

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### 4.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Dengan 2.156 penduduk, Desa Pambotanjara, Kabupaten Kota Waingapu, merupakan lokasi fasilitas kesehatan primer masyarakat, yaitu Puskesmas Pambotanjara. Terletak di Desa Pambotanjara, Kabupaten Kota Waingapu, Kabupaten Sumba Timur, Puskesmas Pambotanjara memiliki luas wilayah 17,90 km<sup>2</sup> dan kepadatan penduduk 120 jiwa per km<sup>2</sup>, dengan batas wilayah.

1. Sebelah utara : berbatasan dengan lukukamaru.
2. Sebelah selatan : berbatasan dengan desa Mbatakapidu
3. Sebelah timur : berbatasan dengan kelurahan kambajawa
4. Sebelah barat : berbatasan dengan desa matawai torung

Desa Pambotanjara di Kabupaten Kota Waingapu merupakan lokasi Puskesmas Pambotanjara. Puskesmas Pambotanjara terletak di sebuah desa dan menawarkan berbagai layanan kesehatan, seperti layanan keluarga berencana dan kesehatan ibu dan anak (KIA), dua poliklinik umum, klinik gigi, gizi, imunisasi, laboratorium dasar, kesehatan lingkungan, puskesmas keliling, layanan kesehatan sekolah, kesehatan lansia, dan satu layanan Obstetri Neonatal Esensial Dasar (PONED), khususnya PONED Hambala.

Studi kasus yang digunakan adalah kunjungan keperawatan kepada seorang pasien dengan analisis peningkatan status kesehatan pasien diabetes melitus. Asesmen, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi pasien Tn. N.

merupakan lima prosedur keperawatan yang digunakan penulis untuk menunjukkan luaran asuhan keperawatan dalam bab ini.

#### 4.1 Hasil Penelitian

##### 4.1.1 Pengkajian

##### 1. Identitas pasien

Nama : Tn. N  
Umur : 73 tahun  
Jenis kelamin : laki-laki  
Suku/bangsa : sumba  
Agama : Kristen protestan  
pekerjaan : pensiun  
Pendidikan : tamatan PSG  
Alamat : Pambotanjara  
Penanggung jawab : BPJS  
Diagnose Medik MRS : DM

##### 2. Identitas penanggung jawab

Nama : Ny. N  
Umur : 70 tahun  
Jenis kelamin : perempuan  
Susku/bangsa : sumba  
Agama : Kristen protestan  
Pekerjaan : petani/ibu rumah tangga  
Pendidikan : tamatan SD  
Alamat : pambotanjara  
Hubungan dengan klien : istri

##### 3. Riwayat kesehatan

##### a) Keluhan utama

Tn. N mengatakan Lelah/lesu

b) Riwayat kesehatan penyakit sekarang

Tn. N mengaku mengalami kelesuan dan kelelahan, sering buang air kecil, sering lapar, dan sering haus.

c) Riwayat kesehatan penyakit dahulu

Tn. N mengatakan menderita penyakit DM sejak tahun 2018

d) Riwayat alergi

Tn. N mengatakan tidak ada riwayat alergi dalam hal makanan maupun obat-obatan

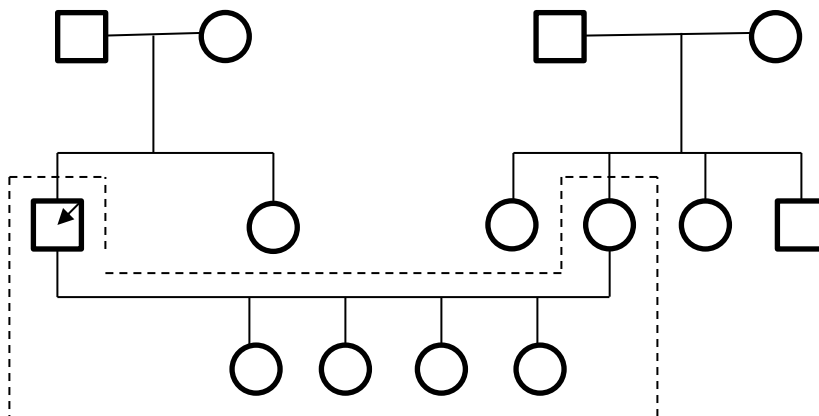
e) Riwayat kesehatan keluarga

Tn. N mengklaim tidak ada seorang pun di keluarganya yang menderita penyakit yang sama dengannya.





