

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Temuan studi tentang asuhan keperawatan diabetes melitus di Bangsal Kapernaum Rumah Sakit Kristen Lindimara, Waingapu, akan dibahas dalam bab ini. Berikut ini adalah temuan studi tersebut.

4.1 Gambaran Lokasi

Di wilayah Waingapu, Rumah Sakit Kristen Lindimara merupakan fasilitas kesehatan umum yang terletak di Jl. Prof. Dr. W. Z. Yohanes No. 6. Pusat kesehatan dan klinik yang kemudian dikembangkan menjadi Rumah Sakit Kristen Lindimara beroperasi di bawah lisensi yang sama. Prinsip dasar pemberian layanan Rumah Sakit Kristen Lindimara adalah bahwa perawatan medis yang berkualitas tidak perlu terlalu mahal, dan jika memungkinkan, harus mudah diakses. "Kita harus maju bersama mereka yang kurang beruntung" adalah filosofi dasar kedua. Oleh karena itu, Rumah Sakit Kristen Lindimara harus mampu menggerakkan dirinya sendiri dan seluruh anggotanya menuju masa depan yang lebih cerah.

Berawal dari Dinas Kesehatan Misionaris Belanda, Rumah Sakit Kristen Lindimara didirikan pada tahun 1904. Saat ini, Rumah Sakit Kristen Lindimara berada di bawah tanggung jawab Gereja Kristen Sumba. Tujuannya adalah menjadi rumah sakit yang mengutamakan keselamatan pasien dan memberikan perawatan yang penuh kasih. Dengan tujuan memberikan layanan kesehatan yang komprehensif kepada semua orang berdasarkan kasih Kristus, tanpa memandang status sosial, agama, warna kulit, suku, atau kelas, serta

meningkatkan dan meningkatkan mutu administrasi, manajemen, peralatan, dan sumber daya manusia.

Untuk memberikan perawatan berkualitas tinggi kepada pasien, tim medis dan non-medis kemungkinan besar berkolaborasi di Bangsal Kapernaum di Rumah Sakit Kristen Lindimara di Waingapu. Tim Layanan Kesehatan: Dokter: Pasien di Bangsal Kapernaum didiagnosis dan dirawat oleh dokter. Perawat: Perawat Bangsal Kapernaum bertanggung jawab untuk merawat pasien secara langsung, termasuk melakukan operasi medis, memberikan obat, dan memantau kondisi mereka. Penyedia layanan kesehatan lainnya: Tim medis lainnya, seperti bidan, fisioterapis, dan ahli gizi, juga dapat bekerja di Ruang Kapernaum untuk memberikan perawatan yang komprehensif.

4.2 Pengkajian keperawatan

4.2.1. Identitas Klien Dan Penanggung Jawab

Pengkajian dilakukan pada tanggal 3 - 5 April 2025. Tn. T, pasien, adalah seorang pria berusia 71 tahun yang tinggal di Kawangu, merupakan orang Sumba/Indonesia, seorang petani, seorang Kristen Protestan, dan telah menyelesaikan sekolah menengah atas.

Pasangan pasien bertindak sebagai pengacara klien. Ny. Y. adalah seorang wanita berusia 68 tahun yang tinggal di Kawangu. Ia merupakan orang Sumba/Indonesia dan beragama Protestan.

4.2.2. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama

Pasien mengatakan badan lemas

2. Riwayat Kesehatan (Penyakit) Sekarang

Pasien mengeluhkan rasa tidak enak di sekujur tubuhnya, kesemutan di tangan dan kaki, dan merasa lemah secara umum. Pasien tampak lemah, tidak nyaman, dan terbaring di tempat tidur dalam kondisi yang umumnya tidak sehat: sedang, Kesadaran:cm, TD:130/70mmHg, nadi:79x/menit, Spo2:99%, Su hu:36,8°C, RR:20x/menit, TB:168cm, BB: 53kg, GDS : 520mg/Dl.

3. Riwayat Kesehatan (Penyakit) Dahulu

Pasien mengungkapkan riwayat masalah medis yang sudah ada sebelumnya, khususnya diabetes melitus dan hipertensi.

4. Riwayat Alergi

Menurut pasien, ia tidak pernah mengalami kepekaan terhadap makanan, minuman, atau obat-obatan.

