

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada pasien 1 dilakukan pada hari sabtu tanggal 26 April 2025 pada pukul 08:00 WITA dengan diabetes melitus tipe 2 dan pasien 2 dilakukan pengkajian pada hari selasa 06 Mei 2025 dengan diabetes melitus tipe 2 di Ruang Interna Rumah Sakit Umum Daerah Waikabubak dengan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan dokumentasi pada klien.

a. Biodata klien

T

No	Identitas	Pasien 1	Pasien 2
a	Nama	Ny.L.B	Ny.N.K
b	Umur	54 tahun	57 tahun
e	Jenis kelamin	Perempuan	Perempuan
	Agama	Protestan	Katolik
l	Alamat	Palangat diratana	Weetabula wee limbu
	pendidikan	SD	SMA
	Pekerjaan	Ibu rumah tangga	Ibu rumah tangga
4	Diagnosa medis	DM TIPE II	DM TIPE II
.	Tanggal masuk rumah sakit	23 April 2025	06 Mei 2025
	Tanggal pengkajian	26 April 2025	06 Mei 2025
1	Jam masuk rumah sakit	Pukul 10: 00 Wita	Pukul 10: 15 Wita
	Jam pengkajian	Pukul 12: 00 Wita	Pukul 11: 10 Wita
B	Nomor register	12xxxx	13xxxx
	Sumber informasi	Pasien, keluarga pasien dan rekam medik	Pasien, keluarga pasien dan rekam medik

b. Riwayat kesehatan

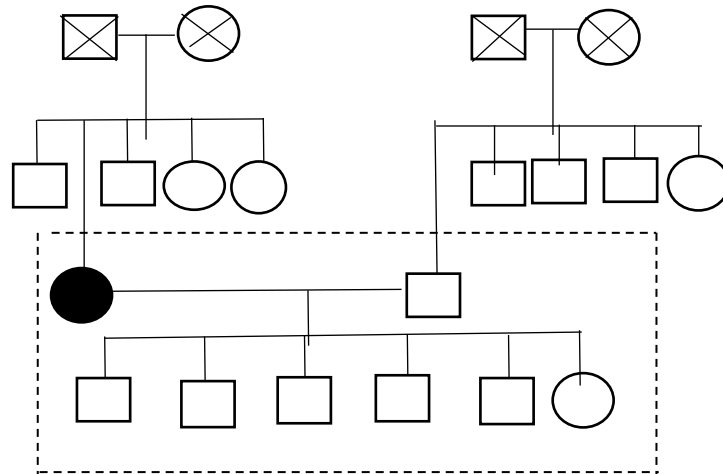
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan

No	Riwayat penyakit	Pasien 1	Pasien 2
1	Keluhan utama	Keluarga Pasien mengatakan pasien mengeluh tubuh terasa lemah	Pasien mengatakan tubuh terasa lemah
2	Riwayat penyakit sekarang	<p>Pada tanggal 23 April 2025, keluarga pasien mengatakan bahwa pasien merasakan tubuhnya lemah. Keluarga pasien langsung membawa pasien ke Rumah Sakit Umum Daerah Waikababak dan dibawah keruang IGD, pukul 10:00 WITA, pasien diperiksa diruang IGD dengan keadaan umum: pasien tampak lemah, tekanan darah: 120/80 mmHg, suhu 36°C, nadi 80x/menit, RR: 18x/menit, Spo2: 99%. Kemudian pada pukul 11:15 WITA, pasien terpasang cairan infus RL 8 tpm tangan bagian kiri dan dilakukan pemeriksaan GDS dengan hasil 334 mg/dl pada pukul 11: 20 WITA pasien diberikan obat ceftryaxone 2x1 gr dan metformin 2x500 mg, kemudian pada pukul 11:45 WITA pasien diantar keruang interna. Pada tanggal 24 april 2025 pasien dilakukan pemeriksaan GDS dengan hasil 300 mg/dl. Kemudian pada tanggal 25 april 2025 pasien masih dilakukan pemeriksaan GDS dengan hasil 299 mg/dl Pada tanggal 26 April 2025 pasien dilakukan pengkajian diruang interna. Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh tubuh terasa lemah. Pasien tampak lelah, badan berkeringat, mukosa bibir tampak kering, pasien tampak sulit untuk bicara. Hasil pemeriksaan tanda tanda vital: tekanan darah 120/69 mmHg, suhu 36°C, nadi, 76x/menit, RR 20x/menit, Spo2 97%, hasil pemeriksaan GDS 255 mg/dl.</p>	<p>Pada tanggal 05 Mei 2025 pasien mengatakan tubuh terasa lemah. Pasien mengatakan bahwa masih sempat bawah ke Puskesmas Elopada untuk dilakukan pemeriksaan. Pasien diantar menggunakan kendaraan pribadi. Kemudian sesampainya di puskesmas Elopada, pasien diperiksa. Setelah itu pasien dirujuk ke rumah sakit Umum Daerah Waikababak karena pasien mengalami peningkatan glukosa darah. Pada pukul 10:00 WITA pasien diantar keruang IGD dengan hasil keadaan umum: pasien tampak lemah, tekanan darah, 120/70 mmHg, suhu 37°C, nadi, 80x/menit, RR 20x/menit, Spo2 98%. Pada pukul 10:25 WITA pasien dipasangkan infus cairan RL 8 tpm di tangan sebelah kiri. setelah itu pada pukul 10:50 WITA pasien diantar keruang interna. Pada tanggal 06 Mei 2025 pasien dilakukan pengkajian di ruang interna. Pasien mengatakan tubuh terasa lemah. Keadaan umum: pasien tampak lemah, pasien tampak berkeringat, mukosa bibir pasien tampak kering. Pemeriksaan tanda tanda vital: tekanan darah: 124/77 mmHg, suhu 36°C, nadi 80x/menit, RR 20x/menit, spo2 99%,</p>

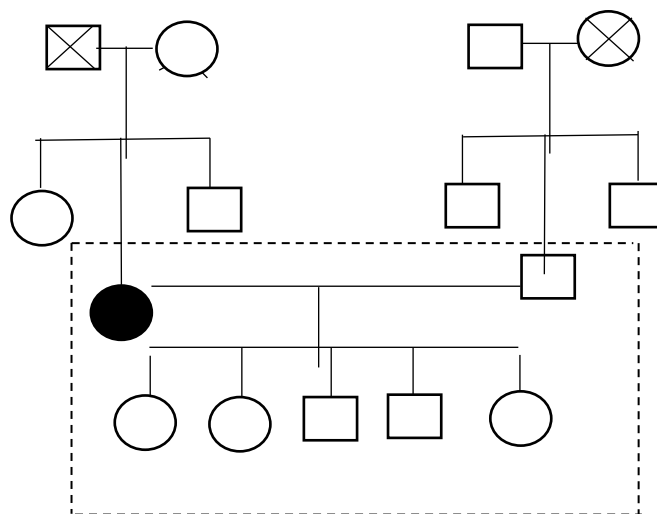
No	Riwayat penyakit	Pasien 1	Pasien 2
			hasil pemeriksaan GDS 242 mg/dl.
3	Riwayat penyakit dahulu	Keluarga pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit dahulu	Pasien mengatakan bahwa memiliki riwayat diabetes melitus tipe 2 selama 3 tahun. Dirumah pasien diberikan insulin. Pada saat sakit pasien dibawa ke puskesmas Elopada
4	Riwayat penyakit keluarga	Keluarga pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit yang diderita pasien saat ini seperti penyakit diabetes melitus, hipertensi dan penyakit menular seperti HIV/AIDS	Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit yang diderita pasien saat ini seperti penyakit diabetes, hipertensi dan penyakit menular seperti HIV/AIDS
5	Keadaan penampilan dari kesan umum	Keadaan pasien tampak lemah, badan berkeringat, mukosa bibir tampak kering dan pasien sulit untuk berbicara pasien terpasang cairan RL 8 tpm	Keadaan pasien lemah, badan berkeringat, mukosa bibir tampak kering, pasien terpasang cairan RL 8 tpm

c. Genogram Minimal 3 Generasi

Pasien 1



Pasien 2



Keterangan:

