

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Kondisi lokasi laporan kasus

Lokasi pengambilan kasus yang diambil yaitu di Ruang Ayodya lantai 2 kelas 3 RSUD Sanjiwani. RSUD Sanjiwani Gianyar adalah rumah sakit yang dimiliki oleh pemerintah daerah Kabupaten Gianyar yang beralamat di Jalan Ciung Wanara No.2, Gianyar, Kecamatan Gianyar, Kabupaten Gianyar, Bali. Sebagai rumah sakit tipe B dan sebagai rumah sakit rujukan Bali timur yaitu Rumah Sakit Bangli, Rumah Sakit Klungkung, Rumah Sakit Karangasem dan Gianyar. RSUD Sanjiwani Gianyar memiliki berbagai fasilitas, antara lain gedung rawat inap, gedung instalasi bedah sentral, instalasi gawat darurat (IGD), instalasi laboratorium, instalasi radiologi, instalasi farmasi, instalasi rehabilitasi medik, serta instalasi gizi. Rumah sakit ini menyediakan tiga jenis layanan utama, yaitu pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, dan pelayanan IGD.

Pelayanan rawat jalan mencakup poli penyakit dalam, poli bedah, poli anak, poli kebidanan dan kandungan, poli saraf, poli mata, poli THT, poli kulit dan kelamin, poli gigi dan mulut, poli jantung, poli paru, poli rehabilitasi medik, poli psikologi klinis, serta berbagai poli spesialis lainnya. RSUD Sanjiwani Gianyar memiliki layanan unggulan berupa pelayanan kardiologi dan tindakan bedah minimal invasif. Selain itu, rumah sakit ini juga menyediakan layanan publik yang meliputi layanan penunjang medik (radiologi, laboratorium, farmasi, dan gizi),

pelayanan administrasi umum, pelayanan pendidikan, pelatihan dan penelitian, serta pelayanan rujukan regional.

2. Karakteristik subjek laporan kasus

Karakteristik subjek dalam laporan kasus ini yaitu Ny.S berusia 64 tahun di rawat di Ruang Ayodya Lt 2 RSUD Sanjiwani Gianyar dengan diagnosa medis Diabetes Melitus Tipe II dan masalah keperawatan utama ketidakstabilan kadar glukosa darah.

3. Hasil Laporan Kasus

a. Pengkajian keperawatan

1) Identitas pasien

Nama : Ny. S
No.RM : 808137***
Tanggal Lahir : 31 Desember 1961
Umur : 64 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Status : Menikah
Agama : Hindu
Suku : Bali
Alamat : Banjar Serai Kintamani
Pendidikan : SD
Tanggal MRS : 11 Februari 2026 11.30 Wita
Tanggal Pengkajian : 12 Februari 2026 12.30 Wita

2) Identitas penanggung jawab

Nama : Ny. D

Umur : 40 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Hubungan Dengan Pasien : Menantu
Agama : Hindu
Suku : Bali
Alamat : Banjar Serai Kintamani

3) Keluhan utama

Ny.S mengeluh lemas dan lesu serta kesemutan pada tangan dan kaki.

4) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan memiliki penyakit Diabetes Mellitus tipe 2 sejak tahun 2017 lalu.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Pasien datang ke Poli Bedah RSUD Sanjiwani Gianyar pada tanggal 11 Februari 2026 pukul 11.30 WITA dengan rujukan dari RSUD Bangli, pasien datang dalam keadaan sadar dengan keluhan badan lemas disertai pusing, sejak 1 bulan sebelum masuk rumah sakit. Dilakukan pengecekan tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 100/60 mmHg, respirasi 20x/menit, nadi 88x/menit, suhu 36,4°C, kesadaran compos mentis E4V5M6. Berdasarkan hasil pemeriksaan lab didapatkan hasil HbA1c 6,8%

