

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada kedua subjek penelitian dilakukan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar. Pengkajian pada pasien pertama yaitu Ny. DP dilakukan tanggal 14 April 2021 pukul 17.00 WITA. Sedangkan pengkajian pada pasien kedua yaitu Tn. SK dilakukan tanggal 27 April 2021 pukul 12.00 WITA.

Tabel 2
Pengkajian Primer Subjek 1 dan Subjek 2 Asuhan Keperawatan
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien DM Tipe 2
di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

Kasus I		Kasus II	
1		2	
Identitas Pasien		Identitas Pasien	
Nama	: Ny. DP	Nama	: Tn. SK
Umur	: 54 tahun	Umur	: 79 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan	Jenis Kelamin	: Laki-laki
Pekerjaan	: Tidak bekerja	Pekerjaan	: Tidak bekerja
Agama	: Hindu	Agama	: Hindu
Tgl. Masuk RS	: 14 April 2021	Tgl. Masuk RS	: 27 April 2021
Alasan Masuk	: Lemas	Alasan Masuk	: Lemas
Diagnosa Medis	: Hipoglikemia + DM Tipe II	Diagnosa Medis	: Hipoglikemia ec. Low Intake + DM Tipe II
Initial survey : Verbal		Initial survey : Verbal	
Warna triase : P2		Warna triase : P2	
Survei Primer dan Resusitasi		Survei Primer dan Resusitasi	
a. <i>Airway</i> dan kontrol servikal		a. <i>Airway</i> dan kontrol servikal	
Keadaan jalan nafas		Keadaan jalan nafas	
Tingkat kesadaran : Somnolen		Tingkat kesadaran : Apatis	
Pernafasan	: Spontan	Pernafasan	: Spontan
Upaya bernafas	: Ada	Upaya bernafas	: Ada
Benda asing di jalan nafas : -		Benda asing di jalan nafas : -	
Bunyi nafas	: -	Bunyi nafas	: -
Hembusan nafas	: Lemah	Hembusan nafas	: Lemah

1	2
<p><i>b. Breathing</i> Fungsi pernafasan Jenis Pernafasan : Takipnea Frekwensi : 30x/menit Retraksi Otot bantu nafas : Ada Kelainan dinding thoraks : - Bunyi nafas : Vesikuler +/+, Ronchi +/- Hembusan nafas : Lemah</p>	<p><i>b. Breathing</i> Fungsi pernafasan Jenis Pernafasan : Takipnea Frekwensi : 22x/menit Retraksi Otot bantu nafas : - Kelainan dinding thoraks : - Bunyi nafas : Vesikuler +/+, Ronchi -/- Hembusan nafas : Lemah</p>
<p><i>c. Circulation</i> Keadaan sirkulasi Tingkat kesadaran : Somnolen Perdarahan : Tidak ada Kapilari Refill : < 2 detik Tekanan darah : 90/50 mmHg Nadi radial/carotis: 144x/menit Akral perifer : Dingin</p>	<p><i>c. Circulation</i> Keadaan sirkulasi Tingkat kesadaran : Apatis Perdarahan : Tidak ada Kapilari Refill : < 2 detik Tekanan darah : 75/39 mmHg Nadi radial/carotis: 61x/menit Akral perifer : Hangat</p>
<p><i>d. Disability</i> Pemeriksaan Neurologis : GCS 10 : E:3 V:3 M:4 Reflex fisiologis : Normal Reflex patologis : Tidak ada Kekuatan otot : $\frac{444}{444} \frac{444}{444}$</p>	<p><i>d. Disability</i> Pemeriksaan Neurologis : GCS 12: E:3 V:4 M:5 Reflex fisiologis : Normal Reflex patologis : Tidak ada Kekuatan otot : $\frac{444}{444} \frac{444}{444}$</p>

Tabel 3
Pengkajian Sekunder Subjek 1 dan Subjek 2 Asuhan Keperawatan
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien DM Tipe 2
di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

