paracetamol 500mg, Novorapid 6u/sc, levermid 10u/sc, mecobalamin 500 mcg/po. Setelah dilakukan	Pada tanggal 14 April pukul 08.00 wita pasien merasakan lemas, lelah, pusing, sering haus dan kencing terus-menerus. sehingga keluarga membawa Ny. R ke puskesmas Bondokodi pukul pukul 09.15 wita, dan langsung dirujuk ke RSUD Waikabubak pukul 11.15 wita, Tiba di UGD pukul 12.15 wita. Hasil pemeriksaan anamnese: pasien mengeluh lelah, lemas, pusing, sering haus dan sering buang air kencing terus-menerus, hasil pemeriksaan fisik: pasien tampak lemah, kesadaran compos mentis, TTV TD: 103/57 mmhg, nadi:66x/menit, suhu:36°C, Spo2:99%, dilakukan pemeriksaan gula darah 347 mg/dl. Tindakan yang didapat dari Igd pasien diinfus cairan infus RL 20tpm, paracetamol 3x500mg/po, Novorapid 12u/sc, levermir 14u/sc, setelah dilakukan observasi kemudian pada pukul 13.45 wita pasien dipindahkan ke ruang interna. Pengajian dilakukan pada selasa 15 April 2025 pukul 09.00 wita, pengkajian anamnese: pasien mengeluh Lelah,lemas, pusing, sering haus dan sering kencing terus-

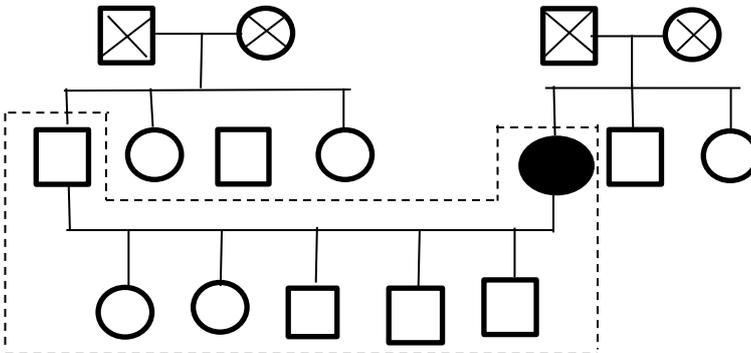
		<p>observasi kemudian pada pukul 14.35 wita, pasien dipindahkan ke Ruang Interna.</p> <p>Pengkajian dilakukan pada senin tanggal 14 april 2025 pukul 08.00 wita, Hasil pengkajian anamneses: pasien mengatakan lemas, lelah, pusing, sering haus, dan rasa kencing terus-menerus, hasil pemeriksaan fisik: pasien tampak lemah, TTV TD:116/75 mmhg, N:90x/menit, RR:20x/menit, BB:40kg, S:36°C, Spo2:99%, GDS:330 mg/dl. Pasien terpasang cairan infus Nacl 20tpm dan pasien dilayani obat ceftriaxone 2x1 ng/iv, Omeprozole 1x40mg/iv, Novorapid 3x6 u/sc, Levermir 1x10 u/sc, mecolamin 2x500 mcg, paracetamol 3x500 mg/po.</p>	<p>menerus, hasil pemeriksaan fisik: pasien tampak lemah, kesadaran compos mentis, TTV TD:115/76mmhg, N:60x/menit, S:36,1°C, RR:20x/menit Spo2:98%, GDS: 347 mg/dl dan pasien terpasang cairan infus RL 20tpm dan pasien dilayani obat Novorapid 3x12u/sc, levermir 1x14u/sc, paracetamol 500mg, ketorolac 3x30 mg, omeprazole 3x500mg, ceftriaxone 2x1gr</p>
3.	Riwayat Penyakit Dahulu	Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien menderita penyakit gula sejak tahun 2019 sampai dengan sekarang	Kelurga pasien mengatakan bahwa pasien mempunyai riwayat penyakit gula sejak 5 tahun
4.	Riwayat Penyakit Keluarga	Pasien mengatakan bahwa penyakit yang pasien derita adalah penyakit keturunan	Kelurga pasien mengatakan baru Ny.R saja yang mengalami penyakit DM
5.	Keadaan dan Kesadaran Umum	Pasien tampak lemah, Penampilan (baik cara berpakaianya, bersih), pasien tampak bersih, kesadaran composmentis, GCS 15	Pasien tampak lemah, Penampilan (baik cara berpakaianya, bersih), pasien tampak bersih, kesadaran composmentis, GCS 15

1. Genogram (Minimal 3 generasi)

Pasien 1



Pasien 2



Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Meninggal
-  : Tinggal serumah
-  : Garis perkawinan
-  : Garis keturunan
-  : Klien

c. Riwayat Keperawatan

Tabel 4.3 Riwayat Keperawatan

NO	Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
1.	Pola penatalaksanaan Kesehatan persepsi sehat	Pasien mengatakan tidak terlalu paham tentang pola hidup sehat, jarang olahraga dan ketika sakit pasien tidak pergi ke rumah sakit / puskesmas	Pasien mengatakan tidak terlalu paham tentang pola hidup sehat, jarang olahraga dan ketika sakit pasien tidak pergi ke rumah sakit / puskesmas
2.	Pola nutrisi - metabolisme	Dirumah: Pasien mengatakan dirumah makan 3x sehari, 1 porsi dihabiskan, jenis makanan yang dimakan: Nasi putih, tahu, gorengan, pisang dan sayur labu	Dirumah: Pasien mengatakan dirumah makan 3x sehari, 1 porsi dihabiskan, jenis makanan yang dimakan: Nasi putih, ikan, pepaya, gorengan dan sayur kangkung
		Dirumah Sakit: Pasien mengatakan dirumah sakit makan 3x sehari, 1 porsi dihabiskan, jenis makanan yang dimakan: Nasi merah, sayur bayam rebus, telur, tempe, tahu, dan alpukat Masalah Keperawatan: Dari data di atas tidak terdapat masalah	Dirumah Sakit: dirumah sakit makan 3x sehari, 1 porsi dihabiskan, jenis makanan yang dimakan: Nasi merah, sayur bayam rebus, telur, tempe, tahu dan pepaya Masalah Keperawatan : Dari data di atas tidak terdapat masalah
3.	Pola eliminasi di rumah dan di rumah sakit	Dirumah: BAB: Pasien mengatakan Jumlah feses cukup, warna kuning, saat rasa mau BAB pasien langsung BAB, BAB nya 1x sehari, konsistensinya lembek, saat BAB pasien lakukan secara mandiri. BAK: Jumlah urin perhari 3000 ml, warna kuning jernih, bau manis, frekuensi BAK 3-4 kali perjam, sering BAK dan dilakukan secara mandiri	Dirumah: BAB: Pasien mengatakan BAB 3x sehari, berwarna kuning, tekstur padat dan bau khas feses. BAK: Jumlah urin perhari 4000 ml, warna kuning jernih, bau manis, frekuensi 4-5 kali perjam, sering BAK, dan tidak ada keluhan saat berkemih
		Dirumah sakit: BAB: pasien mengatakan BAB 3x sehari, berwarna kuning, tekstur padat dan bau khas feses	Dirumah sakit: BAB: pasien mengatakan BAB 4x sehari, berwarna kuning, tekstur padat dan bau khas feses

