

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Dalam Karya Ilmiah Akhir Ners ini penulis memaparkan asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada dua orang pasien diabetes melitus dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah: hiperglikemia yang dilaksanakan pada tanggal 14-20 April 2025 di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Kuta Utara.

A. Pengkajian

Data pengkajian keperawatan yang didapatkan pada dua pasien kelolaan disajikan pada tabel 5 dibawah ini:

Tabel 5
Data Pengkajian Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah: Hiperglikemia pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dengan Pemberian Air Rebusan Daun Jambu Biji di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Kuta Utara Kabupaten Badung Tahun 2025

Data yang dikaji	Pasien 1 (Tn.P)	Pasien 2 (Tn.S)
1	2	3
Data biografi	Nama : Tn.P Jenis kelamin : L Usia : 61 tahun Tempat/Tgl Lahir : Badung, 31 Desember 1963 Pendidikan terakhir : SMA Pekerjaan : Tidak bekerja Agama : Hindu Suku : Bali Status Perkawinan : Kawin TB/BB : 160 cm/84 kg	Nama : Tn.S Jenis kelamin : L Usia : 66 tahun Tempat/Tgl Lahir : Badung, 31 Desember 1958 Pendidikan terakhir : SMP Pekerjaan : Pedagang Agama : Hindu Suku : Bali Status Perkawinan : Kawin TB/BB : 162 cm/47,4 kg Alamat : Banjar Berawa, Desa Tibubeneng

Data yang dikaji		Pasien 1 (Tn.P)	Pasien 2 (Tn.S)
1		2	3
		Alamat : Banjar Berawa, Desa Tibubeneng Diagnosis Medis : Diabetes Melitus Tipe 2 Penanggung Jawab : Nama : Ny.W Hubungan dengan pasien : Istri Alamat : Banjar Berawa, Desa Tibubeneng	Diagnosis Medis : Diabetes Melitus Tipe 2 Penanggung Jawab : Nama : Tn.H Hubungan dengan pasien: Anak Alamat : Banjar Berawa, Desa Tibubeneng
Riwayat kesehatan	Keluhan utama	Pasien mengeluh tubuhnya terasa lemah dan lesu.	Pasien mengeluh tubuhnya terasa lelah.
	Riwayat penyakit sekarang	Pasien mengatakan selama $\pm$ 8 bulan terakhir sering merasa tubuhnya lelah atau lesu. Saat dilakukan pengkajian pasien mengeluhkan tubuhnya lelah atau lesu. Pasien juga mengatakan sering merasa haus, mulut terasa kering, sering kencing terutama pada malam hari, sering kesemutan pada kaki dan mengeluh memiliki gula darah tinggi. Hasil pemeriksaan gula darah sewaktu pasien 273 mg/dl. Pasien rutin mengonsumsi obat gula (Metformin 500 mg).	Pasien mengatakan selama $\pm$ 3 bulan terakhir sering merasa tubuhnya lesu. Saat dilakukan pengkajian pasien mengeluhkan badannya mudah lelah atau lesu. Pasien juga mengatakan sering merasa haus, mulut terasa kering, mengeluh memiliki gula darah tinggi dan sering kencing. Hasil pemeriksaan gula darah sewaktu pasien 210 mg/dl. Pasien rutin mengonsumsi obat gula (Glibenclamide 5 mg).
	Riwayat kesehatan dahulu	Pasien mengatakan mengonsumsi obat gula (Metformin 500 mg) saat dirinya di diagnosa DM Tipe 2 sejak $\pm$ 8 bulan yang lalu. Pasien	Pasien mengatakan sebelumnya tidak mengetahui memiliki riwayat DM, tapi ia merasakan badannya sering merasa tubuhnya