Kasus I	Kasus II
<p>1. Riwayat Kesehatan</p> <p>a. RKD : Keluarga mengatakan pasien riwayat DM Tipe 2 dengan terapi obat metformin 2x1. Pasien juga menderita kanker usus dan rutin menjalani kemoterapi di RSUP Sanglah, pasien post kemo tanggal 13 April 2021.</p> <p>b. RKS : Pasien datang ke IGD RSUD Sanjiwani diantar oleh keluarga dengan keluhan lemas sejak tadi pagi. Keluarga mengatakan pasien tidak mau makan sejak 3 hari sebelum MRS, keluarga mengatakan di rumah pasien mengeluh pusing, dan sesak, mual (+), muntah (-). Pasien tampak berkeringat dan tidak bisa diajak berkomunikasi. KU : lemah, kesadaran somnolen, GCS 10 : E:3V:3M:4, CRT<2detik, SaO2:68%, TD:90/50 mmHg, N:144x/menit, S:37,3°C, RR:30x/menit, GDS:29 mg/dL.</p> <p>c. RKK : Keluarga mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit yang sama dengan pasien.</p> <p>2. Riwayat dan Mekanisme Trauma Pasien tidak mengalami trauma.</p>	<p>1. Riwayat Kesehatan</p> <p>a. RKD : Keluarga mengatakan pasien riwayat DM namun tidak mengkonsumsi obat maupun menggunakan insulin secara rutin, pasien batuk sejak 1 bulan yang lalu, riwayat hipertensi dan penyakit jantung disangkal.</p> <p>b. RKS : Pasien datang ke IGD RSUD Sanjiwani diantar oleh keluarga dalam keadaan lemas. Keluarga mengatakan sejak 1 minggu yang lalu pasien tidak nafsu makan, pasien hanya mampu makan bubur setengah porsi, pasien mengeluh pusing dada berdebar dan mengantuk, mual (+), muntah (-). Pasien keluar keringat dingin, sulit diajak berkomunikasi. KU: lemah, kesadaran apatis, GCS:12 E3V4M5 CRT<2detik, SaO2 : 78%, TD: 75/39 mmHg, N:61x/menit, S:36,3°C, RR:22x/menit, GDS:36 mg/dL.</p> <p>c. RKK : Keluarga mengatakan kakak pasien juga memiliki riwayat DM.</p> <p>2. Riwayat dan Mekanisme Trauma Pasien tidak mengalami trauma.</p>

Tabel 4
Pemeriksaan Fisik Subjek 1 dan Subjek 2 Asuhan Keperawatan
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien DM Tipe 2
di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

Kasus I	Kasus II
1	2
Pemeriksaan Fisik (Head to Toe)	Pemeriksaan Fisik (Head to Toe)
<p>a. Kepala : Normocephal</p> <p>Kulit kepala : Tidak terdapat lesi, rambut beruban tampak bersih.</p> <p>Mata : Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sklera putih, ketajaman pengelihatan kurang baik.</p> <p>Telinga : Bentuk telinga simetris, tidak terdapat tanda infeksi, tidak menggunakan alat bantu dengar, nyeri tekan tidak ada.</p> <p>Hidung : Tidak tampak adanya lesi, perdarahan, sumbatan maupun tanda gejala infeksi, tidak ada bengkak dan nyeri tekan. Mulut dan gigi : Warna mukosa bibir pucat, tampak kering, tidak ada lesi, jumlah gigi lengkap, tidak terdapat perdarahan dan radang gusi.</p> <p>Wajah : Wajah tampak pucat, tidak terdapat edema maupun nyeri tekan.</p> <p>b. Leher : Tidak tampak adanya pembengkakan, tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid, tidak terdapat nyeri tekan, nadi karotis teraba.</p> <p>c. Dada/ thoraks : Bentuk dada normal chest, tidak tampak adanya pembengkakan</p> <p>Paru-paru</p> <p>Inspeksi : Gerak dada simetris, tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan</p> <p>Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : Sonor</p>	<p>a. Kepala : Normocephal</p> <p>Kulit kepala : Tidak terdapat lesi, rambut beruban tampak bersih.</p> <p>Mata : Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sklera putih, ketajaman pengelihatan kurang baik.</p> <p>Telinga : Bentuk telinga simetris, tidak terdapat tanda infeksi, tidak menggunakan alat bantu dengar, nyeri tekan tidak ada.</p> <p>Hidung : Tidak tampak adanya lesi, perdarahan, sumbatan maupun tanda gejala infeksi, tidak ada bengkak dan nyeri tekan.</p> <p>Mulut dan gigi : Warna mukosa bibir pucat, tampak kering, tidak ada lesi, jumlah gigi lengkap, tidak terdapat perdarahan dan radang gusi.</p> <p>Wajah : Wajah tampak pucat, tidak terdapat edema maupun nyeri tekan.</p> <p>b. Leher : Tidak tampak adanya pembengkakan, tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid, tidak terdapat nyeri tekan, nadi karotis teraba.</p> <p>c. Dada/ thoraks : Bentuk dada normal chest, tidak tampak adanya pembengkakan</p> <p>Paru-paru</p> <p>Inspeksi : Gerak dada simetris, tidak ada retraksi otot bantu pernapasan</p> <p>Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : Sonor</p>