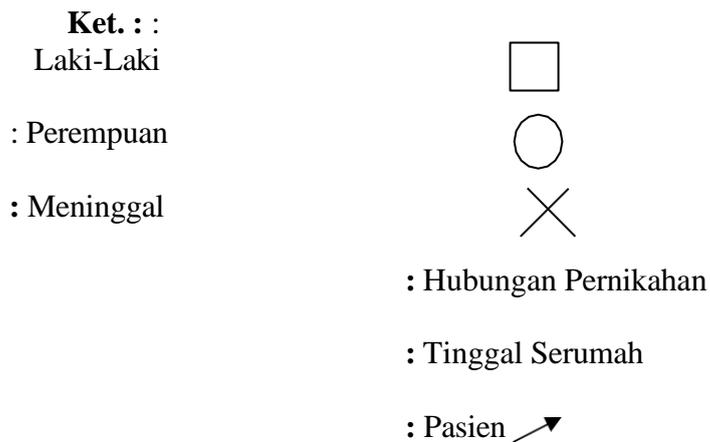
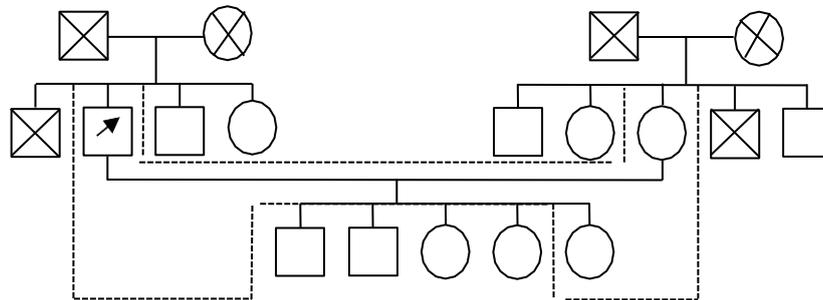
5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut pasien, tidak ada satu pun kerabat mereka yang memiliki penyakit genetik atau kondisi yang sama dengan mereka.

6. Riwayat Kesehatan Tropi

Menurut pasien, ia memiliki riwayat penyakit tropis, khususnya diabetes melitus.

4.2.3. Genogram (Bagan 3 Turunan Dan Keterangan)



Gambar 2. Genogram

- 1 Riwayat Lingkungan

Lingkungan Pasien aman dan bersih
- 2 Riwayat Kesehatan Lainnya

Pasien tidak memakai kacamata, gigi palsu, atau teknologi bantu lainnya.
- 3 Riwayat Psikososial Dan Spritual Sosial/Interaksi
 - a. Hubungan dengan klien (kenalan/tidak kenal/lainnya): Hubungan klien dengan keluarga (kenalan) sebagai istri
 - b. Dukungan keluarga (aktif/kurang dukungan/tidak ada): Anggota keluarga secara aktif merawat dan mengasuh pasien
 - c. Dukungan kelompok, teman, dan komunitas (aktif/kurang dukungan/tidak ada): Anggota keluarga mengunjungi pasien
 - d. Reaksi interaksi (tidak kooperatif, bermusuhan, mudah tersinggung, defensif, curiga,

- menatap pasien, dll.): Kontak mata merupakan respons selama interaksi dengan pasien.
- e. Konflik yang muncul terkait (peran/nilai/lainnya): Dia tidak memenuhi perannya sebagai ibu rumah tangga.
 - f. Konsep hidup keagamaan (Tuhan/Allah/Dewa/lainnya): Pasien memandang Tuhan sebagai pengatur hidupnya.
 - g. Sumber harapan dan kekuatan selama sakit (Tuhan/Allah/Dewa/lainnya): Pasien mengidentifikasi Tuhan sebagai sumber kekuatannya saat ini.
 - h. Ritual keagamaan yang bermakna, penting, atau diantisipasi saat ini (doa, pembacaan teks suci, dll.): Pasien sering membaca teks suci sebagai bagian dari upacara keagamaan.
 - i. Fasilitas, peralatan, dan personel yang dibutuhkan untuk melaksanakan ritual keagamaan yang saat ini diantisipasi (melalui ibadah keagamaan atau lainnya): Peralatan dan fasilitas yang digunakan pasien untuk upacara keagamaan, seperti ibadah keagamaan atau kegiatan lainnya:
 - j. Perawatan medis (diet, perawatan, dll.) yang bertentangan dengan keyakinan agama: Layanan keagamaan tidak bertentangan dengan inisiatif kesehatan apa pun.
 - k. Keyakinan atau iman bahwa Tuhan akan membantu dalam mengatasi kondisi penyakit saat ini: Memang Keyakinan bahwa penyakit itu dapat disembuhkan: Ya, Persepsi tentang sumber penyakit (hukuman, cobaan, peringatan, atau lainnya): Menurut pasien, ia melihat penyakit itu sebagai cobaan ilahi.

4.2.4. Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola kognitif-persepsi: Sebelum sakit, pasien memenuhi kewajibannya sebagai pemimpin keluarga. Pasien tidak dapat menjalankan tugas dan kewajiban ini setelah sakit.
2. Pola Nutrisi –Metabolik
3. Antropometri

Sebelum sakit, berat badan pasien adalah 54 kg, tinggi badannya 168 cm, dan IMT-nya 19,13. Setelah sakit, tinggi badan pasien adalah 168 cm, berat badannya 53 kg, dan IMT-nya 18,78.