Data yang dikaji		Pasien 1 (Tn.P)	Pasien 2 (Tn.S)
1		2	3
		mengatakan selama merasa lelah atau lesu pasien hanya beristirahat dan rutin mengkonsumsi obat gula. Pasien memiliki kebiasaan minum kopi 2-3 kali sehari. Saat sehat pasien mengatakan suka mengkonsumsi makanan yang manis, serta minuman kemasan.	lelah sejak $\pm$ 3 bulan yang lalu dan diantar oleh anaknya ke puskesmas setelah dilakukan pemeriksaan pasien dinyatakan menderita DM Tipe 2 dan mengkonsumsi obat gula (Glibenclamide 5 mg). Saat itulah ia mengetahui bahwa memiliki penyakit DM Tipe 2. Pasien mempunyai kebiasaan minum kopi 1-2 kali sehari. Saat sehat pasien mengatakan menyukai makanan cepat saji, dan minuman soda.
	Riwayat kesehatan keluarga	Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan atau memiliki penyakit DM Tipe 2 yang sama dengan pasien.	Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan atau memiliki penyakit DM Tipe 2 yang sama dengan pasien.
Pengkajian fisiologis	Respirasi	Hasil pengkajian didapat pasien bernafas dengan normal, tidak terlihat kesulitan saat menarik dan menghembuskan nafas, tidak ada pernafasan cuping hidung. Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan.	Hasil pengkajian didapat pasien bernafas dengan normal, tidak terlihat kesulitan saat menarik dan menghembuskan nafas, tidak ada pernafasan cuping hidung. Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan.
	Sirkulasi	Hasil pengkajian didapatkan tekanan darah tinggi dengan hasil 125/80 mmHg, nadi 85x/menit, tidak ada	Hasil pengkajian didapatkan tekanan darah tinggi dengan hasil 120/70 mmHg, nadi 78x/menit, tidak ada

Data yang dikaji	Pasien 1 (Tn.P)	Pasien 2 (Tn.S)
1	2	3
	pucat dan sianosis, CRT < 2 detik.	pucat dan sianosis, CRT < 2 detik.
Nutrisi dan cairan	Pasien mengatakan menghabiskan air minum ± 8 gelas per hari (1 gelas = 200 cc) dan sering minum kopi hitam 2-3 kali sehari. Saat sehat suka mengkonsumsi makanan yang manis, serta minuman kemasan. Pasien mengatakan frekuensi makan 3x sehari. Berat badan 84 kg. Tinggi badan 160 cm. Jenis makanan yang dikonsumsi pasien sehari-hari yaitu makan dengan nasi putih, lauk ayam, tahu/tempe, dan sayur. Makanan yang disukai, semua jenis makanan terutama makanan yang manis. Makanan yang tidak disukai. Tidak ada makanan pantangan. Nafsu makan baik. Tidak ada (tetap) perubahan BB 3 bulan terakhir.	Pasien mengatakan menghabiskan air minum ± 7 gelas per hari (1 gelas = 200 cc) dan sering minum kopi hitam 1-2 kali sehari. Saat sehat suka mengkonsumsi makanan cepat saji, dan minuman soda. Pasien mengatakan frekuensi makan 3x sehari. Berat badan 47,4 kg. Tinggi badan : 162 cm. Jenis makanan yang dikonsumsi pasien sehari-hari yaitu makan dengan nasi putih, lauk ayam, tahu/tempe, dan sayur. Makanan yang disukai pasien yaitu semua jenis makanan terutama makanan cepat saji, dan minuman soda. Tidak ada makanan yang tidak disukai. Tidak ada makanan pantangan. Nafsu makan baik. Tidak ada perubahan (tetap) BB 3 bulan terakhir.
Aktivitas dan istirahat	Pasien mengatakan kegiatan di waktu luang yaitu berkumpul bersama keluarga (anak dan cucunya). Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan/keluhan dalam	Pasien mengatakan kegiatan di waktu luang yaitu istirahat tidur. Tn.S mengatakan aktivitas sehari-harinya yakni membersihkan rumah dan menemani cucunya. Pasien mengatakan tidak