1	2
Auskultasi : Vesikuler +/+, Ronchi +/- Jantung	Auskultasi : Vesikuler +/+, Ronchi -/- Jantung
Inspeksi : Gerak dada simetris	Inspeksi : Gerak dada simetris
Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan pada jantung	Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan pada jantung
Perkusi : Sonor	Perkusi : Sonor
Auskultasi : Suara jantung S1 S2 reguler, murmur (-)	Auskultasi : Suara jantung S1 S2 reguler, murmur (-)
d. Abdomen	d. Abdomen
Inspeksi : Tampak adanya pembengkakkan.	Inspeksi : Tidak tampak adanya pembengkakkan.
Palpasi : Tidak teraba adanya penumpukan cairan, nyeri tekan (+)	Palpasi : Tidak teraba adanya penumpukan cairan, nyeri tekan (-)
Perkusi : Timpani	Perkusi : Timpani
Auskultasi : Bising usus (+)	Auskultasi : Bising usus (+)
e. Pelvis	e. Pelvis
Inspeksi : Bentuk pelvis normal	Inspeksi : Bentuk pelvis normal
Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan	Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
f. Perineum dan rektum : Tidak dikaji	f. Perineum dan rectum : Tidak dikaji
g. Genitalia : Tidak dikaji	g. Genitalia : Tidak dikaji
h. Ekstremitas	h. Ekstremitas
Status sirkulasi : CRT <2detik	Status sirkulasi : CRT <2detik
Keadaan injury : Tidak ada	Keadaan injury : Tidak ada
i. Neurologis	i. Neurologis
Fungsi sensorik : Normal	Fungsi sensorik : Normal
Fungsi motorik : Mengalami kelemahan pada ekstremitas.	Fungsi motorik : Mengalami kelemahan pada ekstremitas.

Tabel 5
Pemeriksaan Penunjang Subjek 1 dan Subjek 2 Asuhan Keperawatan
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien DM Tipe 2
di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

Kasus I	Kasus II
<p>Hasil Pemeriksaan Penunjang</p> <p>1. Kimia klinik</p> <p style="margin-left: 20px;">Ureum : 21,2 mg/dL</p> <p style="margin-left: 20px;">SGPT : 32 U/L</p> <p style="margin-left: 20px;">SGOT : 46 U/L</p> <p style="margin-left: 20px;">Pemeriksaan elektrolit</p> <p style="margin-left: 40px;">Natrium : 137 mmol/l</p> <p style="margin-left: 40px;">Kalium : 3,8 mmol/l</p> <p style="margin-left: 40px;">Glukosa sewaktu : 29 mg/dL</p> <p style="margin-left: 40px;">Creatinine : 0,16 mg/dL</p> <p style="margin-left: 40px;">Chloride : 111 mmol/l</p> <p>2. Pemeriksaan diagnostic</p> <p>Foto Thorax AP :</p> <p>Tampak perselubungan pada hemithorax kiri yang menutupi sinus dan diafragma kiri. Sinus kanan tumpul, diafragma kanan sebagian tertutup opasitas. Tampak perselubungan pada paracardial kanan.</p> <p>Cor : Ukuran sukar dievaluasi</p> <p>Tulang-tulang intak</p> <p>Kesan :</p> <p>Pneumonia</p> <p>Efusi Pleura Bilateral</p>	<p>Hasil Pemeriksaan Penunjang</p> <p>1. Kimia klinik</p> <p style="margin-left: 20px;">Ureum : 110,2 mg/dL</p> <p style="margin-left: 20px;">SGPT : 875 U/L</p> <p style="margin-left: 20px;">SGOT : 166 U/L</p> <p style="margin-left: 20px;">Pemeriksaan elektrolit</p> <p style="margin-left: 40px;">Natrium : 137 mmol/l</p> <p style="margin-left: 40px;">Kalium : 5,8 mmol/l</p> <p style="margin-left: 40px;">Glukosa sewaktu : 36 mg/dL</p> <p style="margin-left: 40px;">Creatinine : 1,29 mg/dL</p> <p style="margin-left: 40px;">Chloride : 106 mmol/l</p> <p>2. Pemeriksaan diagnostic</p> <p>Rontgen Thorax di ruangan, jika ada indikasi kasus kardio dan paru.</p>
<p>Terapi Dokter :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. IVFD Dx 10% 30 tpm 2. IVFD Asering 30 tpm 3. Dx 40 % 4 flash 4. MST Continus (Morphine Sulfate) tablet 2x15 mg 5. Ketorolac 30 mg IV 3x1ampul 6. Omeprazole 40 mg IV 2x1ampul 7. Paracetamol flash 8. Oksigen 15 lpm 	<p>Terapi Dokter :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. IVFD Dx 10% 20 tpm 2. Dx 40 % 3 flash 3. Asam folat 2x1 4. Curcuma 3x1 5. Vascon 0,05 dengan BB 60kg, Kecepatan 2,3cc/jam hingga tensi >100mmHg 6. Oksigen 15 lpm