NO	Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
		<p>BAK: Jumlah urin 3000 ml, frekuensi BAK 3-4 kali perjam, warna urin kuning jernih, berbau manis, BAK dilakukan tanpa menggunakan alat bantu kateter</p> <p>Masalah Keperawatan: dari data di atas terdapat masalah</p>	<p>BAK: Jumlah urin 4000 ml, frekuensi 4-5 kali perjam, warna urin kuning jernih, berbau manis, BAK dilakukan tanpa menggunakan alat bantu kateter dan tidak ada keluhan saat berkemih</p> <p>Masalah keperawatan: dari data di atas terdapat masalah</p>
4.	Pola aktivitas (di rumah dan di rumah sakit)	<p>Dirumah: Pasien mengatakan pada saat melakukan aktivitas sehari-hari di rumah tidak dibantu. Pasien melakukan secara mandiri tanpa bantuan baik makan, ke toilet, mandi dan berpakaian.</p> <p>Dirumah Sakit: Pasien mengatakan pada saat masuk rumah sakit semua aktivitas dilakukan sendiri dan dibantu keluarga</p>	<p>Dirumah: Pasien mengatakan pada saat melakukan aktivitas sehari-hari tidak di bantu oleh siapapun. Pasien melakukan secara mandiri baik makan, mandi, ke toilet dan berpakaian</p> <p>Dirumah sakit: Pasien mengatakan pada masuk rumah sakit semua aktivitas dibantu keluarga</p>
5.	Pola istirahat tidur (di rumah dan di rumah sakit)	<p>Dirumah: Pasien mengatakan saat tidur malam harinya biasa 8 jam dan istirahat siang biasanya 2 jam, pola tidur teratur (pagi dan malam)</p> <p>Dirumah sakit: Pasien mengatakan saat tidur malam harinya biasa 10 jam dan istirahat siang biasanya 3 jam, pola tidur teratur (pagi dan malam)</p> <p>Masalah Keperawatan: dari data di atas tidak terdapat masalah</p>	<p>Dirumah: Pasien mengatakan saat tidur malam harinya biasa 7 jam dan istirahat siang biasanya 3 jam, pola tidur teratur (pagi dan malam)</p> <p>Dirumah sakit: Pasien mengatakan saat tidur malam harinya biasa 9jam dan istirahat siang biasanya 4jam, pola tidur teratur (pagi dan malam)</p>
6.	Pola kognitif perseptual	Penglihatan pasien normal, kemampuan dalam berbahasa baik dan daya ingat masih baik	Penglihatan pasien tidak normal, kemampuan dalam berbahasa baik dan daya ingat menurun

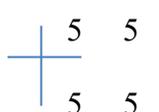
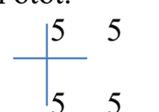
NO	Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
7.	Pola persepsi diri konsep diri	<p>Gambaran diri: Pasien menganggap tubuh masih kuat walaupun sakit, merasa masih sanggup bekerja dan beraktivitas.</p> <p>Ideal diri: Ingin tetap aktif dan produktif, tidak mau merepotkan anak, istri dan keluarga.</p> <p>Identitas diri: Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah kepala keluarga</p> <p>Persepsi terhadap lingkungan : Percaya diri mampu mengatur makan dan olahraga.</p> <p>Emosional: Awalnya tidak bisa mengontrol emosi,tapi sekarang sudah bisa mengontrol emosi, lebih tenang dan bersemangat untuk hidup sehat</p>	<p>Gambaran diri: Pasien merasa tubuhnya sudah tidak seperti dulu, merasa cepat lelah.</p> <p>Ideal diri: Ingin makan lebih bebas seperti orang lain.</p> <p>Identitas diri: Awalnya tidak terima tapi lama kelamaan pasien belajar menerima dan mulai bisa mengurus diri dengan baik.</p> <p>Persepsi terhadap lingkungan: Pasien mengatakan kadang merasa bingung mengatur makan.</p> <p>Emosional: Awalnya tidak bisa mengontrol emosi,tapi sekarang sudah bisa mengontrol emosi</p>
8.	Pola hubungan peran	<p>Dirumah: Pasien mengatakan tidak ada masalah di lingkungan sekitar serta memiliki peran dan tanggung jawab di rumah</p> <p>Dirumah Sakit: Pasien mengatakan tidak ada masalah di lingkungan sekitar hubungan dengan dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya baik-baik saja</p>	<p>Dirumah: Pasien mengatakan tidak ada masalah di lingkungan sekitar serta memiliki peran dan tanggung jawab di rumah</p> <p>Dirumah Sakit: Pasien mengatakan tidak ada masalah di lingkungan sekitar, hubungan dengan dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya baik-baik saja</p>
9.	Pola seksual reproduksi	Pasien sudah menikah, berjenis laki-laki, istri masih hidup dan mempunyai 3 orang anak, 2 orang laki-laki dan 1 orang perempuan	Pasien sudah menikah, berjenis perempuan, suami masih hidup dan mempunyai 5 orang anak, 2 orang perempuan dan 3 orang laki-laki
10.	Pola koping-toleransi stres	Pasien mengatakan apabila dirinya stress, pasien memilih untuk pergi ke kebun untuk melakukan pekerjaan sebagai petani	Pasien mengatakan apabila dirinya stress, pasien memilih untuk membereskan pekerjaan rumah dan bermain dengan cucu-cucunya
11.	Pola nilai-keyakinan	Pasien beragama kristen protestan, pasien rajin pergi ke	Pasien beragama kristen sering ke gereja bersama anak dan

NO	Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
		gereja bersama dengan istri anak	cucu-cucunya dan sering melakukan ibadah di rumah

d. Pemeriksaan fisik per sistem (inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi)