4. Biochemical

Tidak dilakukan pemeriksaan laboratorium nutrisi

5. Clinical

Sebelum sakit, pasien memiliki rambut hitam, tebal, bersih, tidak berketombe, turgor kulit elastis, mukosa bibir merah muda lembab, lidah berwarna merah muda, dan konjungtiva tidak anemia. Setelah sakit rambut pasien tampak hitam, tebal, tidak terdapat ketombe, turgor kulit tidak elastis, mukosa bibir tampak kering, pucat, warna lidah merah muda, konjungtiva tidak anemis.

6. Diet

Pasien melaporkan bahwa nafsu makannya membaik sebelum sakit, bahwa ia makan nasi, sayur, dan ikan dua kali sehari (satu porsi setiap kali makan dihabiskan), dan bahwa ia tidak sedang menjalani diet. Setelah sakit nafsu makan pasien menurun, jenis makanan yang dikonsumsi nasi, sayur, ikan, frekuensi makan 1 /2x/sehari (porsi makan tidak dihabiskan), pasien tidak menjalani diet.

7. Mual/ Muntah / Sariawan

Pasien mengatakan tidak memiliki keluhan mual, muntah, sariawan

8. Minum (Frekuensi, Jumlah, Jenis)

Pasien melaporkan minum 960 liter air tiga hingga empat kali sehari sebelum dan sesudah sakit.

9. Pola Eliminasi (Bak Dan Bab)

Pasien melaporkan bahwa ia harus buang air kecil empat hingga lima kali sehari sebelum sakit. Ia tidak menggunakan alat bantu, warnanya kuning jernih, dan tidak ada keluhan saat buang air kecil. Setelah sakit, pasien buang air kecil tiga hingga empat kali sehari, dengan warna kuning tua, tanpa keluhan, dan tanpa bantuan apa pun. Sebelum sakit, pasien melaporkan buang air besar dua kali sehari, dengan konsistensi padat saat dikeluarkan, waktu yang tidak jelas, warnanya kuning, tidak ada keluhan, dan tidak memerlukan bantuan lavage atau bantuan apa pun. Pasien mengalami satu kali buang air besar setiap hari setelah sakit; kotorannya padat dan lembek saat dikeluarkan; waktunya tidak jelas; warnanya kuning; ia tidak memiliki keluhan; dan ia tidak menggunakan bantuan lavage atau bantuan apa pun.

10. Pola Personal Hygiene

Pasien mengatakan sebelum sakit mandi 2x/hari, oral hygiene 2x/hari, cuci rambut seminggu 2x, mengganti pakaian 2x/hari dan penampilan umum pasien bersih dan rapi. Setelah sakit pasien mandi 1x/hari (dilap), oral hygiene 2x/hari, cuci rambut tidak menentu, mengganti pakaian 1x/hari dan penampilan umum tampak kusam, rapi.

11. Pola Aktivitas Dan Latihan

Pasien melaporkan melakukan tugas kebersihan pribadi sendiri, tanpa bantuan orang lain, baik sebelum maupun sesudah sakit.

12. Pola Istirahat Dan Tidur

Pasien melaporkan bahwa ia tidur selama tiga jam dua kali sehari sebelum

sakit, kebiasaan/ritual tidur adalah tidak ada dan tidak mempunyai keluhan saat tidur. Setelah sakit pasien tidur 2 jam, frekuensi tidur 2xhari, kebiasaan/ritual tidur adalah tidak ada dan tidak mempunyai keluhan saat tidur.

13. Pola Peran-Hubungan

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien menjalankan tugasnya dan tanggung jawab sebagian kepala rumah tangga Pasien mengatakan sejak sakit perannya tidak dilakukan lagi.

14. Pola Seksualitas–Reproduksi Tidak di kaji

15. Pola Koping-Toleransi Stres

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien selalu mencari jalan keluar setiap ada masalah. Setelah sakit pasien stres dengan masalah yang di hadapainya.

Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

16. Pasien menyatakan bahwa ia tidak pernah merokok, minum alkohol, atau begadang sebelum atau selama sakitnya.

4.2.5. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, perkusi, Auskultasi, Olfaksi)

Tabel 4. Pemeriksaan Fisik

Observasi	Hasil
Keadaan umum	Sedang
TTV	TD:130/70mmHg Nadi: 79x/menit Suhu: 36,8°C RR: 20x/menit SPO2 :99% GDS:520 mg/Dl
Sistem pernapasan	Pemeriksaan dada menunjukkan dada simetris di sisi kiri dan kanan, memiliki bentuk yang khas, dan tidak mengeluarkan suara napas yang tidak biasa.
Sistem Kardiovaskuler	Inspeksi tidak menunjukkan pembengkakan kelenjar getah bening dan membran mukosa yang lembap. Palpasi: Tidak ada rasa tidak nyaman, ictus cardis terlihat. Perkusi: Tonus tidak berbeda. Auskultasi: Tidak terdengar suara-suara yang tidak disengaja.
Sistem persyarafan	Tingkat kesadaran Composmentis (GCS 15).
Sistem penglihatan, Pendengaran	Pemeriksaan menunjukkan mata simetris, sklera putih, konjungtiva anemis, dan penglihatan adekuat.
Sistem perkemihan	Pemeriksaan: Tidak ada luka atau lesi, telinga simetris di sisi kiri dan kanan.
Sistem muskuloskeletal	Palpasi: Tidak sensitif. Fungsi pendengaran baik.
Sistem endokrin	Pemeriksaan tidak menunjukkan edema. Tidak ada sensitivitas pada perkusi
Sistem integumen	Pemeriksaan tubuh menunjukkan bentuk tubuh agak bungkuk dan mobilitas terbatas.

4.2.6. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 5. Pemeriksaan Penunjang

Jenis pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Satuan	Nilai rujukan
HEMATOLOGI			
HEMATOLOGI LENGKAP			
Eritrosit	4.27		4.00-5.50
Hemoglobin	10.6		12.0-16.0
Hematokrit	36.1		40.0-54.0
Trombosit	214		150-450
MCV	84.5		80.0-100
MCH	24.9		27.0-34.0
MCHC	29.5		32.0-36.00
Leukosit	6.80		4.00-10.00
Neutrofil	61.0		50.0-70.0
Lymfosit	21.9		20.0-40.0
Monosit	5.8		3.0-12.0
Eosinofil	10.6		0.5-5.0
Basofil	0.7		0.0-1.0
KIMIA DARAH			
TEST FUNGSI GINJAL			
UREUM(BUN)	53		<50
CREATININ(SC)	1.6		0.6-1.4
ELEKTROLIT			
ELEKTROLITE			
Natrium	135		135-145
Kalium	4.0		3.4-5.5
Clorida	95		95-115
I-Calcium	1.25		1.05-1.35
pH	7.58		7.20-7.60

4.2.7. Terapi obat

Tabel 6. Terapi Obat

Tgl. Resep Dibuat	Nama Obat dan Dosis	Kandungan dalam obat	Manfaat
03 April 2025.	Sansulin LoG 1x32 unit	Mengandung insulin Glargine	Untuk mengelola kadar gula darah tinggi pada orang dewasa dengan diabetes melitus tipe 1 dan tipe 2 yang telah berhasil mengatasi kondisinya dengan perubahan gaya hidup dan obat antidiabetes, tetapi belum mencapai target penurunan gula darah.
03 April 2025.	Novorapid 3x4 unit sebelum makan	Mengandung Zat aktif insulin aspart	Untuk mengobati diabetes pada anak-anak di atas satu tahun, dewasa, dan remaja.
03 April 2025.	Pregabalin 1x75 mg/malam	Mengandung bahan aktif Pregabalin 150 mg.	Untuk mengobati nyeri saraf, Obat ini bekerja dengan menenangkan saraf yang terlalu aktif di tubuh Anda.

4.2.8. Klasifikasi Data

Tabel 7. Klasifikasi Data

Hari/Tgl	Data Subyektif (DS)	Data Obyektif (DO)
03 April 2025.	Pasien melaporkan merasa lemah, merasakan rasa asam di seluruh tubuh, dan tangan serta kaki terasa kesemutan.	Pasien tampak kesakitan Pasien tampak lemas dan berbarig di tempat tidur,kekuatan otot:4,4,4,4 Keadaan Umum : Sedang Kesadaran : Composmentis Tp.IVFD NS loading 500cc lanjut 20 tpm tangan sebelah kanan. GDS: 520 mg/DL TTV. TD:130/70mmHg Nadi: 79x/menit Suhu: 36,8°C RR: 20x/menit SPO2 :99%

4.2.9. Analisa Data

Tabel 8. Analisa Data

DATA (DS & DO)	MASALAH (Problem)	PENYEBAB (Etiologi)
<p>DS: Pasien melaporkan merasa lemah, merasakan rasa asam di seluruh tubuh, dan tangan serta kaki terasa kesemutan.</p> <p>DO: Pasien tampak kesakitan dan lemas.</p> <p>TTV. TD:130/70mmHg</p> <p>Nadi: 79x/menit Suhu: 36,8°C RR: 20x/menit SPO2 :99%</p> <p>GDS :520 mg/Dl</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>	<p>Resistensi Insulin</p>

4.2.10. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien Tn. T dirumuskan sebagai berikut berdasarkan hasil analisis data. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Resistensi Insulin .