- : Laki Laki
- : Perempuan
- : Pasien
- : Garis keturunan
- : Garis perkawinan
- : Tinggal serumah
- ⊗ : Meninggal

Bagan 4. 1 Genogram Pasien 1 dan 2

d. Riwayat Keperawatan

Tabel 4.3 Riwayat Keperawatan

No	Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
1	Pola penatalaksanaan kesehatan-persepsi sehat	Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien memahami tentang pola hidup sehat dan jarang berkunjung di puskesmas apabila merasakan sakit	Pasien mengatakan memahami tentang pola hidup sehat
2	Pola nutrisi-metabolisme	<p>Di rumah: Keluarga pasien mengatakan dirumah makan 3x sehari, 1 porsi dihabiskan, jenis makanan yang dimakan berupa nasi, sayur, telur, ikan buah buahan jarang, nafsu makan baik, di rumah pasien minum air putih dan teh. Minum air putih kurang lebih 600cc dan tidak ada pantangan makan atau minum.</p> <p>Di rumah sakit: Pasien mendapatkan bubur, sayur, telur, tahu, dan buah pepaya. Satu porsi dihabiskan dengan frekuensi 3x sehari minum kurang lebih 250cc atau 2 gelas sehari dan tidak ada pantangan makan dan minum. BB: 54 kg TB: 156 cm IMT: 2,43 BBI: 50,4</p> <p>Masalah keperawatan: Dari data di atas tidak ada masalah keperawatan</p>	<p>Di rumah: Pasien mengatakan dirumah makan 3x sehari, 1 porsi dihabiskan, jenis makanan yang dimakan berupa nasi, sayuran, telur, ikan daging dan buah buahan, nafsu makan baik di rumah pasien hanya minum air putih minum kurang lebih 600cc. pasien ada pantangan makanan dan minuman. Pasien mengatakan bahwa dirinya memiliki pantangan makanan dan minuman yang manis manis.</p> <p>Di rumah sakit: Pasien mendapatkan bubur, sayuran, telur rebus, tahu tempe, ikan, dan buah pepaya. 1 porsi dihabiskan dengan frekuensi 3x sehari minum kurang lebih 250cc atau sekitar 2 gelas sehari dan tidak ada pantangan.</p> <p>BB:58 kg TB: 160 cm IMT: 22,6 BBI: 54</p> <p>Masalah keperawatan: Dari data di atas tidak ada masalah keperawatan</p>
3	Pola eliminasi di rumah dan di rumah sakit	<p>Di rumah: BAB: pasien mengatakan BAB 1 kali sehari kadang 2 kali kalau makan terlalu banyak berwarna kuning kecoklatan, tekstur sedikit lunak dan bau khas feses BAK: pasien mengatakan BAK 4-8 kali sehari dengan jumlah sekitar 800-1.600 ml, berwarna kuning jernih, bau khas amoniak dan tidak ada keluhan saat berkemih</p>	<p>Di rumah: BAB: pasien mengatakan BAB 1 kali sehari kadang 2 kali kalau makan terlalu banyak berwarna kuning kecoklatan, tekstur sedikit lunak dan bau khas feses BAK: pasien mengatakan BAK 4-7 kali sehari jumlah sekitar 400-1.400 ml, berwarna kuning jernih, bau khas amoniak dan tidak ada keluhan saat berkemih</p>
		<p>Di rumah sakit: BAB: pasien mengatakan BAB</p>	<p>Di rumah sakit: BAB: pasien mengatakan BAB</p>

No	Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
		<p>1 kali, konsistensi padat, berwarna kuning kecoklatan, bau khas feces dan tidak menggunakan obat pencahar BAK: Pasien mengatakan BAK 5 kali dengan jumlah 500-1000 ml, berwarna kuning jernih, bau khas amoniak, tidak ada masalah saat berkemih dan pasien tidak menggunakan kateter</p> <p>Masalah keperawatan: dari data di atas tidak terdapat masalah</p>	<p>1 kali, konsistensi padat, berwarna kuning kecoklatan, bau khas feces dan tidak menggunakan obat pencahar BAK: Pasien mengatakan BAK 5 kali dengan jumlah 500-1000 ml, berwarna kuning jernih, bau khas amoniak, tidak ada masalah saat berkemih dan pasien tidak menggunakan kateter</p> <p>Masalah keperawatan: dari data di atas tidak terdapat masalah</p>
4	Pola aktivitas (di rumah dan di rumah sakit)	<p>Di rumah: 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>Masalah keperawatan: Dari data di atas dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat masalah</p> <p>Di rumah sakit: Pasien mengatakan saat sakit sering dibantu oleh orang lain seperti makan, mandi, ke toilet, dan berpakaian</p> <p>Masalah keperawatan: dari data di atas dapat disimpulkan bahwa terdapat masalah keperawatan</p>	<p>Di rumah: 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>Masalah keperawatan: Dari data di atas dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat masalah</p> <p>Di rumah sakit: Pasien mengatakan saat sakit, sering dibantu oleh keluarga seperti makan, mandi, ke toilet dan berpakaian.</p> <p>Masalah keperawatan: dari data di atas dapat disimpulkan bahwa terdapat masalah keperawatan</p>
5	Pola istirahat tidur (di rumah dan di rumah sakit)	<p>Di rumah: Keluarga pasien mengatakan waktu tidur siang pukul 11:00-12:45 wita, kualitas tidur nyenyak, kadang kualitas tidur terganggu karena kaki terasa keram. Jam tidur malam pukul 21:00-06:00 wita. Frekuensi 10-11 jam</p> <p>Masalah keperawatan: tidak terdapat masalah keperawatan.</p> <p>Di rumah sakit: Keluarga pasien mengatakan waktu tidur siang pukul 11:00-13:00 wita, kualitas tidur tidak merasakan nyenyak karena merasakan pusing bdn tidur malam sekitar pukul 21:00-06:00 wita. Kadang terbangun</p>	<p>Di rumah: pasien mengatakan waktu tidur siang pukul 11:00-12:45 wita, kualitas tidur nyenyak, kadang kualitas tidur terganggu karena kaki terasa keram. Jam tidur malam pukul 21:00-06:00 wita. Frekuensi 10-11 jam</p> <p>Masalah keperawatan: tidak terdapat masalah keperawatan.</p> <p>Di rumah sakit: Pasien mengatakan waktu tidur siang pukul 11:00-13:00 wita, kualitas tidur tidak merasakan nyenyak karena merasakan pusing bdn tidur malam sekitar pukul 21:00-06:00 wita. Kadang terbangun di malam</p>