Data yang dikaji		Pasien 1 (Tn.P)	Pasien 2 (Tn.S)
1		2	3
		hal pergerakan tubuh. Hasil pengkajian indeks katz menunjukkan Ny.S memiliki point total 6 sehingga masuk kategori nilai A yaitu kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi, dan berpakaian. Adapun tabel pengkajian indeks katz Tn.P terlampir.	mengalami kesulitan/keluhan dalam hal pergerakan tubuh. Hasil pengkajian indeks katz menunjukkan Ny.K memiliki point total 6 sehingga masuk kategori nilai A yaitu kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi, dan berpakaian. Adapun tabel pengkajian indeks katz Tn.S terlampir.
	Neurosensori	Hasil pengkajian didapatkan fungsi penglihatan pasien masih bagus, kesadaran pasien <i>compos mentis</i> , serta fungsi pendengaran masih baik.	Hasil pengkajian didapatkan fungsi penglihatan pasien masih bagus, kesadaran pasien <i>compos mentis</i> , serta fungsi pendengaran masih baik.
	Reproduksi seksualitas	Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan hubungan seksual disebabkan karena libido, ereksi dan belum pernah memakai alat kontrasepsi.	Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan hubungan seksual disebabkan karena libido, ereksi dan belum pernah memakai alat kontrasepsi.
Pengkajian psikologis	Pola pikir dan persepsi	Pasien mengatakan bahwa kesehatan merupakan hal yang penting untuk di jaga dan sakit yang dideritanya saat ini berkaitan dengan gaya hidup pasien selama ini.	Pasien mengatakan bahwa kesehatan merupakan hal yang utama untuk bisa tetap beraktivitas dan sakit yang dideritanya saat ini berkaitan dengan gaya hidupnya selama ini.
	Konsep diri	Konsep diri pasien baik, pasien mampu	Konsep diri pasien baik, pasien mampu

Data yang dikaji		Pasien 1 (Tn.P)	Pasien 2 (Tn.S)
1		2	3
		memandang dirinya secara positif dan mau menerima kehadiran orang lain.	memandang dirinya secara positif dan membuka diri saat berinteraksi dengan orang lain.
Emosi		Keadaan emosi pasien stabil dan mampu mengontrol emosinya sendiri.	Keadaan emosi pasien stabil dan mampu mengontrol emosinya sendiri.
Adaptasi		Kemampuan pasien dalam beradaptasi cukup baik karena pasien mau berinteraksi dengan orang lain dan tetap produktif. Pasien juga mengatakan mampu beradaptasi dengan lingkungan baru dengan cepat, mampu berkomunikasi dengan baik.	Kemampuan pasien dalam beradaptasi cukup baik karena pasien mau berinteraksi dengan orang lain dan tetap produktif. Pasien juga mengatakan mampu beradaptasi dengan lingkungan baru dengan cepat, mampu berkomunikasi dengan baik.
Mekanisme pertahanan diri		Pengambilan keputusan dibantu istri dan anaknya. Hal yang disukai tentang diri sendiri yaitu pekerja keras, spiritual tinggi. Hal yang ingin dirubah dari kehidupan adalah asupan makan sehari-hari. Hal yang dilakukan jika sedang stres yaitu tidur, mengajak cucu bermain dan berjalan-jalan.	Pengambilan keputusan dibantu istri dan anaknya. Hal yang disukai tentang diri sendiri adalah pekerja keras, bisa memahami orang lain. Hal yang ingin dirubah dari kehidupan yaitu asupan makan sehari-hari. Hal yang dilakukan jika sedang stres adalah mengajak cucu bermain dan berkebun.
Pengkajian mental dan kognitif	Fungsi intelektual	Pengkajian fungsi intelektual pada pasien menggunakan <i>Short Porteble Mental Status</i>	Pengkajian fungsi intelektual pada pasien menggunakan <i>Short Porteble Mental Status</i>