f) Riwayat penyakit tropic

Tn. N mengatakan pada saat ini hanya sakit DM yang di rasakan

g) Genogram Tn. N



Keterangan :

-  : pasien laki-laki
-  : pasien perempuan
-  : laki-laki meninggal
-  : perempuan meninggal
- : gari perkawinan
- | : garis keturunan
- : tinggal serumah

gambar 4.1 genogram Tn. N 1

4. Riwayat kesehatan lingkungan

Lingkungan rumah berada di tempat yang padat penduduk, halaman rumah cukup bersih, rumah terdapat ventilasi

5. Riwayat kesehatan lainnya

Pasien tidak menggunakan gigi palsu dan tidak menggunakan kacamata

6. Riwayat psikososial dan spiritual

Hubungan dengan klien (kenal/tidak kenal/lainnya) : tidak kenal

Dukungan keluarga (aktif/kurang/tidak ada) : aktif

Dukungan kelompok/teman/masyarakat (aktif/kurang/ tidak ada) : tidak ada

Reaksi saat interaksi : kontak mata

Konflik yang terjadi : tidak ada

Konsep tentang penguasa kehidupan : Tuhan

Sumber kekuatan/harapan saat sakit : Tuhan

Ritual agama yang bermakna/ diharapkan saat ini : berdoa

Upaya kesehatan yang bertentangan dengan keyakinan agama : Tn. N mengatakan tidak ada

Keyakinan/kepercayaan bahwa Tuhan menolong dalam menghadapi situasi sakit saat ini : Tn. N mengatakan percaya kepada Tuhan

Keyakinan/kepercayaan bahwa penyakit dapat di sembuhkan : Tn. N mengatakan yakin bahwa penyakitnya dapat disembuhkan

## 7. POLA FUNGSI KESEHATAN

Hal Yang Dikaji	Pola Kebiasaan	
	Sebelum Sakit	Di Rumah Sakit/ Saat Ini
<b>2.1 Pola Kognitif- Persepsi</b>	Pasien mengaku tidak menyadari penyakit yang dideritanya.	Pasien mengaku sudah menyadari penyakit yang dideritanya.
<b>2.2 Pola Nutrisi-Metabolik</b>		
<b>a) Antropometri</b>		
✓ BB	✓ 58 kg	✓ 58 kg
✓ TB	✓ 150 cm	✓ 150 cm
✓ IMT	✓	✓
<b>b) Biochemical</b>		
<input type="checkbox"/> Laboratorium focus nutrisi	✓ Diet rendah gula	✓ Diet rendah gula
<b>c) Clinical</b>		
✓ Indikator klinis	Rambut bersih	Rambut bersih
✓ seperti rambut	Turgor kulit lembap	Turgor kulit kering
✓ turgor kulit	Selaput lendir lembap	Mukosa bibir kering
✓ mukosa bibir	Warna merah muda	Merah muda
✓ warna lidah (menunjukkan adanya ulkus)	Tidak apatis	Konjungtiva anemis
✓ konjungtiva anemia		
<b>d) Diet</b>		
✓ Nafsu makan	Normal	Meningkat
✓ Jenis makanan	Nasi,sayur 3x/hari	Nasi jagung,sayur 4x/hari
✓ Frekuensi makan	Tidak ada	Diet rendah gula
✓ Jenis Diet		

e) <b>Mual/ Muntah/ Sariawan</b>	Tidak rasa mual/muntah, Tidak sariawan	Tidak rasa mual/muntah, tidak ada sariawan
f) <b>Minum (frekuensi, Jumlah, Jenis)</b>	9x/hari, air putih	10x/hari, air putih