No	Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
		di malam hari karena merasakan pusing, frekuensi tidur 10-11 jam	hari karena merasakan pusing, frekuensi tidur 10-11 jam
6	Pola kognitif-perseptual	Penglihatan pasien normal, kemampuan dalam berbahasa kurang jelas dan daya ingat kurang	Penglihatan pasien normal, kemampuan dalam berbahasa baik dan daya ingat baik
7	Pola persepsi diri-konsep diri	Ideal diri:- Identitas diri:- Persepsi terhadap kemampuan:- Emosional:-	Pasien mengatakan sejak sakit tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri, aktivitas selalu dibantu oleh keluarga. Ideal diri: Pasien mengatakan agar cepat pulih dan dapat melakukan aktivitas seperti biasanya Identitas diri: Pasien mengatakan bahwa dirinya merupakan seorang ibu rumah tangga Persepsi terhadap kemampuan: Pasien mengatakan mampu untuk mengambil keputusan Emosional: Pasien mengatakan mampu untuk mengontrol emosi dan ketika sedang emosi pasien akan pergi ke kebun untuk melakukan pekerjaannya sebagai petani
8	Pola hubungan-peran	Di rumah: Keluarga pasien mengatakan pasien tidak ada masalah dilingkungan sekitar serta memiliki peran dan tanggung jawab di rumah namun saat sakit perannya di gantikan oleh anaknya Di rumah sakit: Keluarga pasien mengatakan pasien tidak ada masalah dilingkungan sekitar ruangan. hubungan dengan dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya baik baik saja.	Di rumah: pasien mengatakan pasien tidak ada masalah dilingkungan sekitar serta memiliki peran dan tanggung jawab di rumah namun saat skit perannya di gantikan oleh anaknya Di rumah sakit: pasien mengatakan pasien tidak ada masalah dilingkungan sekitar ruangan. hubungan dengan dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya baik baik saja.
9	Pola seksual-reproduksi	Pasien sudah menikah, berjenis kelamin perempuan, suami pasien masih hidup dan mempunyai 6 orang anak 5 laki laki dan 1 perempuan	Pasien sudah menikah, berjenis kelamin perempuan, suami pasien masih hidup dan mempunyai 5 orang anak 3 perempuan dan 2 laki laki
10	Pola koping- toleransi stres	Keluarga pasien mengatakan apabila dirinya stres, pasien akan mengupas pinang atau pergi ke kebun untuk	Pasien mengatakan apabila dirinya stres, pasien pergi kekebun untuk melakukan pekerjaan sebagai petani

No	Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
		melakukan pekerjaan sebagai petani	
11	Pola nilai-keyakinan	Pasien beragama protestan, jarang ke gereja dan jarang melakukan ibadah bersama dirumah	Pasien beragama katolik, jarang mengikuti misa di gereja dan jarang mengikuti doa rosario

e. Pemeriksaan fisik per sistem (inspeksi, palpasi, perkusi, aukultasi)

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

No	Observasi	Pasien1	Pasien 2
1	Tanda tanda vital: Tekanan darah Nadi Respiratory rate Suhu Spo2	120/69 mmHg 76x/menit 20x/menit 36°C 97%	124/77 mmHg 80x/menit 20x/menit 36°C 99%
2	Sistem pernapasan	Inspeksi: bentuk dada simetris, tidak ada tarikan dinding dada dan tidak ada penggunaan otot bantu napas. Palpasi: tidak ada benjolan dan lesi saat palpasi Perkusi: sonor Aukultasi: tidak ada suara nafas tambahan seperti krepitasi, ronki, mengi, stridor	Inspeksi: bentuk dada simetris, tidak ada tarikan dinding dada dan tidak ada penggunaan otot bantu napas. Palpasi: tidak ada benjolan dan lesi saat palpasi Perkusi: sonor Aukultasi: tidak ada suara nafas tambahan seperti krepitasi, ronki, mengi, stridor
3	Sistem peredaran darah dan sirkulasi	Inpeksi: bentuk dada simetris, tidak ada tarikan dinding dada, dan tidak ada oedema Palpasi: tidak ada kelainan atau lesi pada kulit, tidak ada nyeri tekan, frekuensi nadi 76x/menit, irama teratur, tekanan darah 120/69 mmHg Perkusi: pekak Aukultasi: suara jantung S1 S2 tunggal, tidak ada suara tambahan	Inpeksi: bentuk dada simetris, tidak ada tarikan dinding dada, dan tidak ada oedema Palpasi: tidak ada kelainan atau lesi pada kulit, tidak ada nyeri tekan, frekuensi nadi 80x/menit, irama teratur, tekanan darah 124/77 mmHg Perkusi: pekak Aukultasi: suara jantung S1 S2 tunggal, tidak ada suara tambahan
4	Sistem persyarafan	Pemeriksaan GCS 15: E4, V5, M6 Eye: membuka mata dengan spontan, pupil reflek terhadap cahaya	Pemeriksaan GCS 15: E4, V5, M6 Eye: membuka mata dengan spontan, pupil reflek terhadap cahaya

No	Observasi	Pasien1	Pasien 2
		Verbal: berorientasi dengan baik Motorik: mengikuti perintah	Verbal: berorientasi dengan baik Motorik: mengikuti perintah
5	Sistem pencernaan	Inspeksi: tidak terlihat adanya benjolan, abdomen datar, tidak ada pembesaran hepar Palpasi: tidak ada nyeri tekan Perkusi: timpani Aukultasi: bising usus 12x/menit	Inspeksi: tidak terlihat adanya benjolan, abdomen datar, tidak ada pembesaran hepar Palpasi: tidak ada nyeri tekan Perkusi: timpani Aukultasi: bising usus 12x/menit
6	Sistem perkemihan	Jumlah: 800-1.600cc Warna: kuning jernih Bau: khas amoniak Frekuensi: 4-8x/hari (pada malam hari keluarga pasien mengatakan pasien kencing 4x membuang air kencing 450 cc)	Jumlah: 400-1.400cc Warna: kuning jernih Bau: khas amoniak Frekuensi: 4-7x/hari (pada malam hari pasien mengatakan pasien kencing 4x membuang air kencing 450 cc)
7	Sistem reproduksi	Pasien berjenis kelamin perempuan, tidak dilakukan pemeriksaan pada alat reproduksi karena tidak ditemukan masalah, pasien berusia 54 tahun dan mempunyai 6 Orang anak 5 laki laki dan 1 perempuan	Pasien berjenis kelamin perempuan dan tidak dilakukan pemeriksaan pada alat reproduksi karena tidak ada masalah. Pasien berusia 57 tahun dan mempunyai 5 orang anak 3 perempuan dan 2 laki laki
8	Sistem endokrin	Inspeksi: tidak ada pembesaran kelenjar tyroid Palpasi: tidak ada nyeri tekan saat menelan	Inspeksi: tidak ada pembesaran kelenjar tyroid Palpasi: tidak ada nyeri tekan saat menelan
9	Sistem muskuloskeletal	Bentuk dan ukuran muskuloskeletal sama 4 4 4 4 Keterangan: 4: dapat melawan gaya berat dan melawan tahanan ringan dan sedang dari pemeriksa Rom: aktif	Bentuk dan ukuran muskuloskeletal sama 4 4 4 4 Keterangan: 4: dapat melawan gaya berat dan melawan tahanan ringan dan sedang dari pemeriksa Rom: aktif
10	Sistem integumen kulit turgor kulit kelembapan oedema kelainan	Warna kulit sawo matang turgor kulit keriput mukosa kulit lembab Tidak ada oedema pada tubuh pasien Tidak ada kelainan pada tubuh pasien	Warna kulit sawo matang turgor kulit keriput mukosa kulit lembab tidak ada oedema pada tubuh pasien tidak ada kelainan pada tubuh pasien
11	Sistem panca indera		
	Mata		
	Jumlah	2 bola mata	2 bola mata
	Bentuk	Simetris	Simetris