Data yang dikaji	Pasien 1 (Tn.P)	Pasien 2 (Tn.S)
1	2	3
	<i>Questionnaire</i> (SPMSQ). Hasil pengkajian SPMSQ pada Tn.P didapatkan bahwa jumlah kesalahan pasien Tn.P adalah 2 yang berarti fungsi intelektual pasien dalam kategori fungsi intelektual utuh. Adapun pengkajian <i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i> (SPMSQ) terlampir.	<i>Questionnaire</i> (SPMSQ). Hasil pengkajian SPMSQ pada Tn.S didapatkan bahwa jumlah kesalahan pasien Tn.P adalah 2 yang berarti fungsi intelektual pasien dalam kategori fungsi intelektual utuh. Adapun pengkajian <i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i> (SPMSQ) terlampir.
Fungsi kognitif	Pengkajian fungsi kognitif menggunakan <i>Mini - Mental State Exam</i> (MMSE). Hasil pengkajian MMSE didapat jumlah skor yang diperoleh Tn.P yaitu 29, maka pasien termasuk dalam kategori status kognitif normal. Adapun pengkajian <i>Mini - Mental State Exam</i> (MMSE) terlampir.	Pengkajian fungsi kognitif menggunakan <i>Mini - Mental State Exam</i> (MMSE). Hasil pengkajian MMSE didapat jumlah skor yang diperoleh Tn.P yaitu 29, maka pasien termasuk dalam kategori status kognitif normal. Adapun pengkajian <i>Mini - Mental State Exam</i> (MMSE) terlampir.
Status mental	Pengkajian status mental menggunakan <i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS). Hasil pengkajian status mental Tn.P menggunakan GDS diperoleh skor 1 yang berarti status mental normal. Adapun pengkajian <i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS) terlampir.	Pengkajian status mental menggunakan <i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS). Hasil pengkajian status mental Tn.S menggunakan GDS diperoleh skor 4 yang berarti status mental normal. Adapun pengkajian <i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS) terlampir.

Data yang dikaji		Pasien 1 (Tn.P)	Pasien 2 (Tn.S)
1		2	3
Pemeriksaan fisik	Keadaan umum	Baik	Baik
	Tingkat kesadaran	<i>Compos mentis</i>	<i>Compos mentis</i>
	GCS	E4M6V5	E4M6V5
	Tanda-Tanda Vital	TD : 125/80 mmHg S : 36.7°C N : 85x/menit. RR : 20x/menit	TD : 120/70 mmHg S : 36.5°C N : 78x/menit RR : 20x/menit
	Kepala	Bentuk kepala normocephali, tidak ada lesi/luka, rambut hitam tipis.	Bentuk kepala normocephali, tidak ada lesi/luka, rambut hitam sedikit rontok.
	Mata-Telinga-Hidung	- Penglihatan : sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor. Pasien mengatakan penglihatannya masih jelas, mata simetris dan tidak tampak katarak. - Pendengaran : telinga pasien tampak bersih, pendengaran masih jelas, tidak ada kelainan, telinga simetris, tidak ada serumen, dan pasien tidak menggunakan alat bantu dengar. - Pembau : penghidu normal, tidak ada secret/darah/polip, tidak ada tarikan cuping hidung, hidung tampak bersih. Pasien mengatakan penciumannya tidak ada masalah dan keluhan.	- Penglihatan : sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor. Pasien mengatakan penglihatannya masih jelas, mata simetris dan tidak tampak katarak. - Pendengaran : telinga pasien tampak bersih, pendengaran masih jelas, tidak ada kelainan, telinga simetris, tidak ada serumen, dan pasien tidak menggunakan alat bantu dengar. - Pembau : penghidu normal, tidak ada secret/darah/polip, tidak ada tarikan cuping hidung, hidung tampak bersih. Pasien mengatakan penciumannya tidak ada masalah dan keluhan.