### 2.3 Pola Eliminasi

#### a) BAK

✓ Frekuensi (x/hari)	5x/hari	<b>9x/hari</b>
✓ Warna	Kuning khas urine	Kuning khas urine
✓ Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
✓ Penggunaan alat bantu (kateter/ lainnya)	Tidak ada	Tidak ada

#### b) BAB

✓ Frekuensi (x/hari)		
✓ Waktu (pagi/ siang/ malam/ tidak tentu)	1x/hari	1x/hari
✓ Warna	Pagi hari	Tidak menentu
✓ Keluhan		
✓ Konsistensi	kuning	kuning
✓ Penggunaan laxative	tidak ada	tidak ada
✓ Penggunaan alat bantu	padat	padat
	tidak ada	tidak ada
	tidak ada	tidak ada

### 2.4 Pola Personal Hygiene

✓ Mandi (frekuensi)	2x/hari	1x/hari
✓ Oral hygiene (frekuensi)	2x/hari	1x/hari
✓ Cuci Rambut (frekuensi)	1x/hari	1x/hari
✓ Mengganti Pakaian (frekuensi)	1x/hari	1x/hari
✓ Penampilan umum	Bersih	Bersih

### 2.5 Pola Aktivitas dan Latihan

ADL	0	1	2	3	4	Keterangan
Makan/minum	0					0: mandiri 1: dengan alat bantu 2: di bantu orang lain 3: di bantu orang lain dan alat 4: tergantung total
Toileting		1				
Mobilisasi dari tempat tidur		1				
Berpakaian	0					
Berpindah			2			
Ambulasi				3		

Mandiri

Kadang di bantu oleh istri

**2.6 Pola Istirahat dan Tidur**

- ✓ Waktu
- ✓ Frekuensi
- ✓ Kebiasaan/ Ritual tidur
- ✓ Keluhan

- ✓ Tidur siang jam 13.00-14.00 tidur malam jam 20.00-05.00
- ✓ 2x
- ✓ Berdoa
- ✓ Tidak ada keluhan.

- ✓ Tidur siang jam 13.00-14.00 Tidur malam jam 20.00-05.00
- ✓ 2x
- ✓ Berdoa
- ✓ Tidak ada keluhan

**2.7 Pola Peran-Hubungan**

(peran secara individu, perubahan peran atau tidak)

Kurang baik

**2.8 Pola Seksualitas-Reproduksi**

(Pemenuhan kebutuhan seksualitas dan reproduksi individu)

-

-

**2.9 Pola Koping-Toleransi Stres**

(masalah, strategi penyelesaian, support sistem, solusi)

Ketika sedang sedih dia sering berdoa dan menelpon orang tuannya

Saat sakit dia kesedihannya dan kecemasannya dengan berdoa kepada Tuhan meminta pertolongan Tuhan.

**2.10 Pola Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan**

(Merokok/ konsumsi alkohol/ bergadang/ lainnya)

Pasien mengatakan pernah merokok dan sering konsumsi alkohol

Pasien mengatakan tidak merokok dan tidak konsumsi alcohol lagi

**8. Pemeriksaan fisik ( inspeksi,palpasi,perkusi, aiuskultasi,olfaksi )**

1) Keadaan umum : sakit sedang

2) Tanda-tanda vital

-TD: 140/80 mmhg

-S : 36,5 °C

- RR : 22x/m

- N :65x/m
- BB : 58 kg
- TB : 150 cm

## 9. Body system

### a. Pernapasan (B1 : Breathing)

Hidung :bersih, tidak ada secret

Trachea :

Suara tambahan : tidak terdengar suara tambah wheezing maupun ronchi

Bentuk dada : Normah Chest

Focal fremitus : getaran dinding dada sama

### b. Cardiovaskuler (B2: Bleeding)

Tn. N mengatakan tidak ada nyeri

Suara jantung : tidak di kaji, tidak ada kelainan

Edema : tidak ada pembengkakan pada ekstremitas bawah maupun ekstremitas atas, tidak ada kelainan, tidak menggunakan alat bantu