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

No	Observation	Pasien 1	Pasien 2
1.	Tanda-tanda vital: Tekanan darah Nadi <i>Respiratory rate</i> Suhu Spo2	116/75 mmhg 90x/menit 20x/menit 36°C 99%	115/76 mmhg 60x/menit 20x/menit 36,1°C 98%
2.	Sistem pernafasan	Inspeksi: Bentuk dada simetris, adanya tarikan dinding dada, tidak menggunakan alat bantu nafas dan tidak ada oedema Palpasi: tidak ada kelainan atau lesi pada kulit, tidak ada nyeri tekan. Perkusi : sonor Auskultasi : Suara nafas vesikuler	Inspeksi: Bentuk dada simetris, adanya tarikan dinding dada, tidak ada kelainan di dada, dan tidak ada oedema Palpasi: tidak ada kelainan atau lesi pada kulit, tidak ada nyeri tekan. Perkusi: Sonor Auskultasi: suara nafas vesikuler
3.	Sistem peredaran darah dan sirkulasi	Inspeksi: Bentuk dada simetris, adanya tarik dinding dada, tidak ada kelainan di dada, tidak ada oedema Palpasi: Tidak ada kelaianan pada lesi atau kulit, tidak ada nyeri tekan, frekuensi nadi 90x/menit, irama teratur, tekanan darah 116/75 mmhg, CRT <2 detik. Auskultasi: Suara jantung S1 S2 tunggal, tidak ada suara tambahan	Inspeksi: Bentuk dada simetris, adanya tarik dinding dada, tidak ada oedema dan tidak ada kelainan di dada Palpasi: tidak ada kelainan pada lesi atau kulit, tidak ada nyeri tekan, frekuensi nadi 60x/menit, irama teratur, tekanan darah 115/76mmhg, CRT <2 detik Auskultasi: Suara jantung S1 S2 tunggal, tidak ada suara tambahan
4.	Sistem Persyarafan	Pemeriksaan GCS: E4, V5, M6 Eye: Membuka mata dengan spontan, pupil reflek terhadap cahaya Verbal: Berorientasi dengan baik Motorik: Mengikuti perintah	Pemeriksaan GCS: E4, V5, M6 Eye: Membuka mata dengan spontan, pupil reflek terhadap cahaya Verbal: Berorientasi dengan baik

No	Observation	Pasien 1	Pasien 2
			Motorik: Mengikuti perintah
5.	Sistem Percernaan	Inspeksi: Tidak terlihat adanya benjolan, abdomen datar Palpasi: Tidak ada nyeri tekan tidak ada pembesaran hepar Perkusi: Timpani Auskultasi: Tidak dilakukan pemeriksaan	Inspeksi: Tidak terlihat adanya benjolan, abdomen datar, luka bekas apendiktomi Palpasi: Tidak ada nyeri tekan tidak ada pembesaran hepar Perkusi: Timpani Auskultasi: Tidak dilakukan pemeriksaan
6.	Sistem Perkemihan	Jumlah: Warna: kuning jernih Bau: bau menyengat Frekuensi: 3-4x/perjam	Jumlah: Warna: kuning jernih Bau: bau menyengat Frekuensi: 4-5/perjam
7.	Sistem Reproduksi	Pasien sudah menikah, berjenis laki-laki, istri masih hidup dan mempunyai 3 orang anak, 2 orang laki-laki dan 1 orang perempuan	Pasien sudah menikah, berjenis perempuan, suami masih hidup dan mempunyai 5 orang anak, 2 orang perempuan dan 3 orang laki-laki
8.	Sistem Endokrin	Inspeksi: Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid Palpasi: Tidak ada nyeri tekan saat menelan	Inspeksi: Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid Palpasi: Tidak ada nyeri tekan saat menelan
9.	Sistem Muskuloskeletal	Bentuk dan ukuran muskuloskeletal sama Kekuatan otot:  Keterangan: 0: tidak ada kontraksi otot sama sekali 1: Terdapat sedikit kontraksi otot namun tidak dapat menggerakkan persendian 2: Dapat digerakkan namun tidak mampu melawan gaya berat/gravitasi 3: Dapat melawan gaya gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan dari pemeriksa 4: Dapat melawan gaya berat dan melawan tahanan ringan dan sedang dari pemeriksa 5: Seluruh gerakan dapat dilakukan dengan tahanan	Bentuk dan ukuran muskuloskeletal sama Kekuatan otot:  Keterangan: 0: tidak ada kontraksi otot sama sekali 1: Terdapat sedikit kontraksi otot namun tidak dapat menggerakkan persendian 2: Dapat digerakkan namun tidak mampu melawan gaya berat/gravitasi 3: Dapat melawan gaya gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan dari pemeriksa 4: Dapat melawan gaya berat dan melawan tahanan ringan dan sedang dari pemeriksa 5: Seluruh gerakan dapat

No	Observation	Pasien 1	Pasien 2
		maksimal/normal ROM pasif/gerakan atau aktivitas dibantu keluarga	dilakukan dengan tahanan maksimal/normal ROM pasif/gerakan atau aktivitas dibantu keluarga
10.	Sistem Integumen Kulit Turgor kulit Kelembapan Oedema Kelainan	Warna kulit gelap Elastis Mukosa kulit lembab Tidak ada oedema pada tubuh pasien Tidak ada kelainan pada tubuh pasien	Warna kulit sawo matang Elastis Mukosa kulit lembab Tidak ada oedema pada tubuh pasien Tidak ada kelainan pada tubuh pasien
11.	Sistem panca indra		
	Mata		
	Jumlah	2 Bola mata	2 Bola mata
	Bentuk	Simetris	Simetris
	Posisi	Sejajar	Sejajar
	Pupil	Isokor	Isokor
	Konjungtiva		
	Sklera		
	Kotoran	Tidak terdapat kotoran pada mata	Tidak terdapat kotoran pada mata
	Penglihatan	Tidak menggunakan kacamata	Tidak menggunakan kacamata
	Telinga		
	Bentuk	Simetris	Simetris
	Ukuran	Normal	Normal
	Kebersihan	Telinga tampak bersih dan tidak ada serumen	Telinga tampak bersih dan tidak ada serumen
	Pendengaran	Pasien masih bisa mendengar dengan baik	Pasien masih bisa mendengar dengan baik
	Penggunaan alat bantu	Tidak menggunakan alat bantu	Tidak menggunakan alat bantu
	Lidah dan mulut		
	Bentuk	Simetris	Simetris
	Kemampuan merasa	Pasien mampu membedakan rasa pahit, manis, asam dan asin	Pasien mampu membedakan rasa pahit, manis, asam dan asin
	Kebersihan mulut	Mulut pasien tampak bersih	Mulut pasien tampak bersih
	Kelainan	Tidak ada kelainan pada mulut	Tidak ada kelainan pada mulut
	Peraba	Pasien masih refleks terhadap stimulus tumpul, tajam, dingin,	Pasien masih refleks terhadap stimulus tumpul, tajam,