Data yang dikaji	Pasien 1 (Tn.P)	Pasien 2 (Tn.S)
1	2	3
Leher	Tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada lesi, nadi karotis teraba, tidak ada pembesaran limfoid.	Tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada lesi, nadi karotis teraba, tidak ada pembesaran limfoid.
Dada dan Punggung	- Jantung : nadi 85x/menit, kekuatan jantung kuat, irama jantung teratur. - Paru : frekuensi nafas teratur, kualitas normal, suara nafas vesikuler, tidak ada batuk, tidak ada sumbatan jalan nafas, tidak ada retraksi dada - Punggung : tidak ada luka, tidak ada benjolan.	- Jantung : nadi 85x/menit, kekuatan jantung kuat, irama jantung teratur. - Paru : frekuensi nafas teratur, kualitas normal, suara nafas vesikuler, tidak ada batuk, tidak ada sumbatan jalan nafas, tidak ada retraksi dada - Punggung : tidak ada luka, tidak ada benjolan.
Abdomen dan pinggang	- Sistem pencernaan terdapat suara peristaltik usus 10x/menit, tidak ada kembung, tidak ada nyeri tekan, tidak ada asites. Pasien mengatakan ia tidak mengalami masalah dalam sistem pencernaannya. Sebelum maupun setelah pengkajian pasien mengatakan BAB 1x sehari di pagi hari dengan warna kuning kecoklatan dan konsistensi lembek. - Sistem Genetauri : saat pengkajian pasien mengatakan memiliki keluhan dalam berkemih. Sebelum maupun setelah pengkajian pasien BAK $\pm 10-12$ kali sehari (± 2.400 cc) terutama pada	- Sistem pencernaan terdapat suara peristaltik usus 15x/menit, tidak ada kembung, tidak ada nyeri tekan, tidak ada asites. Pasien mengatakan ia tidak mengalami masalah dalam sistem pencernaannya. Sebelum maupun setelah pengkajian pasien mengatakan BAB 1x sehari di pagi hari dengan warna kuning kecoklatan dan konsistensi lembek. - Sistem Genetauri : saat pengkajian pasien mengatakan memiliki keluhan dalam berkemih. Sebelum maupun setelah pengkajian pasien BAK $\pm 8-11$ kali sehari (± 2.200 cc) dengan warna urin

Data yang dikaji	Pasien 1 (Tn.P)	Pasien 2 (Tn.S)
1	2	3
	malam hari dengan warna urin kuning jernih, dan bau khas urin.	kuning jernih, dan bau khas urin.
Ekstremitas atas dan bawah	Kekuatan otot : 5555 5555 5555 5555 ROM penuh, tidak ada hemiplegi/parese, akral hangat, <i>Capillary refill time</i> < 2 detik, tidak ada edema. Pasien mengatakan sering kesemutan pada kaki.	Kekuatan otot : 5555 5555 5555 5555 ROM penuh, tidak ada hemiplegi/parese, akral hangat, <i>Capillary refill time</i> < 2 detik, tidak ada edema.
Sistem imun	Pasien mengatakan yang dirasa hanya badannya sering lelah atau lesu.	Pasien mengatakan yang dirasa hanya badannya sering lelah atau lesu.
Genetalia	Tidak ada kelainan.	Tidak ada kelainan.
Reproduksi	Tidak ada masalah.	Tidak ada masalah.
Persarafan	Saat pengkajian pasien tampak baik, pasien tampak tidak mengalami gangguan persarafan.	Saat pengkajian pasien tampak baik, pasien tampak tidak mengalami gangguan persarafan.
Pengecapan	Pasien tampak tidak memiliki masalah dengan pengecapan. Pasien mampu merasakan rasa makanan secara normal. Mulut pasien tampak kering.	Pasien tampak tidak memiliki masalah dengan pengecapan. Pasien mampu merasakan rasa makanan secara normal. Mulut pasien tampak kering.
Kulit	Turgor kulit elastis, tidak ada laserasi, warna kulit sawo matang.	Turgor kulit elastis, tidak ada laserasi, warna kulit sawo matang.