4.2.11. Intervensi Keperawatan

Tabel 9. Intervensi Keperawat

NO.	Dx Keperawatan (SKDI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Resistensi Insulin pada pasien Tn.T (PPNI 2016)	Setelah tiga kali perawatan selama 24 jam, stabilitas glukosa darah Pasien Tn. T akan membaik sesuai dengan Kriteria Hasil berikut (PPNI 2016): 1. Kelesuan dan kelelahan berkurang (5) 2. Perbaikan kadar glukosa darah (5)	Manajemen Hiperglikemia(PPNI 2016) Observasi: 1. 1. Jika perlu, periksa kadar glukosa darah. 2. 2. Waspadaai sakit kepala, penglihatan kabur, lemas, malaise, poliuria, polidipsia, dan polifagia semua indikator hiperglikemia. Terapeutik 1. Temui dokter jika gejala hiperglikemia memburuk atau berlanjut. Edukasi 1. Bila kadar glukosa darah lebih tinggi dari 250 mg/dL, anjurkan untuk tidak berolahraga. 2. Dorong penderita diabetes untuk melatih kaki dan mengikuti diet. 3. Berikan edukasi tentang pengelolaan diabetes melitus, termasuk cara pemberian insulin, minum obat oral, dan mengganti karbohidrat yang hilang. Kolaborasi 1. Kooperatif saat memberikan insulin, jika diperlukan 2. Kooperatif saat memberikan cairan intravena bila diperlukan

4.2.12. Implementasi Keperawatan

Tabel 10. Implementasi keperawatan Padapasien Tn.T Hari ke-1 di Wilayah Kerja Rumah Sakit Kristen Lindimara Ruangan Kapernum

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa	Implementasi dan Respon
1.	03 April 2025	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Resistensi Insulin pada pasien Tn.T (PPNI 2016)	<p>Manajemen Hiperglikemia(PPNI 2016)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi kadar glukosa darah pasien dengan memantau kadarnya. 520 mg/dL untuk glukosa. Indeks Vital: TD: 130/70 mmHg Satu denyut per menit Suhu 36,8°C. RR: 20 denyut per menit 99% SPO2 2. Perhatikan indikasi hiperglikemia. R: Pasien menunjukkan kelemahan, kesemutan di tangan dan kaki, dan rasa asam secara keseluruhan. 3. Laporkan gejala hiperglikemia yang menetap atau memburuk kepada dokter. R: Pasien sadar. 4. Dorong komitmen untuk latihan kaki dan nutrisi <ul style="list-style-type: none"> • Pasien harus diinstruksikan untuk duduk tegak di kursi (tidak bersandar), dengan telapak kaki rata di lantai dan sepatu dilepas. • Letakkan tumit pasien di lantai, angkat jari-jari kaki, lalu tekuk lagi ke bawah untuk membentuk cakar. Lakukan ini sepuluh kali. • Bantu pasien menurunkan tumit ke lantai, mengangkat telapak kaki, lalu menurunkan jari-jari kaki ke lantai sambil menjaga tumit tetap terangkat. Metode ini dilakukan sepuluh kali. • Minta pasien untuk mengangkat telapak kakinya, meletakkan satu tumit di lantai, dan memutar kakinya 360 derajat menggunakan pergelangan kaki. Lakukan sepuluh kali.

			<ul style="list-style-type: none"> • Pelajari cara meletakkan jari-jari kaki pasien di lantai. Putar pergelangan kaki Anda dan angkat tumit Anda. Ulangi sepuluh kali. • Pasien harus diinstruksikan untuk mengangkat kaki di pergelangan kaki dan meluruskan salah satu kaki. Tulis angka 0 sampai 9 di udara menggunakan kaki Anda. • Pasien harus diinstruksikan untuk meletakkan selebar koran di lantai dan menggulungnya menjadi bola. • Kemudian, dengan kedua kaki, buka lipatan koran kembali ke bentuk semula. Jangan lakukan manuver ini lebih dari sekali. • Selanjutnya, belah koran menjadi dua dan bagi menjadi dua bagian. • Dengan menggunakan kedua kaki, sobek sebagian koran menjadi potongan-potongan kecil. Letakkan koran yang sobek di atas koran yang masih utuh, lalu gulung kedua koran menjadi bola. <p>5. Mengajarkan pengelolaan Diabetes melitus R: pasien mengerti</p> <p>6. Mengkolaborasi pemberian insulin R: Melayani Sansulin Log G 32 unit, Navorapid 4 unit.</p> <p>7. Mengkolaborasi pemberian cairan IV R: Terpasang IVFD NS 20 tpm</p>
--	--	--	--

Tabel 11. Implementasi keperawatan Pada pasien Tn.T Hari ke-2 di Wilayah Kerja Rumah Sakit Kristen Lindimara Ruang Kapernum.