Ictus coris : ictus cordis teraba

Perkusi jantung : tidak melakukan pengkajian

## 10. Persyarafan (B3: Brain)

a. Kesadaran : compos mentis

b. Glasgow Coma Scale (GCS)

E : 4

V : 5

M : 6

Nilai : 15

Parameter	Respon/ Reaksi	Skor
Mata /Eye (E)	<input type="checkbox"/> Membuka mata spontan	4
	<input type="checkbox"/> Membuka mata karena diajak berbicara/ dipanggil	3
	<input type="checkbox"/> Membuka mata karena rangsangan nyeri	2

	<input type="checkbox"/> <b>Tidak ada respon</b>	<b>1</b>
Verbal (V)	<input type="checkbox"/> Orientasi baik, dapat berbicara dengan lancar	5
	<input type="checkbox"/> Bingung	4
	<input type="checkbox"/> Kata-kata tidak sesuai	3
	<input type="checkbox"/> Suara tidak jelas (bergumam)	2
	<input type="checkbox"/> <b>Tidak ada respon</b>	<b>1</b>
Motorik (M)	<input type="checkbox"/> Mematuhi perintah	6
	<input type="checkbox"/> Melokalisir nyeri	5
	<input type="checkbox"/> Menghindari nyeri	4
	<input type="checkbox"/> Fleksi abnormal	3
	<input type="checkbox"/> Ekstensi abnormal	2
	<input type="checkbox"/> <b>Tidak ada respon</b>	<b>1</b>

**Ket:**

Composmentis : Skor GCS 14-15

Apatis : Skor GCS 12-13

Delirium : Skor GCS 10-11

Somnolen : Skor GCS 7-9

Stupor : Skor GCS 4-6

Koma : Skor GCS 3

c. Kepala dan wajah

Inspeksi: rambut simetris, lurus, hitam, bebas ketombe.

Palpasi: tidak ada benjolan, tidak ada massa, tidak ada nyeri.

d. Mata

Sklera : putih

Konjungtiva : merah mudah

Pupil : isokor

e. Leher

Pemeriksaan: cokelat tua, tidak ada benjolan atau bekas luka.

Palpasi: tidak menunjukkan pembesaran kelenjar tiroid atau kelenjar getah bening.

- f. Pendengaran : baik
- g. Penciuman : baik
- h. Penglihatan : baik
- i. Perabaan : baik

11. Perkemihan-Eliminasi Urine (BA : Bladder )

Produksi urine : 600 ml

Frekuensi : 10x/ hari

Warna : kuning

Bau : khas urine

12. Pencernaan-Eliminasi Alvi ( B5: Bowel)

a. Mulut

Gigi: Bebas karang gigi, gigi berlubang, dan retak.

Gusi: Bebas pendarahan, pembengkakan, atau peradangan.

Lidah: Bebas bintik atau sariawan.

b. Tenggorokan ( inspeksi/olfaksi ) : tidak ada amandel

c. Abdomen

Inspeksi :simetris, sawo matang, tidak ada lesi

Auskultasi :bising usus normal

Palpasi :tidak ada nyeri, tidak ada massa

Perkusi :bunyi pekak

d. Rectum

BAB : 1x/hari, Konsistensi : padat

13. Tulang-Otot-integumen (B6: Bone)

a. Kemampuan pergerakan sendi

Paralise :tidak

Parese :tidak

Ekstremitas atas: bebas dari luka, peradangan, dan anomali

Ekstremitas bawah: bebas dari anomali, peradangan, dan cedera

Kekuatan Otot:

5555	5555
5555	5555

**Ket:** 5

(100%) = Normal

4 (75%) =Dapat melawan gaya berat gravitasi dan tahanan ringan-sedang dari pemeriksa