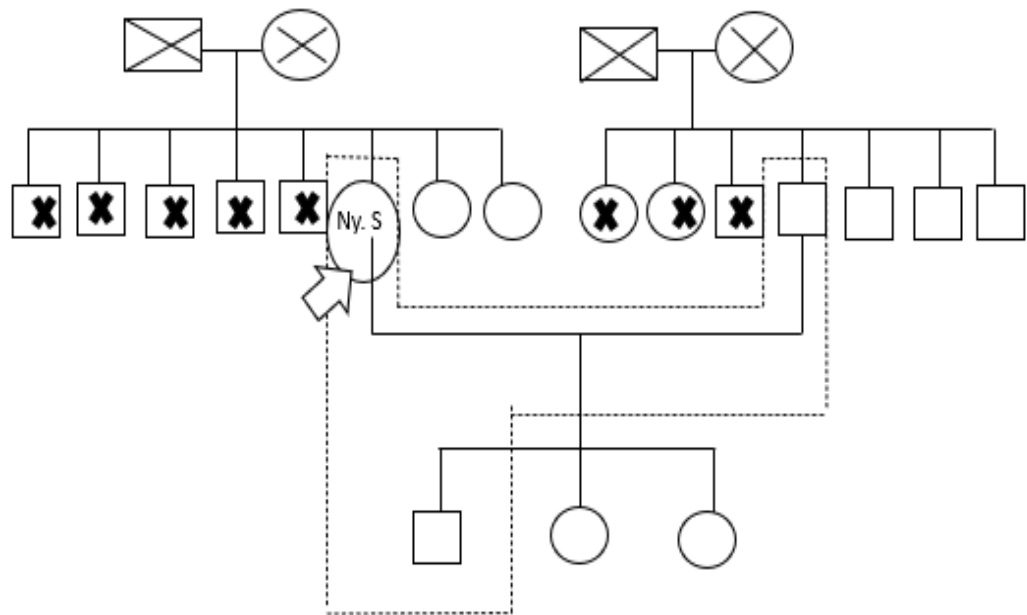
Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 12 Februari 2026 pukul 12.30 wita, pasien mengeluh lemas, lesu dan mulut terasa kering, serta haus meningkat. Pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan hasil : Tekanan Darah

140/70 mmHg, Frekuensi Nadi 89x/menit, Suhu Tubuh 37°C, dan Frekuensi Napas 20x/menit dan Gula darah Sewaktu 332 mg/dL.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan Ayah dan Ibunya mmiliki riwayat penyakit diabetes melitus.

d) Genogram



- : Laki - laki
- : Perempuan
- ✕ : Meninggal
- ➔ : Pasien
- : Hubungan pernikahan
- - : Tinggal serumah

Gambar 1. Genogram keluarga Ny.S

5) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Kesadaran : (✓)Compos mentis, ()Apatis, ()Somnolen, ()

Soporocoma, ()Coma

Tanda-tanda vital : Suhu : 37 °C Pernafasan : 20 x/menit Nadi : 98 x/menit

Tekanan Darah : 140/70 mmHg

Berat Badan : 48 kg

Tinggi Badan : 155

Indeks Masa Tubuh : 20,2 kg/m² (Normal)

b) Pemeriksaan head to toe

Kepala

(✓)Normosefali ()Mikrosefali ()Hidrosefali lesi/luka ()hematom ()perdarahan ()luka sobek ()lain-lain

Warna rambut : Hitam

Kelainan : rontok/dll : Tidak ada

Mata

Konjungtiva : ()Merah muda ()Pucat

Sklera : ()Normal ()Ikterus Lain-lain :

Penglihatan : ()normal ()kacamata

Pupil : ()isokor ()anisokor ()midriasis ()

katarak Kebutaan : ()tidak ()ya, jelaskan

Leher

Bentuk : ()Normal

Kelainan : ()Tidak ()Ya, jelaskan :

Hidung

Penghidu : ()normal ()ada gangguan Sekret/darah/polip :

Tidak ada

Tarikan cuping hidung : ()ya ()tidak

Telinga

Pendengaran : ()normal ()kerusakan () tuli kanan/kiri ()tinnitus
()alat bantu dengar () lainnya