B. Diagnosa Keperawatan

1. Analisa data

Hasil pengkajian menunjukkan subjek 1 mengalami penurunan kadar glukosa darah dibawah rentang normal yaitu 29 mg/dL, pasien pusing, pasien mengalami penurunan kesadaran dan gangguan koordinasi. Pasien tampak lemas, jantung berdebar, berkeringat dan sulit berbicara. Pada subjek 2 juga terdapat keluhan yang sama, pasien mengalami penurunan kadar glukosa darah yaitu 36 mg/dL, pasien mengalami penurunan kesadaran, gangguan koordinasi, mengeluh pusing dan mengantuk. Pasien tampak lemas, mengeluh jantung berdebar-debar, sulit diajak berkomunikasi dan keluar keringat dingin. Analisis data berdasarkan hasil pengkajian pada kasus I dan II dapat dijabarkan sebagai berikut :

Tabel 6
Analisa Data Subjek 1 dalam Asuhan Keperawatan
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien DM Tipe 2
di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

Data Fokus	Analisis Masalah	Masalah
<p>DS : Keluarga mengatakan sebelum MRS pasien mengeluh pusing dan lemas. Pasien mengalami palpitasi</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mengalami gangguan koordinasi b. Kadar glukosa dalam darah rendah (29mg/dL) c. Kesadaran menurun (GCS:10 E3V3M4) d. Pasien sulit bicara akibat mengalami penurunan kesadaran e. Pasien tampak berkeringat 	<p>Faktor penyebab hipoglikemia : Penggunaan insulin atau obat glikemik oral dan asupan tidak adekuat</p> <p>↓</p> <p>Aktivitas pusat otonom di hipotalamus meningkat</p> <p>↓</p> <p>Merangsang sistim simpato adrenal</p> <p>↓</p> <p>Berkeringat, denyut nadi meningkat, kontraktilitas jantung meningkat, tremor</p> <p>↓</p> <p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>

Tabel 7
Analisa Data Subjek 2 dalam Asuhan Keperawatan
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien DM Tipe 2
di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

Data Fokus	Analisis Masalah	Masalah
<p>DS : Keluarga mengatakan pasien lemas hanya mau tidur saja, susah diajak berkomunikasi. Pasien mengeluh pusing, dada terasa berdebar dan mual.</p> <p>DO :</p> <p>a. Pasien mengalami gangguan koordinasi</p> <p>b. Kadar glukosa dalam darah rendah (36mg/dL)</p> <p>c. Kesadaran menurun (GCS:13 E4V4M5)</p> <p>d. Pasien sulit bicara akibat mengalami penurunan kesadaran</p> <p>e. Pasien tampak berkeringat</p>	<p>Faktor penyebab hipoglikemia : Disfungsi hati dan asupan tidak adekuat</p> <p>↓</p> <p>Aktivitas pusat otonom di hipotalamus meningkat</p> <p>↓</p> <p>Merangsang sistem simpato adrenal</p> <p>↓</p> <p>Berkeringat, denyut nadi meningkat, kontraktilitas jantung meningkat, tremor</p> <p>↓</p> <p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan berdasarkan hasil analisis data pada kasus I dan II dapat dirumuskan sebagai berikut :