No	Observasi	Pasien1	Pasien 2
	Posisi	Sejajar	Sejajar
	Pupil	Isokor	Isokor
	Konjungtiva	Berwarna merah mudah	Berwarna merah mudah
	Sklera	Berwarna putih	Berwarna putih
	Kotoran	Tidak ada kotoran pada mata	Tidak ada kotoran pada mata
	Penglihatan	Ketajaman mata baik, tidak menggunakan kacamata	Ketajaman mata baik, tidak menggunakan kacamata
Telinga			
	Bentuk	Simetris	Simetris
	Ukuran	Normal	Normal
	Kebersihan	Telinga tampak bersih dan tidak serumen	Telinga tampak bersih dan tidak serumen
	Pendengaran	Pasien masih bisa mendengar	Pasien masih bisa mendengar
	Penglihatan alat bantu	Tidak menggunakan alat bantu pendengaran	Tidak menggunakan alat bantu pendengaran
Lidah dan mulut			
	Bentuk	Simetris	Simetris
	Kemampuan merasa	Pasien mampu membedakan rasa manis, asam, asin dan pahit	Pasien mampu membedakan rasa manis, asam, asin dan pahit
	Kebersihan mulut	Mulut pasien tampak bersih mukosa bibir pasien tampak kering	Mulut pasien tampak bersih mukosa bibir pasien tampak kering
	Kelainan	Tidak ada kelainan pada mulut	Tidak ada kelainan pada mulut
Peraba			
	Kemampuan merasakan stimulus	Pasien masih reflek terhadap stimulus panas, dingin, tajam, tumpul, dan tampak menarik tangan/menghindar dari stimulus tersebut	Pasien masih reflek terhadap stimulus panas, dingin, tajam, tumpul, dan tampak menarik tangan/menghindar dari stimulus tersebut
Hidung			
	Bentuk	Simetris dan tidak ada penggunaan otot bantu nafas	Simetris dan 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	Tidak ada kelainan pada hidung

f. Pemeriksaan Penunjang

**Tabel 4.5 Pemeriksaan Penunjang
Tanggal 26 April 2025**

Pasien 1

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Darah Lengkap			
Gula darah sewaktu (GDS)	255	Mg/dl	70-200
HEMATOLOGI			
Darah lengkap			
Hemoglobine	12,2		g/dl
hematokrit	34,5		%
Jumlah eritrosit	4,24	$10^6/\text{ul}$	4,5-5,0
Jumlah leukosit	12,2	$10^3/\text{ul}$	4,0-10,0
Jumlah trombosit	175	$10^3/\text{ul}$	150-400
Indeks eritrosit			
MCV	81,5	fl	76-90
MCH	28,9	pg	27-31
MCHC	35,4	g/dl	32-36
RDWvc	12,3	%	11-16
RDWsd	59,0	fl	39-46
Absolute lymphocyte count	3,300		<1,500
Neotropil-lymphocyte	2,21		>3,13

Pasien 2 Tanggal 06 Mei 2025

GEJALA KLINIS			
Ureum	12.5	Mg/dl	20-40
Creatinin	0.54	Mg/dl	0,5-1,5
HEMATOLOGI			
Darah lengkap			
Hemoglobine	14.2	g/dl	12,0-14,0
Gula darah sewaktu	242	Mg/dl	70-200
Hematokrit	42.7	%	40-50
Jumlah eritrosit	5.15	$10^6/\text{ul}$	4,0-5,0
Jumlah leukosit	8.9	$10^3/\text{ul}$	4,0-10,0
Jumlah trombosit	275	$10^3/\text{ul}$	150-400
Indeks eritrosit			
MCV	82.9	fl	76-90
MCH	27.6	pg	27-31
MCHC	33.2	g/dl	32-36
RDWcv	12.1	%	11-16
RDWsd	60.6	fl	39-46
Absolute lymphocyte count	2.500		<1.500
Neotropil-lymphocyte ratio	2.44		>3.13

g. Terapi Medis

Tabel 4.6 Terapi Obat

Pasien 1				Pasien 2			
Nama obat	Dosis	Rute	Fungsi obat	Nama obat	Dosis	Rute	Fungsi obat
Infus RL	500mg/8 tpm	IV	Berfungsi untuk mempertahankan hidrasi pada pasien sera mengembalikan cairan yang hilang	Infus RL	500mg/8tpm	IV	Berfungsi untuk mempertahankan hidrasi pada pasien sera mengembalikan cairan yang hilang
ceftriaxone	1 gr/2x1	IV	Untuk mengobati infeksi bakteri di berbagai area tubuh seperti kulit, saluran pernapasan, jaringan lunak, dan saluran kemih	ceftriaxone	2x1 gr	IV	Untuk mengobati infeksi bakteri di berbagai area tubuh seperti kulit, saluran pernapasan, jaringan lunak, dan saluran kemih
Furosemide	2x20 mg	IV	Untuk mengatasi penumpukan jaringan dan pembekakan akibat penyakit jantung, hati, ginjal, atau kondisi medis lain	Paracetamol	3x500 mg	Oral	Untuk meredakan nyeri ringan hingga sedang dan demam
Aspilet	2x80 mg	Oral	Menecgah terjadinya serangan jantung, atau stroke berulang pada orang yang mengalaminya. Obat ini juga bisa digunakan untuk meredakan sakit kepala, demam, dan sakit gigi	Metformin	2x500 mg	Oral	Merupakan obat antidiabetes digunakan untuk mengobati diabetes tipe 2. Obat ini berkerja untuk meningkatkan sensitivitas tubuh terhadap insulin
Metformin	2x500 mg	Oral	Merupakan obat antidiabetes digunakan untuk mengobati diabetes tipe 2. Obat ini berkerja untuk meningkatkan sensitivitas tubuh terhadap insulin				

h. Pengelompokkan Data

Tabel 4.7 Pengelompokkan Data

Pasien 1	Pasien 2
<p>Data subjektif: Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mengeluh tubuh terasa lemah</p> <p>Data objektif: Pasien tampak lemah Pasien tampak berkeringat Mukosa bibir pasien tampak kering Pasien tampak sulit untuk berbicara Hasil pemeriksaan GDS: 255 mg/dl</p>	<p>Data subjektif: Pasien mengatakan tubuh terasa lemah</p> <p>Data objektif: Pasien tampak lemah Pasien tampak berkeringat Mukosa bibir pasien tampak kering Hasil pemeriksaan GDS: 242 mg/dl</p>

i. Analisa Data

Tabel 4.8 Analisa Data

Pasien 1			
No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>Data subjektif: Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mengeluh tubuh terasa lemah</p> <p>Data objektif: Pasien tampak lemah Pasien tampak berkeringat Mukosa bibir pasien tampak kering Pasien tampak sulit untuk berbicara Hasil pemeriksaan GDS: 255 mg/dl</p>	Disfungsi pankreas	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
Pasien 2			
2	<p>Data subjektif: Pasien mengatakan tubuh terasa lemah</p> <p>Data objektif: Pasien tampak lemah Pasien tampak berkeringat Mukosa bibir pasien tampak kering Hasil pemeriksaan GDS: 242 mg/dl</p>	Disfungsi pankreas	Ketidakstabilan kadar glukosa darah