Mulut dan gigi

Bibir : ()lembab ()kering ()sianosis ()pecah-pecah

Mulut dan tenggorokan : ()normal ()lesi ()stomatitis

Gigi : ()penuh/normal ()ompong ()lain-lain

Dada

Bentuk : ()Simetris

Kel Irama nafas : ()Regular ()Irregular Suara nafas : ()Normal

Wheezing : ()Tidak ()Ya Batuk : ()Tidak ()Ya

Retraksi : ()Tidak ()Ya

Sekret : ()Tidak ()
 Kelainan : ()Tidak ()Ya, jelaskan :
 Abdomen
 Kembung : ()Tidak ()Ya
 Bising Usus : ()Normal ()Abnormal, jelaskan :
 Ekstermitas
 Akral : ()Hangat ()Dingin,
 Pergerakan : ()Aktif ()Pasif
 Kekuatan otot : ()Kuat ()Lemah
 Capillary refill time : () < 3 detik () > 3 detik
 Hemiplegi/parese : ()Tidak ()Ya, jelaskan :
 Edema : ()Tidak ()Ya, jelaskan :
 Kelainan : ()Tidak ()Ya, jelaskan :
 Kulit
 Warna : ()Normal, ()Ikterus, ()Sianosis
 Membran Mukosa : ()Lembab, ()Kering, ()
 Stomatitis Hematome : ()Tidak, ()Ya
 Luka : ()Tidak, ()Ya, jelaskan :
 Masalah integritas kulit : ()Tidak ()Ya, jelaskan :

6) Pengkajian pola kebutuhan dasar

- a. Pasien mengatakan bandannya merasa lelah dan lesu
- b. Pasien mengatakan mulutnya kering
- c. Kadar glukosa darah sewaktu 332 mg/dL (tinggi)
- d. Pasien mengatakan sering merasa haus

7) Pemeriksaan penunjang

Tabel 4
Hasil Pemeriksaan Laboratium Tanggal 11 Februari 2026

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
1	2	3	4
SGPT	8	U/L	<31
SGOT	10	U/L	<31
Creatinin	0.62	mg/dl	0.51-0.95
Glukosa Sewaktu	332	mg/dl	80-120
Chlorida	106	mmol/l	95-108
Kalium	4.3	mmol/l	3.5-5.0
Natrium	151	mmol/l	135-147
Plasma	10.4	Detik	11.6-18.9
Active	20.8	Detik	24.5-32.8
PDW	16.3	fL	9.0-17.0
PCT	0.304	%	0.108-0.282
MPV	8.7	fL	6.5-11.0
Trombosit (PLT)	350	10 ³ /ul	150-450
RDW-SD	39.5	fL	35.0-56.0
RDW-CV	12.0	%	11.0-16.0
M C H C	32.1	g/dL	32.0-36.0
M C H	29.0	pg	27.0-34.0
M C V	90.4	fL	80.0-100.0
Hematokrit (HCT)	29.5	%	37.0-48.0
Hemoglobin (HGB)	9.5	g/dL	11.0-16.0
Eritrosit (RBC)	3.26	10 ⁶ /ul	3.50-5.50
Bas%	0.0	%	0.0-2.0
Eos%	0.2	%	0.5-5.0
Mon%	2.8	%	2.0-11.0
Neu%	81.0	%	47.0-80.0
Bas#	0.00	10 ³ /ul	0.00-0.10

1	2	3	4
Eos#	0.01	10 ³ /ul	0.00-0.50
Mon#	0.21	10 ³ /ul	0.10-1.20
Lym#	1.09	10 ³ /ul	1.00-4.00
Lekosit (WBC)	7.13	10 ³ /ul	4.00-10.00

8) Pengobatan yang didapat

Tabel 5
Pengobatan Yang Didapat Ny.S Dengan Diabetes Melitus Tipe 2

Obat	Dosis	Alur Pemberian
1	2	3
Omeprazole	2x1 vial	IV
Sansulin	1x8 iu	SC
Novorapid	3x4 iu	SC
Vit B complex	2x1 tab	Oral

9) Analisis data

Tabel 6
Analisis Data Keperawatan Ny. S Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Hiperglikemia Akibat Diabetes Melitus Tipe II Di RSUD Sanjiwani Gianyar