3 (50%) = Mampu menahan gravitasi namun tidak mampu menahan perlawanan pemeriksa

2 (25%) =Ada gerakan sendi, tidak dapat melawan tahanan minimal gravitasi

1 (10%) =kontraksi otot minimal (gerakan ujung jari)

0 (0%) =Paralisis, Tidak ada gerakan/ tidak ada kontraksi otot

b. Tulang belakang :

c. Kulit: elastis

Warna kulit : sawo matang

Akral : teraba hangat

Turgor : baik

#### 14. System Endokrin

- Pembesaran kelenjar tiroid : tidak
- Nafas berbau keton : tidak
- Luka gangrene : tidak ada

#### 15. Pemeriksaan laboratorium

1. Pemeriksaan GDS : 411 mg/dL

### 2. Klasifikasi Data

Tabel 4. 1 Klasifikasi Data

Tgl/jam	Data Subyektif (DS)	Data Obyektif (DO)
	Ds: Tn. N melaporkan merasa lesu dan lelah, sering berkeringat, sering buang air kecil, dan sering merasa lapar dan haus.	Pasien banyak minum air, banyak buang air kecil, dan tampak kelelahan. TD : 140/80 mmHg S : 36.5 °C RR : 22x/ menit N : 65x/ menit GDS : 411 mg/dL

### 3. Analisa Data

Tabel 4. 2 Analisa Data

Data (Ds & Do)	MASALAH ( Problem )	PENYEBAB ( Etiologi)
Ds: Tn. N lesu dan mudah lelah, banyak berkeringat, sering buang air kecil, dan sering merasa lapar dan haus. Do: Pasien minum air secara teratur, sering buang air kecil, dan tampak kelelahan. TD : 140/80 mmHg S : 36.5 °C RR : 22x/ menit	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	hiperglikemia

---

N :65x/ menit  
GDS : 411 mg/dL

---

#### 4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Nama pasien : Tn. N  
No. Rm :123xxx  
Ruangan : Desa Pambotanjara

Tabel 4. 3 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI) (Berdasarkan Prioritas)	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi	Paraf Mahasiswa
1.	Ketidakstabilan glukosa darah terkait hiperglikemia (D. 0027)			Frederika

#### 4.2.3 Intervensi Keperawatan

Nama : Tn. N  
No Rm : 123xxx  
Ruangan : desa pambotanjara

Tabel 4. 4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia (D.0027)	Diperkirakan ketidakstabilan kadar glukosa darah akan berkurang dengan kriteria hasil setelah tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3x3 kunjungan rumah: 1. Pusing mereda 2. Rasa lelah dan lesu berkurang 3. Keringat berkurang	<b>SIKI: Manajemen Hiperglikemia (I.03115)</b> <b>Observasi</b> 1. Tentukan kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Periksa kadar gula darah, jika diperlukan 3. Waspadaai gejala hiperglikemia, seperti sakit kepala, penglihatan kabur, lemas, poliuria, polidipsia, dan polifagia.

4. Kadar gula darah berada dalam kisaran normal	<b>Terapeutik</b> 1. Berikan hidrasi oral. 2. Temui dokter jika gejala hiperglikemia memburuk atau berlanjut.
5. Rasa haus berkurang	
6. Frekuensi buang air kecil berkurang	3. Berikan latihan kaki diabetik kepada siswa.
7. Rasa lapar berkurang	<b>Edukasi</b> 1. Dorong pemeriksaan kadar gula darah mandiri. 2. Dorong kepatuhan olahraga dan nutrisi.
	<b>Kolaborasi</b> 1. Kolaborasi saat memberikan insulin, jika diperlukan