No	Observation	Pasien 1	Pasien 2
		panas dan tampak menarik tangan/ menghindar dari stimulus tersebut	dingin, panas dan tampak menarik tangan/ menghindar dari stimulus tersebut
	Hidung		
	Bentuk	Simetris, tidak ada penggunaan otot bantu nafas	Simetris, tidak ada penggunaan otot bantu nafas
	Kotoran	Hidung pasien tampak bersih dan tidak ada kotoran	Hidung pasien tampak bersih dan tidak ada kotoran
	Kelainan	Tidak ada kelainan pada hidung pasien	Tidak ada kelainan pada hidung pasien

- e. Pemeriksaan penunjang
1) Pemeriksaan laboratorium

Tabel 4.5 Pemeriksaan Laboratorium

Pasien 1 (Tanggal 12 April 2025)

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Keterangan
KIMIA KLINIK				
Gula darah sewaktu (GDS)	330	Mg/dl	70-200	
Ureum	25.3	Mg/dl	20-40	
Creatinin	0.58	mg/dl	0,5-1,5	
HEMATOLOGI				
Darah Lengkap (DL)				
Hemoglobine (Hb)	13.9	g/dl	13,0-16,0	
Hematokrit (HCT)	40.8	%	45-55	
Jumlah Eritrosit (RBC)	4.95	10 ⁶ /ul	4,5-5,5	
Jumlah Leukosit (WBC)	11.4	10 ³ /ul	4,0-10,0	
Jumlah Trombosit	209	10 ³ /ul	150-400	
Indeks Eritrosit				
MCV	82.4	fl	76-90	
MCH	28.1	pg	27-31	
MCHC	34.1	g/dl	32-36	
RDWcv	13.6	%	11-16	
RDWsd	65.6	fl	39-46 Cut Off Covid-19	
Absolute Lymphocyte Count (ALC)	3.300		< 1.500	
Neutrophil-Lymphocyte Ratio (NLR)	2.33		> 3,13	

Pasien 2 (Tanggal 14 April 2025)

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Keterangan
KIMIA KLINIK				
Gula darah sewaktu (GDS)	347	Mg/dl	70-200	
HbsAg (RDT)	-/negatif		negative	
Anti-HIV	Non-reaktif		Non-reaktif	
HEMATOLOGI				
Darah Lengkap (DL)				
Hemoglobine (Hb)	11.3	g/dl	12,0-14,0	
Hematokrit (HCT)	34.3	%	40-50	
Jumlah Eritrosit (RBC)	4.30	10 ⁶ /ul	4,0-5,0	
Jumlah Leukosit (WBC)	12.2	10 ³ /ul	4,0-10,0	
Jumlah Trombosit	280	10 ³ /ul	150-400	
Indeks Eritrosit				
MCV	79.4	fl	76-90	
MCH	26.4	pg	27-31	
MCHC	33.2	g/dl	32-36	
RDWcv	12.8	%	11-16	
RDWsd	59.3	fl	39-46 Cut Off Covid-19	
Absolute Lymphocyte Count (ALC)	1.600		<1.500	
Neutrophil-Lymphocyte Ratio (NLR)	6.25		> 3,13	
Clotting Time (CT)	08.'00"	menit	6,0-12,0	
Bleeding Time (BT)	01.'30"	menit	1,0-3,0	

f. Terapi Medis

Tabel 4.6 Terapi Medis

Pasien 1				Pasien 2			
Nama obat	Dosis	Rute	Fungsi obat	Nama obat	Dosis	Rute	Fungsi obat
IVFD Nacl	20 Tpm	IV	Mengembalikan keseimbangan eletrolit pada dehidrasi	IVFD RL	20 tpm	IV	Menggantikan cairan tubuh yang hilang saat mengalami luka, cedera, atau menjalani operasi yang menyebabkan kehilangan darah dengan cepat dalam jumlah yang banyak
Ceftriaxone	2x1 gram	IV	Mengatasi infeksi bakteri	Ceftriaxone	2x1 gr	IV	Mengatasi infeksi bakteri
Omeprozole	1x40 gram	IV	Mengobati nyeri ulu hati, tukak lambung, penyakit refluks, atau kondisi lain yang menyebabkan asam lambung berlebih	Metronidazole	3x500 mg	IV	Mengobati infeksi bakteri di berbagai organ tubuh, termasuk di saluran kemih, hingga kelamin
Novorapid	3x6 u/sc	IV	Mengobati orang yang menderita diabetes	Omeprozole	2x40 mg	IV	Mengobati nyeri ulu hati, tukak lambung, penyakit refluks, atau kondisi lain yang menyebabkan asam lambung berlebih
Levemir	1x10u/sc	IV	Untuk mengendalikan gula darah tinggi	Novorapid	3x12 u/sc	IV	Mengobati orang yang menderita diabetes

Mecobalamin	2x500 mcg	PO	Mengobati neuropati perifer (saraf tepi) dan anemia megaloblastic yang disebabkan oleh defisiensi vitamin B12	Levemir	1x14 u/sc	IV	Untuk mengendalikan gula darah tinggi
Paracetamol	3x500 mg	PO	Untuk meredakan demam dan nyeri	Ketorolac	3x30 mg	IV	Menghambat produksi senyawa kimia yang bisa menyebabkan peradangan dan nyeri
				Paracetamol	3x500 mg	PO	Untuk meredakan demam dan nyeri

g. Pengelompokan Data

Tabel 4.7 Pengelompokan Data

Pasien 1	Pasien 2
<p>Data subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sering kencing 2. Pasien mengatakan merasa haus terus 3. Pasien mengatakan merasa lelah 4. Pasien mengatakan pusing 5. Pasien mengeluh lemas 6. Pasien mengatakan sering lapar <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemah 2. Bibir tampak pucat 3. GDS 330 mg/dl 4. TTV <p>TD : 116/75 mmhg</p> <p>N : 90x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>S : 36°C</p> <p>SPO2 : 99%</p> <p>BB: 40kg</p> <p>TB: 155cm</p>	<p>Data subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh lemas 2. Pasien mengatakan merasa haus terus 3. Pasien mengatakan sering kencing 4. Pasien mengatakan merasa lelah 5. Pasien mengatakan pusing 6. Pasien mengatakan sering lapar <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemah 2. Bibir tampak kering 3. GDS 347 mg/dl 4. TTV <p>TD : 115/76 mmhg</p> <p>N : 60x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>S : 36,1°C</p> <p>SPO2 : 98%</p> <p>BB: 43kg</p> <p>TB: 153cm</p>

h. Analisa Data

Tabel 4.8 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
Pasien 1			
1	<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sering kencing 2. Pasien mengatakan merasa haus terus 3. Pasien mengatakan merasa lelah 4. Pasien mengatakan lemas 5. Pasien mengatakan pusing 6. Pasien mengatakan sering lapar <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemah 2. Bibir tampak pucat 3. GDS 330 mg/dl 4. TTV <p>TD : 116/75 mmhg</p> <p>N : 90x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>S : 36°c</p> <p>SPO2 : 98%</p> <p>BB: 40kg</p> <p>TB: 155cm</p>	Resistensi Insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa darah