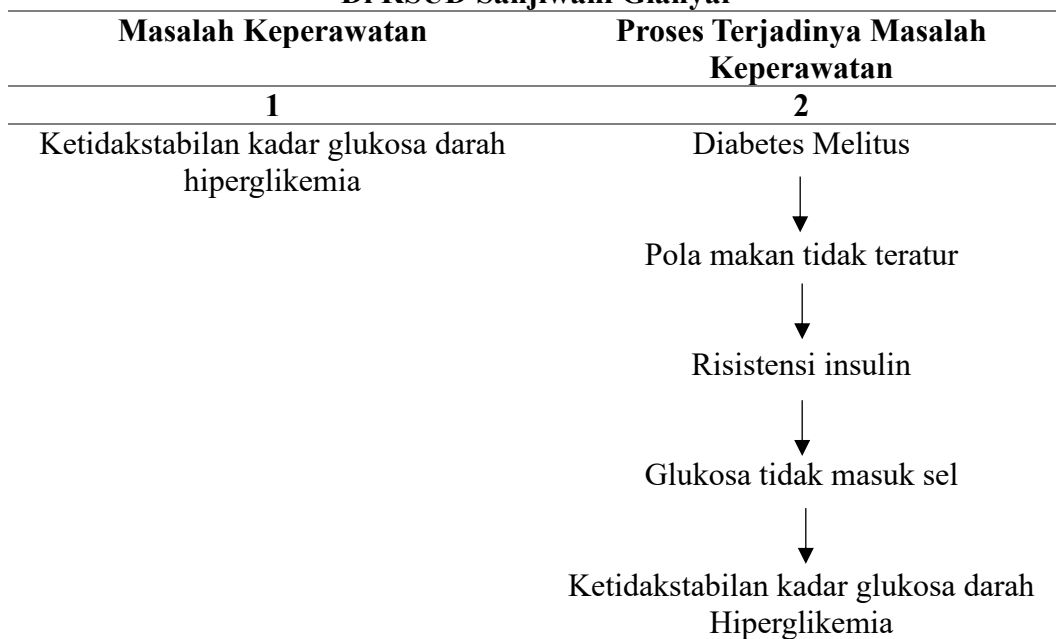
Data Keperawatan	Standar Normal	Masalah
1	2	3
Gejala dan Tanda Mayor	1. Pasien tidak lelah atau lesu	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
1. Pasien mengatakan badannya lelah atau lesu	2. Kadar glukosa darah 140-199 mg/dL	Hiperglikemia (D. 0027).
2. Kadar glukosa darah tinggi 332 mg/dL	3. Mulut	

1	2	3
Gejala dan Tanda Minor	Pasien	
1. Pasien mengatakan mulut terasa kering	tidak kering	
2. Pasien mengatakan sering merasa haus	4. Pasien tidak sering merasa haus	

Sumber : PPNI (2017)

10) Analisis masalah

Tabel 7
Analisis Masalah Keperawatan Ny. S Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Hiperglikemia Akibat Diabetes Melitus Tipe II Di RSUD Sanjiwani Gianyar



Sumber : PPNI (2017)

b. Diagnosis keperawatan

Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (hiperglikemia) *berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan* pasien mengeluh lemas atau lesu, kadar glukosa darah sewaktu sebesar 332 mg/dL (tinggi) , pasien mengatakan mulutnya terasa kering, pasien mengatakan rasa haus meningkat

c. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan disusun dengan mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) sebagai acuan dalam menentukan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan. Di sisi lain, perumusan perencanaan keperawatan dilakukan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang bertujuan untuk menentukan jenis tindakan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien Setelah dilakukan perencanaan keperawatan selama 4x24 jam maka status kestabilan kadar glukosa darah dengan ekspektasi meningkat dengan kriteria hasil lelah atau lesu menurun, mulut kering menurun, rasa haus menurun, dan kadar glukosa dalam darah membaik. Untuk perencanaan yang digunakan dalam laporan kasus ini berdasarkan perencanaan utama yaitu manajemen hiperglikemia yang terdiri dari empat tindakan intervensi yaitu :

1) Observasi

a) Monitor kadar glukosa darah.

b) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsia, polifagia,

kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala).

2) Terapeutik

a) Berikan asupan cairan oral.

3) Edukasi

a) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL.

b) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri.

c) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga.

d) Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan).

4) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian insulin lantus dan novorapid.

b) Kolaborasi pemberian cairan IV yaitu ringer laktat.

d. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan dengan perencanaan utama keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu manajemen hiperglikemia. Waktu pelaksanaan implementasi keperawatan dimulai dari tanggal 12-15 Februari 2026. Dalam laporan kasus ini sesuai dengan asuhan keperawatan yang diberikan, tindakan observasi yang dilakukan yaitu memonitor kadar glukosa darah serta memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, dan sakit kepala). Tindakan edukasi yang dilakukan yaitu menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL, menganjurkan monitor kadar

glukosa darah secara mandiri, menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, serta mengajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan). Untuk tindakan kolaborasi yang dilakukan yaitu kolaborasi pemberian insulin dan pemberian cairan intravena.

e. Evaluasi keperawatan

Tabel 8
Evaluasi Keperawatan Ny. S Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa
Darah Akibat Diabetes Melitus Tipe II
Di RSUD Sanjiwani Gianyar

No	Tgl/jam	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4
1	15 Februari 2026/ 18.00 WITA	S: - Pasien mengatakan lemas sudah berkurang - Pasien mengatakan sudah dapat mengontrol rasa lapar - Pasien mengatakan mulutnya sudah tidak kering - Pasien mengatakan rasa haus berkurang O: - Pasien tampak lebih tenang - Kadar Glukosa darah membaik, kadar glukosa darah sewaktu Ny. S 200mg/dL A:	Diah

-
- Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (hiperglikemia) teratasi

P:

- Pertahankan kondisi pasien.
-

B. Pembahasan Laporan Kasus

1. Pengkajian keperawatan

Sesuai dengan hasil pengkajian yang telah dilakukan, diperoleh data bahwa pasien bernama Ny. S berusia 64 tahun dan telah menderita diabetes melitus tipe 2 sejak tahun 2012. Riwayat kesehatan keluarganya menunjukkan adanya predisposisi genetik terhadap penyakit tersebut, di mana kedua orang tua ayah dan ibu pasien diketahui juga memiliki riwayat diabetes melitus. Hasil pengkajian ini sejalan dengan teori dari Safitri et al (2023) yang menyatakan bahwa salah satu faktor penyebab diabetes melitus adalah faktor genetik.

Pasien mengeluh tubuh terasa lemas dan lesu , mulut terasa kering , serta meningkatnya rasa haus. Hasil pemeriksaan kadar glukosa darah sewaktu menunjukkan hasil 332 mg/dL, yang melebihi batas normal. Pengkajian tersebut juga sesuai dengan teori dari Wijaya Saferi & Putri Mariza (2013), yang dimana menyebutkan keluhan lemas, peningkatan rasa haus, serta kesemutan merupakan tanda dan gejala dari diabetes melitus. Berdasarkan gejala dan hasil pemeriksaan yang didapatkan, dapat disimpulkan bahwa pasien mengalami hiperglikemia yaitu kondisi meningkatnya kadar glukosa dalam darah yang merupakan bagian dari manifestasi klinis dari diabetes melitus yang tidak terkelola dengan baik.

Berdasarkan hasil pengkajian fisik yang dilakukan, tidak ditemukan adanya masalah kesehatan yang bersifat serius pada pasien. Namun, dalam pengkajian bio-psiko-sosial-spiritual khususnya pada aspek biologis yang dilakukan melalui pendekatan pola kebutuhan dasar terutama pada aspek nutrisi

Selain itu, keluarga pasien juga mengatakan bahwa pasien telah mendapatkan perawatan di rumah termasuk pengaturan pola makan sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan dalam laporan kasus ini ditetapkan berdasarkan hasil pengkajian keperawatan yang telah dilakukan, Menurut (SDKI DPP PPNI, 2017) dapat disimpulkan bahwa pasien mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah hiperglikemia. Hal ini dibuktikan dengan ditemukannya data mayor, yaitu pasien mengeluh lelah atau lesu serta kadar glukosa darah yang tinggi dengan hasil pemeriksaan glukosa darah sewaktu sebesar 332 mg/dL. Adapun data minor yang didapatkan yaitu pasien mengeluh mulut terasa kering dan peningkatan rasa haus.