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa	Implementasi dan Respon
1	04 April 2025	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Resistensi Insulin pada pasien Tn.T	<p>Manajemen Hiperglikemia(PPNI 2016)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau kadar gula darah R: Tentukan kadar glukosa darah pasien. Glukosa: 320 mg/dL. Vitalitas: Tekanan darah: 120/70 mmHg Denyut jantung: 75 denyut per menit Suhu: 36,4°C. RR: 20 denyut per menit 95% SPO2 2. Pantau gejala dan indikator hiperglikemia. R: Menurut pasien, kesemutan di tangan dan kaki berkurang. 3. Temui dokter jika gejala hiperglikemia memburuk atau berlanjut. 4. R: Pasien sadar. Dorong latihan kaki dan kepatuhan nutrisi. <ul style="list-style-type: none"> • Minta pasien untuk melepas sepatu, meletakkan kaki sejajar dengan lantai, dan duduk tegak di kursi tanpa bersandar. • Minta pasien untuk menjejakkan tumit di lantai, mengangkat jari-jari kaki, lalu menekuknya kembali membentuk cakar. Ulangi sepuluh kali. • Instruksikan pasien untuk menjejakkan tumit di lantai, mengangkat telapak kaki, lalu menjejakkan jari-jari kaki di lantai sambil menjaga tumit tetap terangkat. Proses ini

dilakukan sepuluh kali.

- Minta pasien untuk menjejakkan satu tumit di lantai, mengangkat telapak kaki, dan menggunakan pergelangan kaki untuk memutar kaki 360 derajat. Ulangi sepuluh kali.
 - Minta pasien untuk meletakkan jari-jari kakinya di lantai. Angkat tumit sambil memutar pergelangan kaki. Ulangi sepuluh kali.
 - Pasien harus diinstruksikan untuk mengangkat kaki di pergelangan kaki dan meluruskan satu kaki. Dari angka 0 hingga 9, tulislah di udara dengan kaki Anda.
 - Letakkan selebar kertas di lantai dan gulung menjadi bola.
 - Bola tersebut kemudian dibuka dengan kedua kaki kembali ke lembaran aslinya. Sebaiknya lakukan gerakan ini sekali saja.
 - Setelah itu, sobek koran menjadi dua dan pisahkan kedua bagian tersebut.
-

			<ul style="list-style-type: none">• Sobek sebagian koran dengan kedua kaki menjadi potongan-potongan kecil. Bungkus koran yang sobek menjadi bola dengan meletakkannya di atas koran yang masih utuh. R : Pasien mengerti anjuran dan dapat melakukannya• Mengajarkan pengelolaan Diabetes melitus R: pasien mengerti• Mengkolaborasi pemberian insulin R: Melayani Sansulin Log G 32 unit,Navorapid 4 unit.• Mengkolaborasi pemberian cairan IV R: Terpasang IVFD NS 20 tpm
--	--	--	---

Tabel 12. Implementasi keperawatan Pada pasien Tn.T Hari ke-3 di Wilayah Kerja Rumah Sakit Kristen Lindimara Ruang Kapernum

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa	Implementasi dan Respon
1	05 April 2025	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Resistensi Insulin pada pasien Tn.T	<p>Manajemen Hiperglikemia(PPNI 2016)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau kadar gula darah. R: Tentukan kadar gula darah pasien. Glukosa: 120 mg/dL. Vitalitas: Tekanan darah: 110/80 mmHg Denyut jantung: 71 denyut per menit Suhu: 37,2°C RR: 20 denyut per menit 97% SPO2 2. Waspadaai gejala hiperglikemia. R: Pasien mengeluhkan kelemahan pada lengan kanan. 3. Cari pertolongan medis jika gejala hiperglikemia memburuk atau berlanjut. R: Pasien sadar. 4. Dorong olahraga teratur dan kepatuhan nutrisi. <ul style="list-style-type: none"> • Instruksikan pasien untuk duduk tegak di kursi (jangan bersandar), lepas sepatu, dan telapak kaki rata di lantai. • Letakkan tumit pasien di lantai, angkat jari-jari kaki, lalu tekuk kembali ke posisi cakar. Lakukan sepuluh kali. • Instruksikan pasien untuk menurunkan tumit ke lantai, mengangkat telapak kaki, lalu menurunkan jari-jari kaki ke lantai sambil mempertahankan tumit tetap terangkat. Proses ini dilakukan