Pasien 2			
1	<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan lemas dan lelah 2. Pasien mengatakan merasa haus terus 3. Pasien mengatakan sering kencing 4. Pasien mengatakan pusing 5. Pasien mengatakan merasa lelah 6. Pasien mengatakan sering lapar <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemah 2. Bibir tampak kering 3. GDS 347 mg/dl 4. TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD : 115/76 mmhg N : 60x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36,1°C Spo2 : 99% BB: 43kg TB: 153cm 	Resistensi Insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa darah

5. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Pasien 1	Diagnosa Pasien 2
1.	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Resistensi insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Resistensi insulin

6. Intervensi keperawatan

Tabel 4.10 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi																								
1	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Resistensi insulin (D.0027) Definisi Variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal Penyebab <i>hiperglikemia</i> a. Difusi pankreas b. Resistensi insulin c. Gangguan toleransi glukosa darah d. Gangguan glukosa darah puasa <i>Hipoglikemia</i> a. Penggunaan insulin atau obat glikemia oral b. Hiperinsulinemia (mis.insulinoma) c. Endokrinopati (mis.kerusakan adrenal atau pituitari) d. Disfungsi hati e. Disfungsi ginjal kronis f. Efek agen farmakologis g. Tindakan pembedahan neoplasma h. Gangguan metabolik bawaan (mis.gangguan penyimpanan lisosomal,galaktosemia,gangguan penyimpanan glikogen)	Luaran utama: Kestabilan kadar glukosa darah (L.03022) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama tindakan selama 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah dengan Kriteria hasil:	Manajemen Hiperglikemia (1.03115) Observasi 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor kadar glukosa darah, Jika perlu 3. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 4. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 5. Berikan asupan cairan oral Edukasi 6. Anjarkan edukasi diet untuk mempertahankan kadar glukosa darah Kolaborasi 7. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk																								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hasil</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kesadaran</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	Kesadaran	1	2	3	4	5												
		Hasil		Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat																			
		Kesadaran		1	2	3	4	5																			
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hasil</th> <th>Meningkat</th> <th>Cukup meningkat</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup menurun</th> <th>Menurun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pusing</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Lelah /lesu</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Rasa haus</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		Hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun	Pusing	1	2	3	4	5	Lelah /lesu	1	2	3	4	5	Rasa haus	1	2	3	4	5
		Hasil		Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun																			
		Pusing		1	2	3	4	5																			
		Lelah /lesu		1	2	3	4	5																			
		Rasa haus		1	2	3	4	5																			
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hasil</th> <th>Memburuk</th> <th>Cukup memburuk</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup membaik</th> <th>membaik</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kadar glukosa dalam darah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		Hasil	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	membaik	Kadar glukosa dalam darah	1	2	3	4	5												
Hasil	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	membaik																						
Kadar glukosa dalam darah	1	2	3	4	5																						

<p>Batas karakteristik Gejala dan tanda mayor Subjektif : <i>Hipoglikemia</i> a. Mengantuk b. Pusing <i>Hiperglikemia</i> a. Lelah atau lesu Objektif: <i>Hipoglikemia</i> a. Gangguan koordinasi b. Kadar glukosa darah dalam darah /urin rendah <i>Hiperglikemia</i> a. kadar glukosa dalam darah/urin tinggi Gejala dan tanda minor Subjektif <i>Hipoglikemia</i> a. Palpitasi b. Mengeluh lapar <i>Hiperglikemia</i> a. Mulut kering b. Haus meningkat Objektif <i>Hipoglikemia</i> a. Gemetar b. Kesadaran menurun c. Perilaku aneh d. Sulit bicara e. Berkeringat <i>Hiperglikemia</i> a. Jumlah urin meningkat</p>		<p>menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan. 8. Kolaborasi pemberian insulin, Jika perlu 9. Kolaborasi pemberian cairan IV, Jika perlu</p>
--	--	--

7. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.11 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan	Diagnosis	jam	Tindakan	Respon
Pasien 1				
Hari ke-1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Tanggal 12 April 2025		
		Pukul 08.15	Observasi 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia	Tn.S mengatakan sering mengonsumsi makanan/minuman yang mengandung gula tinggi (sering mengonsumsi teh 4x sehari)
		Pukul 09.15	2. Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu	GDS 330 mg/dl
		Pukul 10.25	3. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia	Pasien mengeluh sering haus, sering bak, sering lemas dan lelah
		Pukul 10.45	4. Memonitor intake dan output cairan	Intake: Air putih 2000ml perhari Output : Urin 3000ml
		Pukul 11.15	5. Memonitor TTV	Tekanan darah : 116/75 mmhg RR : 20x/menit Nadi: 90x/menit Suhu:36°C Spo2 : 99%
		Pukul 11.25	Terapeutik 6. Memberikan asupan cairan oral	Air putih 8gelas/hari atau 2000cc/hari
		Pukul 11.45	Edukasi 7. Mengajarkan edukasi diet untuk mempertahankan kadar glukosa darah 1. Pengertian Diabetes Mellitus Tipe II	Respon klien Pasien paham apa yang di jelaskan: 1. Pasien paham tentang apa itu diabetes mellitus