Namun, dari lima data mayor dan minor menurut SDKI, terdapat satu data minor yang kurang mendukung laporan kasus ini jumlah urin meningkat. Berdasarkan penelitian (Mutter et al., 2021), dijelaskan bahwa tidak semua pasien diabetes melitus mengalami peningkatan jumlah urin. Hal ini dapat terjadi apabila kadar glukosa darah belum melampaui ambang ginjal (sekitar 180 mg/dL) atau hanya mengalami hiperglikemia ringan yang belum mencapai ambang tersebut, sehingga tidak terjadi glukosuria maupun poliuria. Di sisi lain, rasa haus tetap dapat muncul sebagai respons awal terhadap peningkatan osmolaritas plasma meskipun poliuria belum terjadi.

Dari hasil pengkajian dan analisis data tersebut, didapatkan bahwa semua gejala yang dialami pasien tersebut sesuai dengan kriteria data mayor dan minor pada diagnosis ketidakstabilan kadar glukosa darah khususnya yang mengarah pada kondisi hiperglikemia sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Sehingga pada kasus ini, dapat ditegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang didapatkan yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah hiperglikemia. Dalam kasus ini, memakai rumusan diagnosis aktual dengan penulisan tiga bagian yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah hiperglikemia berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan pasien mengeluh lemas atau lesu, kadar glukosa dalam darah tinggi, mulut terasa kering, serta rasa haus meningkat.

3. Perencanaan keperawatan

Setelah menetapkan diagnosis keperawatan berdasarkan prioritas masalah yang telah diidentifikasi, tahap berikutnya adalah menyusun perencanaan keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan, mengatasi, serta mencegah munculnya masalah kesehatan pada pasien. Perumusan rencana keperawatan disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), yang menjadi acuan dalam menentukan jenis tindakan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien.

Luaran yang digunakan dalam laporan kasus ini adalah kestabilan kadar glukosa darah dengan harapan terjadi peningkatan dengan ekspektasi meningkat dengan kriteria hasil lelah atau lesu menurun, mulut kering menurun, rasa haus menurun, dan kadar glukosa dalam darah membaik. Perencanaan dalam laporan kasus ini mengacu pada intervensi utama, yaitu manajemen hiperglikemia yang

mencakup empat komponen tindakan, yakni observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Sesuai dengan asuhan keperawatan yang diberikan, tindakan observasi yang dilakukan meliputi pemantauan kadar glukosa darah serta pemantauan tanda dan gejala hiperglikemia.

Tindakan edukasi yang dilakukan yaitu menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, serta mengajarkan pengelolaan diabetes. Untuk tindakan kolaborasi yang dilakukan yaitu kolaborasi pemberian insulin dan pemberian cairan intravena. Selain itu, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Eka safitri dkk., 2024), penatalaksanaan ketidakstabilan kadar glukosa darah juga dilakukan melalui perencanaan manajemen hiperglikemia sesuai dengan SIKI sebagai upaya pencegahan komplikasi pada pasien dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah. Manajemen hiperglikemia tersebut merupakan bentuk perencanaan yang dapat diterapkan secara kolaboratif dan edukatif, bersifat efektif, serta mudah dilaksanakan baik di fasilitas pelayanan kesehatan maupun di rumah.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada laporan kasus ini dilaksanakan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan berdasarkan kebutuhan pasien. Implementasi keperawatan pada Ny.S dilakukan selama 4x24 jam pada tanggal 12 Februari-15 Februari 2026 di Ruang lantai 2 kelas 3 RSUD Sanjiwani Gianyar. Implementasi keperawatan dimulai tanggal 12 februari dengan melakukan kontrak waktu serta penandatanganan informed consent sebagai bukti persetujuan dari pasien untuk diberikan asuhan keperawatan, serta melakukan pengkajian keadaan umum, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, memonitor

kadar glukosa darah pasien, memberikan asupan cairan oral, serta mengkolaborasi pemberian insulin.