B. Diagnosa Keperawatan

1. Analisa Data

Berdasarkan data pengkajian perawatan yang telah dikumpulkan maka selanjutnya dilakukan analisis data untuk merumuskan diagnosis keperawatan yang dialami oleh kedua pasien kelolaan. Adapun analisis data terhadap pasien kelolaan ada pada tabel 6 dan di bawah ini:

Tabel 6
Analisa Data Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah: Hiperglikemia pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dengan Pemberian Air Rebusan Daun Jambu Biji di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Kuta Utara, Kabupaten Badung Tahun 2025

Analisa Data	Data Fokus	Masalah Keperawatan
1	2	3
Pasien 1 (Tn.P)	Subjektif: Pasien mengatakan selama $\pm$ 8 bulan terakhir sering merasa tubuhnya lelah atau lesu. Saat dilakukan pengkajian pasien mengeluhkan tubuhnya lelah atau lesu. Pasien juga mengatakan sering merasa haus, mulut terasa kering, sering kencing terutama pada malam hari, sering kesemutan pada kaki dan mengeluh memiliki gula darah tinggi. Pasien rutin mengkonsumsi obat gula (Metformin 500 mg). Objektif: - Pasien tampak lelah atau lesu. - Hasil pemeriksaan gula darah sewaktu pasien 273 mg/dl	Ketidakstabilan kadar glukosa darah: hiperglikemia berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan pasien mengeluh lelah atau lesu, haus meningkat, mulut kering, kadar glukosa dalam darah tinggi (GDS 273 mg/dl), jumlah urin meningkat ($\pm$ 2.400 cc).

Analisa Data	Data Fokus	Masalah Keperawatan
1	2	3
	(kadar glukosa dalam darah tinggi). - Mulut pasien tampak kering. - Jumlah urin pasien meningkat ($\pm$ 2.400 cc).	
Pasien 2 (Tn.S)	Subjektif: Pasien mengatakan selama $\pm$ 3 bulan terakhir sering merasa tubuhnya lesu. Saat dilakukan pengkajian pasien mengeluhkan badannya mudah lelah atau lesu. Pasien juga mengatakan sering merasa haus, mulut terasa kering, mengeluh memiliki gula darah tinggi dan sering kencing. Pasien rutin mengkonsumsi obat gula (Glibenclamide 5 mg). Objektif: - Pasien tampak lelah. - Hasil pemeriksaan gula darah sewaktu pasien 210 mg/dl (kadar glukosa dalam darah tinggi) - Mulut pasien tampak kering. - Jumlah urin pasien meningkat ($\pm$ 2.200 cc).	Ketidakstabilan kadar glukosa darah: hiperglikemia berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan pasien mengeluh lelah atau lesu, haus meningkat, mulut kering, kadar glukosa dalam darah tinggi (GDS 210 mg/dl), jumlah urin meningkat ($\pm$ 2.200 cc).

2. Rumusan Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan analisis masalah keperawatan di atas dapat disimpulkan bahwa masalah yang terjadi pada dua pasien kelolaan adalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah: hiperglikemia berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan pasien mengeluh lelah atau lesu, haus meningkat, mulut kering, kadar glukosa dalam darah tinggi, jumlah urin meningkat.

C. Perencanaan Keperawatan

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada kedua pasien kelolaan, maka ditetapkan perencanaan keperawatan seperti pada tabel 7 berikut.