2. Diagnosa Keperawatan

a. Pasien 1

Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas

b. Pasien 2

Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.9 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan KH	Intervensi keperawatan	Rasional
Pasien 1				
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d disfungsi pankreas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x...dalam 24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil: 1. lelah/lesu menurun 2. Berkeringat menurun 3. Mulut kering menurun 4. Kesulitan bicara menurun 5. Kadar glukosa dalam darah membaik	Manajemen hiperglikemia 1.03115 Observasi: 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kambuhan) 3. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis, poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Monitor intake dan output cairan Terapeutik: 6. Berikan asupan cairan oral 7. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi: 8. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 9. Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga 10. Anjurkan pengelolaan	Manajemen hiperglikemia 1.03115 Observasi: 1. Untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebab Hiperglikemia 2. Untuk mengindetifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kambuhan) 3. Untuk memonitor kadar glukosa darah, jika perlu 4. Untuk memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis, poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Momonitor intake dan output cairan Terapeutik: 6. Untuk memberikan asupan cairan oral 7. Untuk mengkonsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi: 8. Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 9. Menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga 10. Menganjurkan pengelolaan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan KH	Intervensi Keperawatan	Rasional
			diabetes (mis, penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan Kolaborasi: 11. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu	diabetes (mis, penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan Kolaborasi: 11. Untuk mengkolaborasi pemberian insulin, jika perlu
Pasien 2				
2	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d disfungsi pankreas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x...selama 24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil: 1. Lelah/lesu menurun 2. Berkeringat menurun 3. Mulut kering menurun 4. Kadar glukosa dalam darah membaik	Manajemen hiperglikemia 1.03115 Observasi: 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kambuhan) 3. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis, poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Monitor intake dan output cairan Terapeutik: 6. Berikan asupan cairan oral 7. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi: 8. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 9. Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga 10. Anjurkan pengelolaan diabetes (mis, penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional Kesehatan Kolaborasi:	Manajemen hiperglikemia 1.03115 Observasi: 1. Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan hiperglikemia 2. Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis, penyakit kambuhan) 3. Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis, poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Untuk monitor intake dan output cairan Terapeutik: 6. Untuk berikan asupan cairan oral 7. Untuk konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi: 8. Untuk anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 9. Untuk anjurkan kepatuhan diet dan olahraga 10. Untuk anjurkan pengelolaan diabetes (mis, penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan Kolaborasi:

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan KH	Intervensi keperawatan	Rasional
			11. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu	11. Untuk kolaborasi pemberian insulin

4. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Hari tanggal jam	Implementasi keperawatan hari-1	Tanda tangan dan nama perawat	Hari Tanggal jam	Implementasi keperawatan hari -2	Tanda tangan dan nama perawat	Hari tanggal jam	Implementasi keperawatan hari -3	Tanda tangan dan nama perawat
Pasien 1 Ny.L.B									
Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d disfungsi pankreas	Sabtu 26 April 2025 08: 15 Wita	Manajemen hiperglikemia 1.03115 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis, penyakit kambuhan) 3. Memonitor kadar glukosa darah , jika perlu 4. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis, poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Memonitor intake	<i>Devi bti</i> <i>Jamb</i>	Senin 28 April 2025 08: 20 Wita	Manajemen hiperglikemia 1.03115 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis, penyakit kambuhan) 3. Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu 4. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis, poliuria, podipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Memonitor intake dan output cairan 6. Memberikan asupan cairan oral 7. Mengkonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk	<i>Devi bti</i> <i>Jamb</i>	Selasa 29 April 2025 08: 15 Wita	Manajemen hiperglikemia 1.03115 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis, penyakit kambuhan) 3. Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu 4. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis, poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Memoniot intake dan output cairan 6. Memberikan asupan cairan oral 7. Mengkonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk	<i>Devi bti</i> <i>Jamb</i>
	08: 20 Wita			08: 25 Wita			08: 25 Wita		
	08: 35 Wita			08: 30 Wita			08: 30 Wita		
	08: 40 Wita			08: 45 Wita			08: 45 Wita		
				08: 50 Wita			08: 50 Wita		
				09: 10 Wita			09: 15 Wita		
				09: 15 Wita			09: 20 Wita		

	08: 50 Wita	dan output cairan		09: 20 Wita	8. Menganjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri		09: 30 Wita	8. Menganjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri	
	09: 15 Wita	6. Memberikan asupan cairan oral		09: 25 Wita	9. Menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga		09: 45 Wita	9. Menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga	
	09: 20 Wita	7. Mengkonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk		09: 30 Wita	10. Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis, penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan)		09: 50 Wita	10. Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis, penggunaan insulin, obat oral, memonitor asupan cairan penggantian kabohidrat, dan bantuan profesional	
	09: 25 Wita	8. Menganjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri		09: 45 Wita	11. Mengkolaborasi pemberian insulin, jika perlu		10: 10 Wita	11. Mengkolaborasi pemberian insulin, jika perlu	
	09: 30 Wita	9. Menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga							
	09: 40 Wita	10. Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis, penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan)							
	09: 50 Wita	11. Mengkolaborasi pemberian insulin, jika perlu							

Pasien 2 Ny.N.K

Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d disfungsi pankreas	Selasa 06 Mei 2025 08: 15 wita	Manajemen hiperglikemia 1.03115 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis, penyakit kambuhan) 3. Memonitor kadar glukosa darah , jika perlu 4. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis, poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Memonitor intake dan output cairan 6. Memberikan asupan cairan oral 7. Mengkonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala	<i>deni bti</i> <i>Amub</i>	Rabu 07 Mei 2025 08: 10 Wita	Manajemen hiperglikemia 1.03115 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis, penyakit kambuhan) 3. Memonitor kadar glukosa darah , jika perlu 4. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis, poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Memonitor intake dan output cairan 6. Memberikan asupan cairan oral 7. Mengkonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk 8. Menganjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri 9. Menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga 10. Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis, penggunaan insulin, obat	<i>deni bti</i> <i>Amub</i>	Kamis 08 Mei 2025 08: 10 Wita	Manajemen hiperglikemia 1.03115 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis, penyakit kambuhan) 3. Memonitor kadar glukosa darah , jika perlu 4. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis, poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Memonitor intake dan output cairan 6. Memberikan asupan cairan oral 7. Mengkonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk 8. Menganjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri 9. Menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga 10. Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis, penggunaan insulin, obat oral, monitor	<i>deni bti</i> <i>Amub</i>	
	08: 20 Wita			08: 15 Wita			08: 15 Wita			
	08: 25 Wita			08: 20 wita			08: 20 Wita			08: 20 Wita
	08: 30 Wita			08: 25 Wita			08: 25 Wita			08: 25 Wita
	08: 45 Wita			08: 30 Wita			08: 30 Wita			08: 30 Wita
	08: 50 Wita			08: 45 Wita			09: 10 Wita			09: 10 Wita
	09: 10 Wita			08: 50 Wita			09: 15 Wita			09: 15 Wita
		09: 10 Wita	09: 25 Wita							
		09: 15 Wita	09: 30 Wita							
		09: 20 Wita	09: 45 Wita							