#### 4.2.4 Implementasi Keperawatan

Nama : Tn. N

Tabel 4. 5 Implementasi Keperawatan

Hari/tanggal	No Dx	Jam	Implementasi dan respon	Paraf mahasiswa
12 mei 2025	1	09.20	1. Memonitor kadar glukosa darah Respon : GDS : 411 mg/dL 2. Mengajarkan senam kaki diabetes Respon : pasien tampak mengikuti arahan 3. Mengajarkan kepatuhan minum obat 4. Mengajarkan untuk rajin kontrol ke puskesmas terdekat	
13 mei 2025		09.40	1. Memonitor kadar glukosa darah Respon : GDS : 400 mg/dL 2. Mengajarkan senam kaki diabetes Respon : pasien tampak mengikuti senam kaki DM 3. Mengajarkan kepatuhan minum obat 4. Mengajarkan untuk rajin kontrol ke puskesmas terdekat	
14 mei 2025	3.	10.30	1. Memonitor kadar glukosa darah Respon : GDS : 393 mg/dL	

- 
2. Mengajarkan senam kaki diabetes  
Respon : pasien tampak mengikuti senam kaki DM
  3. Mengajukan kepatuhan minum obat
  4. Mengajukan untuk rajin kontrol ke puskesmas terdekat
- 

#### 4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Nama : Tn. N

Tabel 4. 6 Evaluasi Keperawatan

Hari/tanggal	No dx	Jam	Evaluasi	Paraf mahasiswa
12 mei 2025	1	10.20	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tn. N mengatakan Lelah dan pusing.</li> <li>- Pasien mengatakan sering berkeringat, sering merasa haus, masih sering rasa lapar, sering buang air kecil.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ku : sedang</li> <li>- Kes : compos mentis</li> <li>- TTV</li> <li>Td : 130/80 mmHg</li> <li>S : 36,6 °C</li> <li>Rr : 22x/m</li> <li>N : 65x/m</li> <li>GDS : 411 mg/dL</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi</li> </ul>	
13 mei 2025			<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tn. N mengatakan Lelah dan pusing sudah berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan merasa haus sudah mulai berkurang, rasa lapar sudah berkurang, sering buang air kecil di malam hari sudah berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ku : sedang</li> <li>- Kes : compos mentis</li> <li>- TTV</li> </ul>	

---

			Td : 120/80 mmHg S : 36,6 °C Rr : 22x/m N : 65x/m GDS : 395 mg/dL
	A :		- Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi
	P :		- Lanjutkan intervensi

---

<b>14 mei 2025</b>	<b>11.00</b>	S :	- Tn. N mengatakan pusing berkurang, lelah berkurang, berkeringat berkurang, sering buang air kecil berkurang, rasa lapar berkurang.
		O :	- Ku : sedang - Kes : compos mentis - TTV Td :120/80 mmHg S : 36,6 °C Rr : 22x/m N : 65x/m GDS : 390 mg/dL
		A :	- Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi
		P :	- Lanjutkan intervensi

---

### 4.3 Pembahasan

Untuk menurunkan kadar glukosa darah, Puskesmas Pambotanjara menerapkan senam kaki bagi pasien diabetes melitus pada 12 Mei 2025. Penulis akan membahas temuan dan metode asuhan keperawatan untuk Tn. N dalam bab ini. Proses keperawatan termasuk asesmen, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi dibahas dalam diskusi ini.

## **1. Pengkajian**

Sesuai judul "Implementasi Senam Kaki pada Pasien Diabetes Melitus sebagai Upaya Penurunan Kadar Glukosa Darah di Puskesmas Pambotanjara", evaluasi ini merupakan langkah awal dalam penerapan metode keperawatan.

Evaluasi dilakukan pada tanggal 12 Mei 2025. Berdasarkan hasil pengkajian, Tn. N sering merasa lapar, haus, dan buang air kecil, terutama pada malam hari, serta sering merasa lelah. Indikator vital pasien adalah tekanan darah 140/80 mmHg, suhu 36,5°C, denyut nadi 65 kali per menit, laju pernapasan 22 kali per menit, berat badan 60 kg, tinggi badan 150 cm, dan kadar glukosa darah 411 mg/dL.