-
- sepuluh kali.
 - Instruksikan pasien untuk meletakkan satu tumit di lantai, mengangkat telapak kaki, dan menggunakan pergelangan kaki untuk memutar kaki 360 derajat. Ulangi sepuluh kali.
 - Minta pasien untuk meletakkan jari-jari kakinya di lantai. Angkat tumit sambil memutar pergelangan kaki. Ulangi sepuluh kali.
 - Berikan instruksi kepada pasien untuk mengangkat satu kaki di pergelangan kaki dan meluruskannya. Kaki mereka digunakan untuk menulis angka 0 sampai 9 di udara.
 - Letakkan selebar kertas di lantai dan gulung menjadi bola.
 - Dengan kedua kaki, kemudian, buka lipatan bola kembali ke bentuk semula. Sebaiknya lakukan gerakan ini sekali saja.
-

-
- Selanjutnya, belah koran menjadi dua dan buang kedua potongannya.
 - Sobek sebagian koran dengan kedua kaki menjadi potongan-potongan kecil. Bungkus koran yang robek menjadi bola dengan meletakkannya di atas koran yang masih utuh.
R: Pasien mengerti anjuran dan dapat melakukannya dengan baik dan benar
Mengajarkan pengelolaan
5. iabetes melitus
R: pasien mengerti
 6. Mengkolaborasi pemberian insulin
R: Sansulin Log G 32 unit, Navorapid 4 unit.
 7. borasi pemberian cairan IV
-

4.2.13. Evaluasi Keperawatan

Tabel 13. Evaluasi keperawatan Pada pasien Tn.T Hari ke-1 di Wilayah Kerja Rumah Sakit Kristen Lindimara Ruangan Kapernu.

No.	Tanggal /jam	Diagnosa keperawatan	Evaluasi (SOAP)
1.	03 April 2025	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Resistensi Insulin pada pasien Tn.T	<p>S: Pasien melaporkan bahwa seluruh tubuhnya terasa tidak enak, tangan dan kakinya kesemutan, dan ia merasa lemah secara keseluruhan.</p> <p>O: Pasien tampak kesakitan dan lemas Ku: Sedang Kes: Cm</p> <p>TTV: TD:110/80 mmHg Nadi: 71x/menit Suhu: 37,2°C RR: 20x/menit SpO2 :97%</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tp. IVFD NS 20 tpm pada tangan sebelah kanan ❖ Hasil Pemeriksaan kadar glukosa darah pasien, Glu: 520 mg/Dl ❖ Sansulin Log G 32 unit, Navorapid 4 unit. <p>A: Masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi di lanjutkan</p>

Tabel 14. Evaluasi keperawatan Pada pasien Tn.T Hari ke-2 di Wilayah Kerja Rumah Sakit Kristen Lindimara Ruang Kapernum

No.	Tanggal /jam	Diagnosa keperawatan	Evaluasi (SOAP)
2.	04 April 2025	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Resistensi Insulin pada pasien Tn.T	<p>S: Pasien mengatakan bahwa kesemutan di tangan dan kakinya telah berkurang.</p> <p>O: Pasien tampak kesakitan dan lemas Ku: Sedang Kes: Cm</p> <p>TTV: TD:120/70 mmHg</p> <p>Nadi: 75x/menit Suhu: 36,4°C RR: 20x/menit</p> <p>SpO2 :95%</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tp. IVFD NS 20 tpm pada tangan sebelah kanan ❖ Hasil pemeriksaan kadar glukosa darah pasien, Glu: 320 mg/Dl ❖ Sansulin Log G 32 unit, Navorapid 4 unit. <p>A: Masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi di lanjutkan</p>

Tabel 15. Evaluasi Keperawatan Pada pasien Tn.T Hari ke-3 di Wilayah Kerja Rumah Sakit Kristen Lindimara Ruang Kapernum

No.	Tanggal /jam	Diagnosa keperawatan	Evaluasi (SOAP)
3.	05 April 2025	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Resistensi Insulin pada pasien Tn.T	<p>S: Pasien mengatakan sudah tidak kesemutan pada kaki dan tangan</p> <p>O: Pasien tampak tidak lemas lagi Ku: Sedang Kes: Cm</p> <p>TTV: TD:110/80 mmHg Nadi: 71x/menit Suhu: 37,2°C</p> <p>RR: 20x/menit SPO2 :97%</p> <p>❖ Tp. IVFD NS 20 tpm pada tangan sebelah kanan</p> <p>❖ Hasil pemeriksaan kadar glukosa darah pasien, Glu: 120 mg/Dl</p> <p>A: Masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah sudah teratasi</p> <p>P: Intervensi di hentikan</p>

4.3 Pembahasan

4.3.1 Asuhan Keperawatan

Di Ruang Kapernaum Rumah Sakit Kristen Lindimara, Waingapu, senam kaki dilakukan untuk pasien diabetes melitus yang kadar glukosa darahnya tidak stabil. Temuan penelitian dikumpulkan, diolah, dan dipresentasikan selama perawatan pasien.