Pada hari berikutnya sampai dengan hari terakhir diberikan asuhan keperawatan yaitu tanggal 15 Februari 2026, implementasi yang diberikan yaitu juga dimulai dari mengkaji keadaan umum, memonitor kadar glukosa darah, serta memberikan edukasi terkait pengelolaan diabetes dengan melaksanakan diet sesuai anjuran agar kadar glukosa darah terkontrol. Proses implementasi dilaksanakan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan menerapkan perencanaan utama berupa manajemen hiperglikemia yang dilakukan secara bertahap, mulai dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi, kolaborasi

Menurut penelitian yang dilaksanakan oleh Ariqoh dkk (2022), pemberian asuhan keperawatan kepada pasien dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah hiperglikemia akibat diabetes melitus tipe 2 melalui perencanaan manajemen hiperglikemia terbukti efektif guna mengatasi kadar glukosa darah pasien

Di samping itu, penelitian lain yang dilaksanakan oleh Andriani & Hasanah (2023) juga menunjukkan hasil serupa. Dalam penelitian tersebut, fokus asuhan keperawatan dengan perencanaan manajemen hiperglikemia pada pasien dengan kondisi ketidakstabilan kadar glukosa darah hiperglikemia akibat diabetes melitus tipe 2 dapat membantu kadar glukosa darah pasien membaik.

Hasil evaluasi menunjukkan terjadinya penurunan kadar glukosa darah pasien yang signifikan dari 332 mg/dL menjadi 200 mg/dL, disertai dengan berkurangnya gejala hiperglikemia yang sebelumnya dikeluhkan pasien dalam penelitian tersebut dengan demikian, intervensi keperawatan berupa manajemen hiperglikemia melalui pendekatan asuhan keperawatan yang terstruktur serta

melibatkan peran keluarga dapat membantu pasien diabetes melitus tipe 2 dalam menstabilkan kadar glukosa darah.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan yang digunakan dalam laporan kasus ini terdiri dari empat metode, yaitu SOAP. Subjektif (S) merupakan data yang diperoleh dari keluhan yang masih dirasakan pasien meskipun tindakan keperawatan telah diberikan. Objektif (O) adalah data yang diperoleh melalui hasil pengukuran atau pengamatan langsung oleh perawat terhadap kondisi pasien, serta umpan balik pasien setelah tindakan keperawatan dilakukan. Analisis (A) merupakan tahap penentuan apakah suatu masalah atau diagnosis keperawatan masih tetap ada atau muncul sebagai diagnosis baru akibat perubahan kondisi kesehatan pasien. Penentuan ini didasarkan pada data yang telah diidentifikasi, baik dari informasi subjektif maupun objektif. Planning (P) merupakan tahap di mana perawat memutuskan untuk melanjutkan, menghentikan, memodifikasi, atau menambahkan rencana keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan sebelumnya. Setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 4 hari, evaluasi yang diperoleh dari laporan kasus ini sesuai dengan metode SOAP yang digunakan yaitu Ny.S mengatakan rasa lemas berkurang, mulut sudah terasa lembab, rasa haus berkurang. Hasil pemeriksaan kadar glukosa darah juga membaik yaitu 200 mg/dL.

Berdasarkan hasil tersebut, masalah keperawatan dinyatakan teratasi, namun intervensi tetap perlu dipertahankan dengan menerapkan pola diet yang baik, melakukan pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri secara rutin, serta mengonsumsi obat secara teratur agar kadar glukosa darah tetap terkontrol. Evaluasi ini juga disesuaikan dengan intervensi yang telah dirumuskan pada tujuan

dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), yaitu kestabilan kadar glukosa darah dimana keluhan yang dialami pasien menurun dan kadar glukosa darah membaik. Hasil evaluasi tersebut juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Harahap dkk (2024), setelah melaksanakan implementasi dengan manajemen hiperglikemia didapatkan hasil evaluasi yang sama dimana keluhan yang dialami pasien menurun dan kadar glukosa darah membaik.

C. Keterbatasan laporan kasus

Keterbatasan dalam laporan kasus ini adalah tidak adanya kasus pembandingan, karena asuhan keperawatan hanya diberikan kepada satu pasien. Tidak adanya kasus pembandingan tersebut menimbulkan ketidakpastian dalam perencanaan keperawatan terhadap ketidakstabilan kadar glukosa darah hiperglikemia akan memberikan hasil yang sama pada pasien lain dengan kondisi serupa. Selain itu, juga terdapat keterbatasan dalam proses dokumentasi selama pemberian asuhan keperawatan.