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Gejala terkena diabetes mellitus tipe II 3. Faktor resiko diabetes mellitus tipe II 4. Penatalaksanaan 5. Edukasi diet <ul style="list-style-type: none"> - Prinsip diet sehat - Pola makan teratur 6. Makanan yang harus di hindari 	<p>tipe ii</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien paham tentang gejala diabetes mellitus tipe ii 3. Pasien paham tentang faktor resiko diabetes mellitus tipe ii 4. Pasien paham tentang penatalaksanaan yang dilakukan 5. Pasien paham tentang prinsip diet sehat dan pola makan teratur 6. Pasien paham tentang makanan apa saja yang harus dihindari
	Pukul 13.15	<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan. <ul style="list-style-type: none"> • Nasi merah • Telur putih rebus • Bayam rebus • Alpukat 	Pasien merasa lebih baik setelah makan dengan menu yang diberikan
	Pukul 13.35	<ol style="list-style-type: none"> 9. Mengkolaborasi pemberian insulin, jika perlu 	Novorapid 3x6 u/sc Levermid 1x10 u/sc
	Pukul 14.15	<ol style="list-style-type: none"> 10. Mengkolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu 	IVFD Nacl 20tpm

Pelaksanaan	Diagnosa	jam	Tindakan	Respon
Pasien 1				
Hari ke-2	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Tanggal 13 April 2025		
		Pukul 08.15	Observasi 1. Memonitor TTV	Tekanan darah : 100/85 mmhg RR : 20x/menit Nadi: 85x/menit Suhu:36,2°c SpO2 : 99%
		Pukul 09.15	2. Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu	GDS 321 mg/dl
		Pukul 10.25	3. Memonitor intake dan output cairan	Intake: Air putih 2000ml perhari Output : Urin 2900ml
		Pukul 10.45	Terapeutik 4. Memberikan asupan cairan oral	Air putih 8gelas/hari atau 2000cc/hari
		Pukul 11.15	Edukasi 5. Mengajarkan edukasi diet untuk mempertahankan kadar glukosa darah • Edukasi diet - Prinsip diet sehat - Pola makan teratur	Pasien mengatakan dia akan mengurangi makan-/minuman makanan yang mengandung gula
		Pukul 11.45	Kolaborasi 6. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan.	Pasien merasa lebih baik setelah makan dengan menu yang diberikan

			<ul style="list-style-type: none"> • Nasi merah • telur • Tahu • Bayam rebus • Pepaya 	
		Pukul 13.35	7. Mengkolaborasi pemberian insulin, jika perlu	Novorapid 3x6 u/sc Levermid 1x10 u/sc
		Pukul 14.15	8. Mengkolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu	IVFD Nacl 20tpm

Pasien 1				
Hari ke-3	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Tanggal 14 April 2025		
		Pukul 09.35	Observasi 1. Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu	GDS 134 mg/dl
		Pukul 09.45	2. Memonitor TTV	Tekanan darah : 120/85 mmhg RR : 20x/menit Nadi: 80x/menit Suhu:36,1°C SpO2 : 99%
		Pukul 10.25	3. Memonitor intake dan output cairan	Intake: Air putih 2000ml perhari Output : Urin 2700ml
		Pukul 10.45	Terapeutik 4. Memberikan asupan cairan oral	Air putih 8gelas/hari atau 2000cc/hari

Pukul 11.15	Edukasi 5. Mengajarkan edukasi diet untuk mempertahankan kadar glukosa darah <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi diet <ul style="list-style-type: none"> - Prinsip diet sehat - Pola makan teratur 	Pasien mengatakan sudah paham pentingnya menjaga pola makan. Pasien juga menyampaikan bahwa saat ini ia sudah makan lebih teratur dan mulai mengurangi konsumsi makanan manis.
Pukul 12.45	Kolaborasi 6. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan. <ul style="list-style-type: none"> • Nasi merah • Tahu • Telur • Bayam rebus • Semangka 	Pasien merasa lebih baik setelah makan dengan menu yang diberikan
Pukul 13.35	7. Mengkolaborasi pemberian insulin, jika perlu	Novorapid 3x6 u/sc Levermid 1x10 u/sc
Pukul 14.15	8. Mengkolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu	IVFD Nacl 20tpm

Pelaksanaan	Diagnosis	jam	Tindakan	Respon
Pasien 2				
Hari ke-1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Tanggal 14 April 2025		
		Pukul 08.15	Observasi 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia	Tn.R mengomsumsi makanan dan minuman secara berlebihan
		Pukul 09.15	2. Memonitor TTV	Tekanan darah :115/76 mmhg RR : 20x/menit Nadi: 80x/menit Suhu:36,1°C Spo2 : 99%
		Pukul 09.35	3. Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu	GDS 347 mg/dl
		Pukul 10.25	4. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia	Pasien mengeluh sering haus, sering bak, sering lemas.
		Pukul 10.45	5. Memonitor intake dan output cairan	Intake: air putih 2000 ml Output : urin 4000 ml
			Terapeutik	
		Pukul 11.15	6. Memberikan asupan cairan oral	Air putih 8gelas/hari atau 2000cc/hari
		Pukul 11.45	Edukasi 7. Mengajarkan edukasi diet untuk mempertahankan kadar glukosa darah 1. Apa itu Diabetes Mellitus Tipe II? 2. Apa saja gejala terkena diabetes mellitus tipe II?	Respon klien Pasien paham apa yang di jelaskan: 1. Pasien paham tentang apa itu diabetes mellitus tipe ii 2. Pasien paham tentang gejala diabetes mellitus tipe

			<ol style="list-style-type: none"> 3. Apa saja faktor resiko diabetes mellitus tipe II? 4. Penatalaksanaan apa saja yang dapat dilakukan? 5. Edukasi diet <ul style="list-style-type: none"> - Prinsip diet sehat - Pola makan teratur 6. Makanan apa saja yang harus di hindari? 	<p>ii</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pasien paham tentang faktor resiko diabetes mellitus tipe ii 4. Pasien paham tentang penatalaksanaan yang dilakukan 5. Pasien paham tentang prinsip diet sehat dan pola makan teratur 6. Pasien paham tentang makanan apa saja yang harus dihindari
		Pukul 13.15	<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan. <ul style="list-style-type: none"> • Nasi merah • Tempe • Telur • Bayam rebus • Alpukat 	Pasien merasa lebih baik setelah makan dengan menu yang diberikan
		Pukul 13.45	<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Mengkolaborasi pemberian insulin, jika perlu 	Novorapid 3x12 u/sc Levermid 1x14 u/sc
		Pukul 14.15	<ol style="list-style-type: none"> 10. Mengkolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu 	IVFD RL 20tpm