	09: 15 Wita	hiperglikemia tetap ada atau memburuk			oral, monitor asupan cairan pengganti karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan)				
	09: 20 Wita	8. Mengajukan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri		09: 25 Wita	11. Mengkolaborasi pemberian insulin, jika perlu		Pukul 09: 50 Wita	11. Mengkolaborasi pemberian insulin, jika perlu	
	09: 25 Wita	9. Mengajukan kepatuhan diet dan olahraga							
	09: 30 Wita	10. Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis, penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan pengganti karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan)							
		11. Mengkolaborasi pemberian insulin, jika perlu							

5. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 11 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Hari tanggal jam	Evaluasi keperawatan hari -1	Tanda tangan dan nama perawat	Hari tanggal jam	Evaluasi keperawatan hari -2	Tanda tangan dan nama perawat	Hari tanggal jam	Evaluasi keperawatan hari -3	Tanda tangan dan nama perawat
Pasien 1 Ny.L.B									
Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d disfungsi pankreas	Sabtu, 26 April 2025 14: 10 Wita	<p>S:Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien merasakan badan lemah</p> <p>O:Pasien tampak lelah/lesu, pasien tampak berkeringat, mukosa bibir pasien tampak kering, pasien tampak sulit bicara, hasil pemeriksaan GDS: 255 mg/dl</p> <p>A:Masalah keperawatan belum teratasi</p> <p>P:Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11</p>	<i>Devi bti</i> <i>Jumb</i>	Senin 28 April 2025 14: 15 Wita	<p>S:Keluarga pasien mengatakan pasien masih sedikit merasakan badan lemah</p> <p>O:Pasien tampak masih lelah/lesu, keringat pada pasien berkurang, mukosa bibir pada pasien tampak sedikit lembab, pasien tampak sudah sedikit berbicara. Hasil pemeriksaan GDS: 228 mg/dl</p> <p>A: Masalah keperawatan belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,</p>	<i>Devi bti</i> <i>Jumb</i>	Selasa 29 April 2025 14: 00 Wita	<p>S:Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sudah tidak merasakan badan lemah</p> <p>O:Pasien tampak sudah tidak lelah/lesu, pasien tampak sudah tidak berkeringat, mukosa bibir pada pasien tampak lembab, pasien sudah bicara. Hasil pemeriksaan GDS: 124 mg/dl</p> <p>A:Masalah keperawatan teratasi</p> <p>P:Intervensi dihentikan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,</p>	<i>Devi bti</i> <i>Jumb</i>

Pasien 2 Ny.N.K

<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah b. disfungsi pankreas</p>	<p>Selasa 06 Mei 2025 Jam 14:10 Wita</p>	<p>S:Pasien mengatakan bahwa tubuhnya terasa lemah O:Pasien tampak lemah, badan pasien tampak berkeringat, mukosa bibir pasien tampak kering. Hasil pemeriksaan GDS: 242 mg/dl A:Masalah keperawatan belum teratasi P:Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11</p>	<p><i>deiri bli</i> <i>[Signature]</i></p>	<p>Rabu 07 Mei 2025 Jam 14:15 Wita</p>	<p>S: Pasien mengatakan tubuhnya masih lemah O:Pasien masih tampak lelah/lesu, keringat pada pasien tampak sedikit berkurang, mukosa bibir pada pasien tampak sedikit lembab. Hasil pemeriksaan GDS: 220 mg/dl A:Masalah keperawatan belum teratasi P:Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,</p>	<p><i>deiri bli</i> <i>[Signature]</i></p>	<p>Kamis 08 Mei 2025 Jam 14:00 Wita</p>	<p>S:Pasien mengatakan bahwa sudah tidak merasakan badan lemah O:Pasien tampak sudah tidak lemah, badan pasien tampak sudah tidak berkeringat, mukosa bibir pasien tampak lembab. Hasil pemeriksaan GDS: 193 mg/dl A:Masalah keperawatan teratasi P:Intervensi dihentikan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,</p>	<p><i>deiri bli</i> <i>[Signature]</i></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 Keperawatan

Diabetes melitus memiliki tanda-tanda dan efek samping seperti buang air kecil yang meluas, rasa haus yang meluas, penurunan berat badan, kelaparan, masalah kulit, penyembuhan kulit yang lambat, penyakit jamur, gangguan genital, kelelahan, penglihatan kabur, menggigil atau mati rasa dan peningkatan glukosa (Kemenkes RI, 2019). Salah satu cara untuk mengetahui siapa yang menderita diabetes dapat dilakukan pemeriksaan kadar glukosa darah yang efek sampingnya sangat penting untuk penentuan diabetes tipe I atau tipe II. Dengan asumsi hasil tes glukosa menunjukkan kadar gula ≥ 200 mg/dL, maka individu tersebut dapat dipastikan menderita diabetes melitus (Riskedas, 2018). Indikator diabetes melitus tipe II dapat bermanifestasi secara subliminal tidak disadari. Faktanya 8 juta orang atau lebih manusia tidak sadar jika dirinya mengalami penyakit diabetes melitus tipe II. Gejala diabetes melitus tipe II menurut Michael Dansinger (2023: meliputi: sering mengalami rasa haus atau minum yang berlebihan (polydipsia), peningkatan frekuensi buang air kecil (polyuria), sering merasa lapar (polifagia), penglihatan kabur, merasa tersinggung dengan cepat. Pengkajian keperawatan terhadap masalah kebutuhan nutrisi dapat meliputi pengkajian khusus pada masalah kebutuhan nutrisi dan pengkajian fisik secara umum yang berhubungan dengan kebutuhan nutrisi. Asuhan keperawatan menurut A. Aziz Alimul Hidayat Musrifatul Uliyah (2015) adalah sebagai berikut:

a. Riwayat makanan

Yang meliputi informasi atau kekurangan tentang pola makan, tipe makanan yang dihindari atau diabaikan, makanan yang lebih disukai, yang dapat digunakan untuk membantu merencanakan jenis makanan untuk sekarang dan rencana makanan untuk masa selanjutnya

b. Kemampuan makan

Ada beberapa hal yang perlu dikaji dalam hal kemampuan makan, antara lain kemampuan mengunyah, menelan dan makan sendiri tanpa bantuan orang lain

c. Pengetahuan tentang nutrisi

Ada beberapa hal yang sangat penting dalam pengkajian nutrisi adalah penentuan tingkat pengetahuan pasien mengenai kebutuhan nutrisi.

d. Nafsu makan (menurun), jumlah asupan

e. Tingkat aktivitas

f. Pengonsumsi obat.