Pasien diabetes biasanya merasa lapar akibat kadar gula darah yang tinggi dan kadar glukosa yang rendah. Penderita diabetes melitus berkeringat berlebihan karena tubuh mereka menggunakan keringat untuk melepaskan glukosa yang tidak termetabolisme. Berkeringat dan kelelahan merupakan akibatnya. Hal ini disebabkan oleh tubuh yang telah mengeluarkan sejumlah besar glukosa melalui keringat atau urine, sehingga menyebabkan kelelahan. Penderita diabetes melitus seringkali mengalami penurunan berat badan akibat tubuh terpaksa menggunakan lemak sebagai sumber energi.

## **2. Diagnose keperawatan**

Hiperglikemia merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap ketidakstabilan glukosa darah, yang didefinisikan sebagai perubahan kadar glukosa darah yang naik atau turun di luar rentang normal.

Kelelahan dan kelesuan, serta peningkatan kadar glukosa darah/urin, merupakan indikator utama hiperglikemia. Sementara itu, mulut kering, peningkatan rasa haus, dan peningkatan produksi urin merupakan efek ringan.

Klien menerima diagnosis keperawatan ketidakstabilan glukosa darah yang berhubungan dengan resistensi insulin berdasarkan fakta-fakta yang disebutkan di atas.

Hal ini konsisten dengan studi yang telah dilakukan. Sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), gejala utama Tn. N ditentukan sebagai sering lesu dan lelah, sering lapar, sering haus, dan sering buang air kecil. Temuan evaluasi meliputi tekanan darah 140/80 mmHg, suhu 36,5 °C, N 65x/menit, Rr 22x/menit, dan GDS 411 mg/dL.

### **3. Intervensi keperawatan**

Rencana tindakan berdasarkan diagnosis keperawatan yang berkembang dan akan diberikan kepada pasien sesuai dengan kebutuhan mereka dikenal sebagai perencanaan keperawatan. Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Hasil Keperawatan Indonesia (SLKI), rencana keperawatan disusun. (Kementerian Kesehatan, Republik Indonesia, 2020).

Kriteria hasil berikut merupakan bagian dari strategi keperawatan untuk diagnosis kadar glukosa darah tidak stabil yang berhubungan dengan

hiperglikemia: kadar glukosa darah yang lebih baik, lebih sedikit pusing, lebih jarang buang air kecil, lebih sedikit rasa kantuk, dan lebih sedikit rasa lapar. Menemukan penyebab potensial hiperglikemia, memantau kadar glukosa darah, dan mewaspadaai gejala hiperglikemia merupakan bagian dari rencana intervensi, yang mengikuti SIKI untuk menangani hiperglikemia. Terapi: memberikan cairan oral dan menemui dokter jika gejala hiperglikemia berkembang atau berlanjut. Edukasi: peringatan untuk tidak berolahraga jika kadar gula darah lebih tinggi dari 250 mg/dL. Dorong kontrol diabetes, tingkatkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, dan anjurkan pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri. Bekerja sama: memberikan cairan infus dan insulin sesuai kebutuhan.

Tim Kelompok Kerja SIKI DPP PNNI (2018) menyatakan bahwa perencanaan keperawatan berlanjut setelah penetapan tujuan. Intervensi primer dan suportif merupakan dua jenis intervensi keperawatan. Instruksi aktivitas fisik berfungsi sebagai intervensi pendukung bagi pasien dengan kadar glukosa darah yang tidak stabil, meskipun pengendalian hiperglikemia merupakan strategi utama. SIKI telah sesuai dengan strategi intervensi yang akan diterapkan. Instruksi dalam latihan fisik: observasi: menentukan kesiapan dan kompetensi dalam menerima informasi; terapeutik: menyediakan media dan materi untuk pendidikan kesehatan; menyusun jadwal pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan; menawarkan kemungkinan tanya jawab; edukasi: menjelaskan dampak fisiologis dan manfaat kesehatan dari latihan; menjelaskan jenis latihan yang sesuai untuk kondisi kesehatan

tertentu; dan menjelaskan frekuensi, durasi, dan intensitas program latihan yang direncanakan.