Hasil penelitian atas nama Tn. T umur 71 tahun dengan keluhan

badan terasa lemas dengan kekuatan Otot Ektermitas atas 4 dan ektermitas bawah 4, dengan Hasil GDS: 520 mg/Dl. Tekanan darah 130/70 mmHg, N 79 denyut per menit, RR 20 denyut per menit, suhu 36,8°C, dan SOP2 99%. Akibatnya, kadar glukosa darah tidak stabil didiagnosis, dan latihan kaki dilakukan untuk mengatasi masalah diabetes melitus.

Hal ini konsisten dengan penelitian Gendhug Putrimahrinda (2024) yang menemukan bahwa Tn. G memiliki kadar glukosa darah 362 mg/dL sebelum mendapatkan intervensi latihan kaki diabetik.

Menurut penelitian Tamara Hendri (2019), pasien 1 (Ny. S) dan pasien 2 (Ny. R) keduanya perempuan dan berusia masing-masing 53 dan 54 tahun. Berdasarkan hasil observasi, kadar gula darah pasien 1 adalah 288 mg/dl sebelum dimulainya latihan kaki diabetik, dan kadar gula darah pasien 2 adalah 320 mg/dl sebelumnya.

4.3.2 Diagnosa keperawatan

Pemeriksaan fisik dan asesmen menunjukkan bahwa pasien menderita diabetes melitus, yang ditandai dengan resistensi insulin dan kadar gula darah yang tidak menentu. Pasien diabetes ini memiliki GDS 520 mg/dL. Kadar glukosa darah yang tidak stabil diidentifikasi sebagai diagnostik keperawatan.

Fluktuasi glukosa darah akibat hiperglikemia atau hipoglikemia yang naik atau turun dalam rentang normal dianggap tidak stabil oleh Kelompok Kerja Badan Standar Nasional Pendidikan (SDKI) (PPNI) pada tahun 2016. Salah satu aspek terpenting dalam asuhan keperawatan adalah diagnosis. Setelah pengkajian pasien, diagnosis merupakan fase kedua

dalam proses keperawatan.

Heryadi (2023) mengatakan bahwa ketidakstabilan glukosa darah merupakan diagnosis yang dibuat untuk pasien diabetes. Hasil: Berdasarkan evaluasi, ditentukan bahwa kedua pasien mengalami hiperglikemia, yang menyebabkan kadar glukosa darah tidak stabil.

Peneliti menegaskan bahwa studi kasus dan tinjauan teoretis berbeda dalam beberapa hal. Dari tinjauan teoretis, lima diagnosis diidentifikasi. Evaluasi kasus mengungkapkan bahwa Peserta 1 memiliki satu diagnosis keperawatan, yaitu kadar glukosa darah tidak stabil terkait resistensi insulin.

4.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang diterapkan meliputi pemantauan glukosa darah, pemantauan tanda dan gejala hiperglikemia, pemberian insulin sesuai anjuran, penentuan potensi penyebab hiperglikemia, promosi pemantauan kadar glukosa darah mandiri, pemantauan asupan dan keluaran cairan sesuai kebutuhan, serta pelaksanaan senam kaki bagi pasien diabetes melitus.

Penggunaan latihan kaki merupakan salah satu solusi yang memungkinkan. Kedua klien mengalami penurunan kadar glukosa darah setelah perawatan non-farmakologis, termasuk senam kaki diabetik, dua kali sehari selama 15 hingga 20 menit selama tiga hari. Hal ini menyelesaikan masalah tersebut. (Heryadi 2023)

Para peneliti telah menemukan bahwa senam kaki merupakan intervensi keperawatan yang paling populer untuk kelainan glukosa darah. Selain mencegah bahaya, hal ini memungkinkan pengendalian glukosa darah yang cepat dan efektif pada pasien diabetes.

4.3.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan pada Klien 1 meliputi penatalaksanaan hiperglikemia yaitu memantau kadar glukosa darah, mengamati tanda dan gejala hiperglikemia, menentukan kemungkinan penyebab hiperglikemia, meningkatkan pemantauan glukosa darah mandiri, memantau intake dan output cairan, meningkatkan kepatuhan diet dan olah raga, memberikan terapi insulin, dan berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi dan latihan kaki.

Penulis menyatakan bahwa latihan kaki merupakan bagian dari terapi yang diberikan kepada pasien diabetes melitus untuk menurunkan kadar glukosa darah yang tidak stabil, meningkatkan kekuatan otot, dan mencegah kerusakan.

4.3.5 Evaluasi keperawatan

Nafsu makannya membaik, frekuensi buang air kecilnya berkurang, dan kadar gula darahnya turun tetapi tetap di luar kisaran normal setelah tiga hari, menurut evaluasi keperawatan Klien 1. Untuk memastikan apakah kadar gula darahnya telah turun, peneliti berencana untuk mengamatinya selama tiga hari.