Pengkajian ini difokuskan pada asuhan keperawatan. Pengkajian pada pasien 1 dilakukan pada tanggal 26 April 2026. Didapatkan hasil pada pengkajian pasien 1 yaitu keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh badan lemah. Didapatkan hasil pemeriksaan gula darah 255 mg/dl. Hasil pengkajian pada pasien 2 dilaksanakan pada tanggal 06 Mei 2026. Didapatkan hasil pada pengkajian pada pasien 2 yaitu pasien mengatakan tubuhnya terasa lemah. Dari hasil pemeriksaan gula darah 242 mg/dl.

Studi kasus yang dilakukan peneliti tidak terdapat perbedaan tanda dan gejala diantara pasien 1 dan pasien 2 yaitu badan terasa lemah tetapi terdapat peningkatan glukosa darah. Pada pasien 1 terdapat gula darah 255 mg/dl dan pasien 2, 242 mg/dl. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pengkajian pada pasien merupakan hal yang sangat penting agar dapat mengetahui penyebab dari keluhan

yang pasien rasakan. Berdasarkan penjelasan di atas terdapat persamaan antara teori dan studi kasus dimana kedua pasien mengalami kelemahan dan peningkatan kadar glukosa darah.

2. Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 berdasarkan *pathway* diabetes melitus tipe II menurut Smeltzer dan Bare (2016) terdapat 4 diagnosa yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah, risiko ketidakseimbangan cairan, kerusakan integritas kulit dan defisit nutrisi. Masalah keperawatan pada kedua pasien tersebut terdapat pada buku SDKI (2018) yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah. Dapat disimpulkan bahwa kedua pasien memiliki persamaan antara kasus nyata dan teori yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah.

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan kepada pasien 1 dan pasien 2 terdapat penyakit yang dialami oleh kedua pasien yaitu penyakit diabetes melitus tipe II. Berdasarkan buku (SDKI 2018) terdapat gejala dan tanda mayor pada pasien diabetes melitus tipe II yaitu lelah atau lesu, kadar glukosa dalam darah/urin tinggi, gejala dan tanda minor, mulut kering, haus meningkat, jumlah urin meningkat. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa masalah keperawatan yang didapatkan dari kedua pasien sesuai dengan teori yang telah di lampirkan dalam diagnosa keperawatan (SDKI 2018). Dari hasil pengkajian pada kedua pasien dilakukan analisa kemudian disimpulkan bahwa terdapat masalah keperawatan yang dialami oleh kedua pasien yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah.

Dengan demikian penulis menyimpulkan bahwa terdapat persamaan antara diagnosa teori dan diagnosa pada kasus nyata yang telah ditegakkan bahwa kedua pasien memiliki tanda dan gejala yang sama yaitu merasakan lemah dan peningkatan glukosa darah.

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan SIKI (2018) telah melampirkan 17 intervensi kepada pasien dengan gangguan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas. Kemudian setelah itu intervensi yang direncanakan pada pasien 1 dan pasien 2 direncanakan 11 intervensi. 6 intervensi yang tidak ditegakkan pada pasien 1 dan pasien 2 karena dari keenam intervensi tersebut tidak dapat direncanakan pada kedua pasien. Berikut terdapat beberapa intervensi sebagai berikut: identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis, penyakit menular), monitor kadar glukosa darah, jika perlu, monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis, poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala), monitor intake dan uotput cairan, berikan asupan cairan oral, konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, anjurkan kepatuhan diet dan olahraga, ajarkan pengelolaan diabetes (mis, penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional), kolaborasi pemberian insulin, jika perlu.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Pada tahap ini perawat melaksanakan tindakan keperawatan terhadap pasien baik secara umum maupun secara khusus pada klien diabetes melitus pada pelaksanaan ini perawat melakukan fungsi secara independent, interpendent dan dependen (Nurasihtho, 2022).

a. Pelaksanaan pemberian nutrisi melalui oral. Merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi secara sendiri atau dengan cara memberikan

makan/nutrisi melalui oral (mulut) bertujuan agar memenuhi nutrisi dengan pasien untuk menambah selera makan pada pasien.

- b. Diet merupakan suatu pengaturan makan pada penyandang diabetes melitus tipe II yang hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum meliputi makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing masing individu. Pada penderita diabetes melitus tipe II perlu ditekankan bahwa pentingnya pengaturan makan dalam hal jadwal makan, jenis dan jumlah makanan terutama pada pasien yang menggunakan obat penurun glukosa darah atau insulin (PERKENI 2022).

Teknik pengaturan diet yang dilakukan pada pasien 1 dan 2 secara sederhana yaitu dengan melakukan pendekatan kepada pasien dan keluarga pasien. Kemudian penulis memberikan leaflet kepada pasien dan keluarga, setelah itu penulis menjelaskan tentang isi dari leaflet tersebut, yaitu pengertian diabetes melitus, tanda dan gejala, penyebab dari penyakit diabetes melitus, cara pencegahan, pengertian diet, manfaat diet untuk penderita diabetes melitus untuk mengontrol kadar gula darah, untuk mencegah komplikasi DM seperti: penyakit jantung, stroke, kerusakan ginjal, kerusakan saraf dan masalah mata, mencapai dan mempertahankan berat badan yang sehat dan meningkatkan energi dan kualitas hidup, prinsip dasar diet yaitu pola makan yang teratur, porsi yang terkendali, dan konsumsi serat yang cukup, tips untuk mengelolah diet, jenis makan dan minuman yang boleh dikonsumsi oleh penderita diabetes melitus tipe II dan jenis makanan dan minuman yang tidak boleh dikonsumsi oleh pasien diabetes melitus tipe II.

Dapat disimpulkan bahwa diabetes melitus tipe II merupakan penyakit yang disebabkan oleh ketidakmampuan pankreas untuk produksi insulin yang cukup atau ketidakmampuan tubuh untuk menggunakan hormon insulin dengan baik. Diabetes melitus tipe II dapat diminimalisir dengan mengontrol gula secara tepat dengan menjaga pola makan dan

penerapan diet untuk mengendalikan kadar glukosa darah pada pasien diabetes melitus tipe II.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir untuk menentukan apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan sudah tercapai atau tidak. Evaluasi bukanlah akhir dari proses keperawatan, melainkan mekanisme berkelanjutan yang memastikan intervensi yang berkualitas. Evaluasi terkait erat dengan masing-masing tahap lain dari proses keperawatan (Nurasih, 2022).

Penelitian Zulaikah et al (2022) menyatakan perencanaan makan yang bertujuan agar membantu penderita diabetes melitus tipe II dapat memperbaiki kebiasaan makannya sehingga kadar gula darahnya dapat terkendali dengan baik. Untuk dapat mengatur jumlah kalori serta karbohidrat yang dikonsumsi setiap hari dengan penerapan prinsip 3J yaitu jumlah, jenis dan jadwal.