Pelaksanaan	Diagnosis	jam	Tindakan	Respon
Pasien 2				
Hari ke-2	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Tanggal 15 April 2025		
		Pukul 08.15	Observasi 1. Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu	GDS 235 mg/dl
		Pukul 08.35	2. Memonitor TTV	Tekanan darah :118/86 mmhg RR : 20x/menit Nadi: 83x/menit Suhu:36°C Spo2 : 99%
		Pukul 09.15	3. Memonitor intake dan output cairan	Intake: air putih 2000 ml Output : urin 3500 ml
		Pukul 10.25	Terapeutik 4. Memberikan asupan cairan oral	Air putih 8gelas/hari atau 2000cc/hari
		Pukul 10.35	Edukasi 5. Mengajarkan edukasi diet untuk mempertahankan kadar glukosa darah • Edukasi diet - Prinsip diet sehat - Pola makan teratur	Pasien mengatakan dia akan mengatur pola makannya dan tidak salah pilih makanan lagi
		Pukul 10.45	Kolaborasi 6. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan. • Nasi merah • Tahu • Telur	Pasien merasa lebih baik setelah makan dengan menu yang diberikan

		<ul style="list-style-type: none"> • Bayam rebus • Pepaya 	
	Pukul 13.45	7. Mengkolaborasi pemberian insulin, jika perlu	Novorapid 3x12 u/sc Levermid 1x14 u/sc
	Pukul 14.15	8. Mengkolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu	IVFD RL 20tpm

Pelaksanaan	Diagnosis	jam	Tindakan	Respon
Pasien 2				
Hari ke-3	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Tanggal 16 April 2025		
		Pukul 08.15	Observasi 1. Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu	GDS 135 mg/dl
		Pukul 08.45	2. Memonitor TTV	Tekanan darah :120/76 mmhg RR : 20x/menit Nadi: 82x/menit Suhu:36,3°c Spo2 : 99%
		Pukul 09.15	3. Memonitor intake dan output cairan	Intake: air putih 2000 ml Output : urin 3300 ml
		Pukul 10.25	Terapeutik 4. Memberikan asupan cairan oral	Air putih 8gelas/hari atau 2000cc/hari

Pukul 10.45	Edukasi 5. Mengajarkan edukasi diet untuk mempertahankan kadar glukosa darah <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi diet <ul style="list-style-type: none"> - Prinsip diet sehat - Pola makan teratur 	pasien mengatakan dia sudah menerapkan pola makan yang teratur dan menghindari makanan serta minuman yang mengandung gula
Pukul 11.15	Kolaborasi 6. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan. <ul style="list-style-type: none"> • Nasi merah • Telur • Bayam rebus • Alpukat 	Pasien merasa lebih baik setelah makan dengan menu yang diberikan
Pukul 11.35	7. Mengkolaborasi pemberian insulin, jika perlu	Novorapid 3x12 u/sc Levermid 1x14 u/sc
Pukul 12.45	8. Mengkolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu	IVFD RL 20tpm

8. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.12 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa	Jam	Hari ke-1	Jam	Hari ke-2	Jam	Hari ke-3
Pasien 1						
	14.45 wita	<p>S: Pasien mengatakan masih mengonsumsi makanan/minuman yang mengandung gula tinggi</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Bibir tampak pucat - GDS 330 mg/dl - TTV <p>TD : 116/75 mmhg N :90x/menit RR :20x/menit S :36°c SPO2 :98% BB: 40kg TB: 155 cm</p> <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	14.45 wita	<p>S: Pasien mengatakan sudah berkurang mengonsumsi makanan/minuman yang mengandung gula tinggi.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak membaik - Bibir pasien tampak tidak terlalu pucat - GDS 321 mg/dl - TTV <p>TD: 100/85 mmhg RR: 20x/menit N: 85x/menit S:36,2°c Spo2: 99% BB: 40kg TB: 155 cm</p> <p>A:Masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	14.45 wita	<p>S: pasien mengatakan sudah tidak lagi mengonsumsi makanan/minuman yang mengandung gula tinggi.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sudah membaik - Bibir pasien sudah tidak pucat lagi - GDS 134 mg/dl - TTV <p>TD: 120/85 mmhg RR: 20x/menit N: 80x/menit S: 36,1°c Spo2: 99% BB: 40kg TB: 155 cm</p> <p>A: Masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>

Diagnosa	Jam	Hari ke-1	Jam	Hari ke-2	Jam	Hari ke-3
Pasien 2						
	Pukul 14.45	<p>S: pasien mengatakan masih mengonsumsi makanan/minuman yang mengandung gula tinggi.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Bibir tampak kering - GDS 347 mg/dl - TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD : 115/76 mmhg N : 60x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36,1°c Spo2 : 99% TB :153 cm BB: 43 kg <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	Pukul 14.45	<p>S: pasien mengatakan sudah berkurang mengonsumsi makanan/minuman yang mengandung gula tinggi.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak membaik - Bibir pasien tampak lembab - GDS 235 mg/dl - TTV <ul style="list-style-type: none"> TD :118/86 mmhg RR : 20x/menit Nadi: 83x/menit Suhu:36°c Spo2 : 99% TB :153 cm BB: 43 kg <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	Pukul 14.45	<p>S: pasien mengatakan sudah tidak lagi mengonsumsi makanan/minuman yang mengandung gula tinggi.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sudah membaik - Bibir pasien tampak - GDS 135 mg/dl - TTV <ul style="list-style-type: none"> TD :120/76 mmhg RR : 20x/menit Nadi: 82x/menit Suhu:36,3°c Spo2 : 99% TB :153 cm BB: 43 kg <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>

B. Pembahasan

Pembahasan merupakan proses analisa teori dan aplikasi proses keperawatan secara nyata, pada bab ini menguraikan masalah yang ada antara tinjauan teori, tinjauan kasus dan solusi yang diambil untuk mengatasi masalah yang terjadi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 di Ruang Interna RSUD Waikabubak. Dalam pembahasan ini meliputi proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Menurut (Ainul Farikhah & Ahmad Kholid, 2024) Diabetes tipe II adalah kondisi medis yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa (gula) dalam darah, karena tubuh tidak dapat menggunakan insulin secara efektif (resistensi insulin) dan/atau produksi insulin oleh pankreas. Menurut (Muthmainnah et al., 2022) manifestasi klinis / tanda dan gejala pada pasien DM adalah sebagai berikut : gejala umum: polidipsia: rasa haus yang berlebihan, polifagia: rasa lapar yang berlebihan, poliuria: sering buang air kecil, terutama pada malam hari, penurunan berat badan: penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan, kelelahan: rasa lelah yang berlebihan tanpa sebab yang jelas, gejala akut: pusing : dapat terjadi akibat fluktuasi kadar gula darah, ra sa lemah atau lesu: kelemahan umum yang dapat mengganggu aktivitas sehari-hari.