Tabel 7 Rencana Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah: Hiperglikemia pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dengan Pemberian Air Rebusan Daun Jambu Biji di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Kuta Utara, Kabupaten Badung Tahun 2025		
Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027): hiperglikemia berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan pasien mengeluh lelah atau lesu, haus meningkat, mulut kering, kadar glukosa dalam darah tinggi, jumlah urin meningkat.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7 kali kunjungan diharapkan Kestabilan Kadar Glukosa Darah Meningkat (L. 03022) dengan kriteria hasil: a. Lelah menurun. b. Kadar glukosa dalam darah membaik. c. Mulut kering menurun. d. Rasa haus menurun. e. Jumlah urin membaik.	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) Observasi a. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia b. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (perubahan BB, stres, pola makan, kurang aktivitas fisik) c. Monitor kadar glukosa darah d. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (poliuria, polidipsia,

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
		polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) e. Monitor intake dan output cairan Terapeutik a. Berikan asupan cairan oral Edukasi a. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl b. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri (menggunakan glukometer) c. Anjurkan kepatuhan terhadap diet (konsumsi karbohidrat kompleks, perbanyak buah dan sayur, kurangi daging dan lemak jenuh, kurangi gula, rendah garam, hindari alkohol dan kafein) dan olahraga (aerobik intensitas sedang seperti jalan cepat, bersepeda, atau berenang, serta latihan beban dan fleksibilitas) d. Ajarkan pengelolaan diabetes (obat oral, monitor asupan cairan, penggantian

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
		karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan) Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian obat gula darah (Pasien 1: Metformin 500 mg, 3x1 tablet, saat makan. Pasien 2: Glibenclamide 5 mg, 1x1 tablet, sebelum makan) b. Pemberian terapi herbal air rebusan daun jambu biji 1 kali dengan dosis 250 ml (sore hari, setelah makan).
Sumber: PPNI. 2018. <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan</i> , Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.		

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya. Implementasi keperawatan pada Pasien 1 dilakukan pada hari Senin-Minggu tanggal 14-20 April 2025 mulai pukul 16.00 Wita sampai dengan pukul 16.40 Wita di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Kuta Utara. Implementasi keperawatan pada Pasien 2 dilakukan pada hari Senin-Minggu tanggal 14-20 April 2025 mulai pukul 17.00 Wita sampai dengan pukul 17.40 Wita di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Kuta Utara. Adapun implementasi yang diberikan pada pasien terlampir.

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan pada kedua pasien kelolaan setelah diberikan intervensi keperawatan dapat dilihat pada tabel 8 berikut.

Tabel 8
Evaluasi Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah:
Hiperglikemia pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dengan Pemberian
Air Rebusan Daun Jambu Biji di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas
Kuta Utara, Kabupaten Badung Tahun 2025

Hari/ Tanggal	Pasien	Evaluasi	Paraf dan Nama
Minggu, 20 April 2025 Pukul 16.40 Wita	Pasien 1 (Tn.P)	S : Tn.P mengatakan sudah tidak merasa lelah atau lesu. Pasien juga mengatakan merasa haus berkurang, mulut terasa kering berkurang, sering kesemutan pada kaki berkurang, serta sering kencing terutama pada malam hari juga berkurang. O : - Lelah menurun. - Kadar glukosa dalam darah membaik. - Mulut kering menurun. - Rasa haus menurun. - Jumlah urin membaik. - Hasil TTV : TD : 120/80 mmHg S : 36.5°C N : 80 kali/menit RR : 20 kali/menit - GDS : 199 mg/dl A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi. P : Pertahankan intervensi manajemen hiperglikemia dan terapi herbal air rebusan daun jambu biji.	Suryani

Hari/ Tanggal	Pasien	Evaluasi	Paraf dan Nama
Minggu, 20 April 2025 Pukul 17.40 Wita	Pasien 2 (Tn.S)	S : Tn.S mengatakan lelah atau lesu yang dirasakan sudah berkurang. Selain itu sering merasa haus, mulut terasa kering, serta sering kencing juga berkurang. O : - Lelah menurun. - Kadar glukosa dalam darah membaik. - Mulut kering menurun. - Rasa haus menurun. - Jumlah urin membaik. - Hasil TTV : - TD : 110/70 mmHg - S : 36.7°C - N : 74 kali/menit - RR : 20 kali/menit - GDS : 168 mg/dl A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi. P : Pertahankan intervensi manajemen hiperglikemia dan terapi herbal air rebusan daun jambu biji.	Suryani