Mengidentifikasi potensi penyebab hiperglikemia, memantau kadar glukosa darah, memantau tanda dan gejala hiperglikemia, mendorong pemantauan kadar glukosa darah sendiri, mendorong kepatuhan terhadap diet dan olahraga, dan mengajarkan manajemen diabetes adalah tujuan dari intervensi tersebut di atas.

#### **4. Implementasi keperawatan**

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien sesuai dengan rencana tindakan yang disusun melalui penerapan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (2018) disebut sebagai implementasi. Pada tanggal 12 Mei 2025, implementasi dilakukan di antara pertemuan pertama dan ketiga.

Ketidakstabilan glukosa darah terkait hiperglikemia, dengan hari pertama tanggal 12 Mei 2025, pukul 09.30 Pelacakan reaksi kadar glukosa darah: GDS: 411 mg/dL . Mengajarkan senam kaki diabetes melitus, respon : pasien tampak mengikuti arahan. Memberikan edukasi tentang aktivitas sehari-hari seperti berjalan-jalan, senam tubuh atau senam kaki DM, Membuat kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya.

Implementasi hari ke dua 13 mei 2025, jam 09.40 Memonitor kadar glukosa darah Respon : GDS : 400 mg/dL. Mengajarkan senam kaki diabetes Respon : pasien tampak mengikuti senam kaki DM. menganjurkan kepatuhan minum obat. Menganjurkan untuk rajin kontrol ke puskesmas

Implementasi hari ke tiga 14 Mei 2025 , 10.30 Memonitor kadar glukosa darah  
Respon : GDS : 393 mg/dL, Mengajarkan latihan kaki diabetes. Reaksi: Pasien tampak melakukan latihan kaki diabetes, yang meningkatkan kepatuhan diet dan olahraga. Reaksi: Pasien memperhatikan. Mendorong pasien untuk minum obat sesuai resep. Mendorong pemeriksaan rutin di pusat kesehatan.

## **5. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi dalam keperawatan adalah proses mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya untuk mengukur hasil proses keperawatan dan menemukan cara terbaik untuk memenuhi kebutuhan klien.

Pada bagian ini, penelitian ini akan mengkaji pasien berusia 73 tahun, Tn. N, selama tiga hari di Desa Pambotanjara, dari tanggal 13–15 Mei 2025. Proses SOAP (Subjektif, Objektif, Asesmen, dan Perencanaan) digunakan dalam evaluasi keperawatan penelitian ini.

Resistensi insulin dan ketidakstabilan glukosa darah saling terkait. Pada tanggal 12 Mei 2025, pukul 09.30, hari evaluasi awal, ketidakstabilan glukosa darah yang terkait dengan hiperglikemia terdeteksi. Tn. N mengeluh kelelahan dan pusing.

Pasien mengeluh sering buang air kecil, haus, lapar, dan berkeringat. GDS: 411 mg/dL, S: 36,6°C, Rr: 22x/menit, N: 65x/menit, dan TD: 130/80 mmHg. Masalah fluktuasi glukosa darah masih belum teratasi. Lanjutkan intervensi.

Evaluasi pada 13 Mei 2025, hari kedua. Tn. N melaporkan merasa kurang lelah dan pusing pada pukul 11.00. Pasien menyatakan bahwa frekuensi

buang air kecil berkurang, rasa lapar berkurang, dan rasa haus mulai berkurang. S: 36,6°C, Rr: 22x/menit, N: 65x/menit, GDS: 395 mg/dL, dan TD: 120/80 mmHg. Masalah fluktuasi glukosa darah masih belum teratasi. Lanjutkan intervensi.

Penilaian Hari Ketiga, 14 Mei 2025. Tn. N melaporkan pada pukul 11.00 bahwa rasa lelah dan pusing yang biasa dirasakan telah mereda, begitu pula dengan seringnya buang air kecil, rasa haus, dan rasa lapar. Tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 36,6 °C, Rr 22x/m, N 65x/m, dan GDS 390 mg/dL. Jika masalah kadar glukosa darah tidak stabil akibat hiperglikemia belum teratasi, lanjutkan intervensi.