Pada pasien 1 data yang dapat sebagai berikut pasien mengeluh sering kencing, haus terus, sering lapar, merasa lelah, lemas, pasien tampak lemah, pasien tampak pucat, bibir pasien tampak pucat, hasil pengkajian fisik tanda-tanda vital yaitu TD: 100/67 mmhg, N:86x/menit, RR:20x/menit, S:36,1°C, SPO2: 98%, GDS: 330 mg/dl. Pasien 2 data yang ditemukan adalah pasien mengeluh lemas, haus terus, sering kencing, sering lapar, lelah, pasien tampak lemah, bibir tampak pucat, hasil pengkajian tanda-tanda vital yaitu TD:103/57 mmhg, N: 66x/menit, RR: 20x/menit, S: 36°C, SPO2: 99%, GDS: 347 mg/dl.

Kesimpulan yaitu, ada kesesuaian antara teori dan kasus pada pasien 1 dan pasien 2 yakni: sering kencing, sering haus, sering lapar, lelah, lemas, lemah.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut PPNI 2018 dalam SDKI salah satu diagnosa keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus Tipe II adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah, perfusi perifer tidak efektif dan defisit nutrisi.

sesuai dengan data yang dikumpulkan pada kedua pasien dan setelah dianalisis sesuai dengan karakteristik yang ditemukan, penulis menyimpulkan bahwa diagnosa keperawatan yang dapat ditetapkan adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.

Berdasarkan uraian diatas penulis menyimpulkan bahwa kesimpulan yaitu, ada kesesuaian antara teori dan kasus pada pasien 1 dan 2 mengalami masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.

3. Intervensi Keperawatan

Menurut SIKI (2018) rencana asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 dengan diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah, maka penulis melakukan Perencanaan yang dilakukan adalah Observasi: 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemi, 2).Monitor kadar glukosa darah,jika perlu, 3).Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria, polifagia, polidipsia, kelemahan, pandangan kabur, sakit kepala), 4) Monitor intake dan output cairan, 5) Monitor TTV, Terapeutik: 1) Berikan asupan cairan oral, Edukasi: 1) Mengajarkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl, 2) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, Kolaborasi: 1) Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu, 2) Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu.

Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2 dengan masalah hipertensi adalah Observasi: 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemi, 2).Monitor kadar glukosa darah,jika perlu, 3).Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria, polifagia, polidipsia, kelemahan, pandangan kabur, sakit kepala), 4).Monitor intake dan output cairan, Terapeutik: 1).Berikan asupan cairan oral, Edukasi: 1).Menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl, 2).Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, Kolaborasi: 1).Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu, 2).Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu.

Berdasarkan uraian diatas penulis menyimpulkan bahwa kesimpulan yaitu, ada kesesuaian antara teori dan kasus pada pasien 1 dan 2 mengalami masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.

4. Implementasi Keperawatan

Menurut PPNI 2018 dalam SIKI tindakan yang dilakukan pada pasien 1 dan 2 adalah Observasi: 1) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemi, 2).Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu, 3) Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria, polifagia, polidipsia, kelemahan, pandangan kabur, sakit kepala), 4).Memonitor intake dan output cairan, 5). Memonitor TTV, Terapeutik: 1) Memberikan asupan cairan oral, Edukasi: 1). Menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl, 2). Mengajarkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, Kolaborasi: 1). Mengkolaborasi pemberian insulin, jika perlu, 2). Mengkolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu.

Implementasi keperawatan yang pada pasien 1 dan pasien 2 yang dilakukan selama 3 hari perawatan dari tanggal 14 - 17 April 2025 sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan meliputi: Observasi: 1) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemi, 2).Memonitor kadar glukosa darah,jika perlu, 3).Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria, polifagia, polidipsia, kelemahan, pandangan

kabur, sakit kepala), 4).Memonitor intake dan output cairan, 5). Memonitor TTV, Terapeutik: 1). Memberikan asupan cairan oral, Edukasi: 1).Menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl, 2). Menganjarkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, Kolaborasi: 1). Mengkolaborasi pemberian insulin, jika perlu, 2). Mengkolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu.

Berdasarkan uraian diatas penulis menyimpulkan bahwa kesimpulan yaitu, ada kesesuaian antara teori dan kasus pada pasien 1 dan 2 mengalami masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sahwa & Supriyanti, 2023) dengan judul Penerapan Diet 3J untuk Mengatasi Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah, yang dilakukan di Puskesmas Sudiang Raya, Kota Makassar, pada bulan Oktober 2023. Penelitian ini melibatkan 2 pasien dan menunjukkan bahwa edukasi diet berhasil dalam mempertahankan kadar glukosa darah.

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Nursalam dalam buku Proses & Dokumentasi Keperawatan Konsep & praktik / Nursalam Jakarta : Salemba Medika, 2021) Fokus pada evaluasi adalah aktivitas dari proses keperawatan dan kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi harus dilaksanakan segera setelah perencanaan implementasi keperawatan dilaksanakan hingga tujuan yang ditentukan tercapai.

1. *Klien telah mencapai hasil yang ditentukan dalam tujuan* (tujuan tercapai)
2. *Klien masih dalam proses mencapai hasil yang ditentukan.* (tujuan tercapai Sebagian)
3. *Klien tidak dapat mencapai hasil yang telah ditentukan.* (tujuan tidak tercapai)

Hasil dari evaluasi selama 3 hari pada pasien Diabetes Mellitus Tipe II yaitu :

Pasien 1 : Dimulai pada tanggal 14 -16 April 2025

Diagnosa : Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

Evaluasi : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam mulai pada tanggal 14 April- 16 April 2025 pada pasien, maka penulis menyimpulkan tujuan tercapai.

Pasien 2 : Dimulai pada tanggal 15 - 17 April 2025

Diagnosa : Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

Evaluasi : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam mulai pada tanggal 15 April – 17 April 2025 pada pasien, maka penulis menyimpulkan tujuan tercapai.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh para ahli seperti (Sheffer-Hilel et al., 2024), yang menyatakan bahwa edukasi diet berperan penting dalam pengelolaan diabetes mellitus tipe 2. Penelitian mereka membuktikan bahwa edukasi diet dapat memperbaiki pola makan, serta meningkatkan kualitas hidup pasien diabetes.

C. Keterbatasan

Pada karya tugas akhir ini tidak luput dari keterbatasan. Keterbatasan dalam penelitian yaitu kurangnya waktu penelitian sehingga dalam mengimplementasikan intervensi khususnya memberikan edukasi diet membutuhkan waktu yang lebih banyak untuk mendapatkan hasil yang lebih optimal.

Diharapkan pasien mampu menerapkan edukasi yang telah diberikan secara mandiri di rumah, sehingga dapat memperoleh hasil yang baik.