Hasil evaluasi keperawatan selama 3 hari pada pasien Ny. L.B di mulai pada tanggal 26 April 2025

Pada pasien 1: evaluasi hari pertama: dengan diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas. Didapatkan evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x dalam 24 jam hari pertama keluarga pasien mengatakan bahwa pasien masih merasakan badan lemah dan pusing. Pasien tampak lelah/lesu, pasien tampak berkeringat, mukosa bibir pasien tampak kering, pasien kesulitan dalam berbicara, kadar glukosa darah 255 mg/dl. Masalah belum teratasi karena pasien masih merasakan badan lemah dan pusing. Pada pasien 1 dilakukan observasi hari pertama jenis makanan yang dikonsumsi di rumah sakit berupa bubur 1 porsi, tempe 1 potong, sayuran labu dicampur daging sapi 1 porsi, waktu makan pukul 08: 00 wita dan hasil pemeriksaan gula darah 255 mg/dl dan makanan yang dikonsumsi diluar rumah sakit berupa nasi putih, tahu tempe, ikan dan sayuran.

Evaluasi **hari ke -2 pada tanggal 28 April 2025**. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien masih merasakan badan lemah dan pusing. Pasien tampak lemah, pasien masih tampak berkeringat, mukosa bibir pasien tampak kering, pasien masih sulit berbicara, kadar glukosa dalam darah 228 mg/dl. Masalah belum teratasi intervensi dilanjutkan. Hari kedua dilakukan observasi pada pasien 1 jenis makanan yang dikonsumsi berupa bubur 1 porsi, tempe 1 potong, sayuran bayam 1 porsi. Waktu makan pukul 08: 10 wita dan hasil pemeriksaan gula darah 228 mg/dl, dan makanan yang dikonsumsi diluar rumah sakit berupa nasi putih, tahu tempe, ikan dan sayuran.

Kemudian **evaluasi hari ke 3 pada tanggal 29 April 2025** dengan keluhan keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sudah tidak merasakan lemah dan pusing, pasien tampak tidak lelah/lesu, pasien tampak tidak berkeringat, mukosa bibir pasien tampak lembab, pasien tidak sulit dalam berbicara, kadar glukosa dalam darah 124 mg/dl. masalah teratasi, intervensi dihentikan. Pada hari ketiga dilakukan observasi pada pasien 1 jenis makanan yang dikonsumsi berupa bubur 1 porsi, tahu tempe, daging ayam 1 potong, sayuran wortel dicampur labu 1 porsi, hasil pemeriksaan gula darah 124 mg/dl dan makanan yang dikonsumsi diluar rumah sakit berupa nasi putih, tahu tempe, ikan dan sayuran.

Hasil **evaluasi keperawatan selama 3 hari pada pasien Ny. N.K di mulai pada tanggal 06 Mei 2025** dengan diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah. Didapatkan evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x dalam 24 jam hari pertama pasien mengatakan bahwa pasien masih merasakan badan lemah dan pusing, pasien tampak lelah/lesu, pasien tampak berkeringat, kadar glukosa darah 242 mg/dl. masalah belum teratasi karena pasien masih merasakan badah lemah dan pusing. Pada pasien 2 dilakukan observasi sama seperti pada pasien 1 yaitu jenis makanan yang dikonsumsi berupa perta`ma jenis makanan

yang dikonsumsi berupa bubur 1 porsi, tempe 1 potong, sayuran labu dicampur daging sapi 1 porsi, waktu makan pukul 08: 00 wita, hasil pemeriksaan gula darah 242 mg/dl. Makanan yang dikonsumsi diluar rumah sakit berupa nasi putih, tahu tempe, daging ayam, ikan, dan sayuran.

Evaluasi hari ke -2 pada tanggal 07 Mei 2025. pasien mengatakan bahwa pasien masih merasakan badan lemah dan pusing. Pasien tampak lemah, pasien masih tampak berkeringat, mukosa bibir pasien tampak kering, kadar glukosa dalam darah 220 mg/dl masalah belum teratasi intervensi dilanjutkan. Pada hari kedua dilakukan observasi jenis makanan yang dikonsumsi berupa bubur 1 porsi, tempe 1 potong, sayuran bayam 1 porsi. Waktu makan pukul 08: 10 wita, hasil pemeriksaan gula darah 220 mg/dl. Makanan yang dikonsumsi diluar rumah sakit berupa nasi putih, tahu tempe, daging ayam, ikan, dan sayuran.

Kemudian evaluasi hari ke 3 pada tanggal 08 Mei 2025 dengan keluhan pasien mengatakan bahwa pasien sudah tidak merasakan lemah dan pusing, pasien tampak tidak lelah/lesu, pasien tampak tidak berkeringat, mukosa bibir pasien tampak lembab, kadar glukosa dalam darah 193 mg/dl, masalah teratasi, intervensi dihentikan. Pada hari ketiga dilakukan observasi jenis makanan yang dikonsumsi berupa bubur 1 porsi, tahu tempe, daging ayam 1 potong, sayuran wortel dicampur labu 1 porsi, hasil pemeriksaan gula darah 193 mg/dl. Makanan yang dikonsumsi diluar rumah sakit berupa nasi putih, tahu tempe, daging ayam, ikan, dan sayuran.

Tujuan dari evaluasi adalah untuk mengetahui sejauh mana perawat dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Untuk mengetahui masalah teratasi, teratasi sebagian, tidak teratasi atau muncul masalah baru adalah dengan cara memandangkan SOAP dengan tujuan, kriteria hasil yang telah ditetapkan. Format pengkajian menggunakan: **S:** subjek adalah informasi yang

berupa ungkapan yang diperoleh dari pasien setelah dilakukan tindakan, **O:** objek merupakan informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran, yang dilakukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan, **A:** analisa merupakan bandingan antara subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, belum teratasi, masalah teratasi sebagian, muncul masalah baru, **P:** planning merupakan rencana keperawatan lanjut yang akan dilakukan berdasarkan analisa, baik itu rencana diteruskan, dimodifikasi, dibatalkan adalah masalah baru, selesai, atau tujuan tercapai (Nurasihtoh, 2022).

Pada evaluasi terakhir pasien 1 dan pasien 2 dengan diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas dari hasil evaluasi adalah tercapai. Penulis menyimpulkan bahwa masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan implementasi edukasi diet rendah gula pada pasien diabetes melitus tipe II sejalan dengan penelitian yang diterapkan oleh Chaidir et al (2017) mengemukakan bahwa penyakit diabetes melitus dapat dicegah dengan pengontrolan yang baik dan teratur dengan cara merubah gaya hidup dan kebiasaan dalam konsumsi makanan yang sehat agar dapat mencegah peningkatan kadar glukosa darah. Penyakit diabetes melitus dapat dicegah dengan terapi non farmakologi yaitu diet yang tepat yang bertujuan agar kadar glukosa darah dalam batas normal.

C. Keterbatasan Pelaksanaan Studi Kasus

Selama penelitian penulis tidak mendapatkan hambatan karena pasien maupun keluarga kooperatif ketika diberikan edukasi kesehatan. Penelitian ini akan lebih baiknya dilakukan pada pasien rawat jalan.