- a. Kasus I : Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia : penggunaan insulin atau obat glikemik oral, ditandai dengan pusing, mengalami gangguan koordinasi, kadar glukosa dalam darah rendah (29 mg/dL), palpitasi, gemetar, kesadaran menurun, sulit berbicara, dan berkeringat.
- b. Kasus II : Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia : disfungsi hati, ditandai dengan pasien mengantuk, pusing, mengalami gangguan koordinasi, kadar glukosa dalam darah rendah (36 mg/dL), palpitasi, gemetar, kesadaran menurun, sulit berbicara, dan berkeringat.

C. Rencana Keperawatan

Manajemen hipoglikemia adalah tindakan perawat dalam mengidentifikasi dan mengelola kadar glukosa darah rendah yang terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (PPNI, 2018a). Adapun intervensi keperawatan yang disusun untuk mengatasi masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah pada kedua subjek penelitian adalah sebagai berikut :

Tabel 8
Rencana Keperawatan Subjek 1 dalam Asuhan Keperawatan
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien DM Tipe 2
di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia : penggunaan insulin atau obat glikemik oral, ditandai dengan pusing, mengalami gangguan koordinasi, kadar glukosa dalam darah rendah (29 mg/dL), gemetar, kesadaran menurun, sulit berbicara, dan berkeringat.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 2 jam diharapkan Kestabilan kadar glukosa meningkat dengan kriteria hasil : 1. Koordinasi meningkat 2. Kesadaran meningkat 3. Lelah /lesu menurun 4. Mulut kering menurun 5. Kesulitan bicara menurun 6. Kadar glukosa dalam darah membaik 7. Palpitasi membaik	Manajemen Hipoglikemia Observasi 1. Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia 2. Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia Terapeutik 1. Berikan karbohidrat sederhana : 25 gram gula pasir dilarutkan dalam 3 sendok makan air minum 2. Pertahankan kepatenan jalan napas 3. Pertahankan akses IV Edukasi 1. Ajarkan pengelolaan hipoglikemia (mis. Tanda dan gejala, factor risiko dan pengobatan hipoglikemia) 2. Ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia (mis. Mengurangi insulin/agen oral dan/atau meningkatkan asupan makan untuk berolahraga) Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian dekstrose.




Tabel 9
Rencana Keperawatan Subjek 2 dalam Asuhan Keperawatan
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien DM Tipe 2
di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021








Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia : disfungsi hati, ditandai dengan pasien mengantuk, pusing, mengalami gangguan koordinasi, kadar glukosa dalam darah rendah (36 mg/dL), palpitasi, gemetar, kesadaran menurun, sulit berbicara, dan berkeringat.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 2 jam diharapkan Kestabilan kadar glukosa meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kordinasi meningkat 2. Kesadaran meningkat 3. Lelah /lesu menurun 4. Mulut kering menurun 5. Kesulitan bicara menurun 6. Kadar glukosa dalam darah membaik 7. Palpitasi membaik	Manajemen Hipoglikemia Observasi 1. Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia 2. Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia Terapeutik 1. Berikan karbohidrat sederhana, jika perlu : 25 gram gula pasir dilarutkan dalam 3 sendok makan air minum. 2. Pertahankan kepatenan jalan napas 3. Pertahankan akses IV, Edukasi 1. Ajarkan pengelolaan hipoglikemia (mis. Tanda dan gejala, factor risiko dan pengobatan hipoglikemia) 2. Ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia (mis. Mengurangi insulin/agen oral dan/atau meningkatkan asupan makan untuk berolahraga) Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian dekstrose



D. Implementasi Keperawatan

Implementasi pada kasus I dan II dilakukan selama 1 x 2 jam sesuai dengan tindakan yang telah direncanakan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.



Tabel 10
Implementasi Keperawatan Subjek 1 dalam Asuhan Keperawatan
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien DM Tipe 2
di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021








No.	Tgl. / Jam	Implementasi	Respon	Paraf
1	2	3	4	5
1.	14/4/21 17.00 WITA	Memonitor keluhan utama, TTV dan SaO2 pasien	DS : Pasien mengeluh sesak, lemas, dan tidak nafsu makan. Pasien juga meringis kesakitan dan memegang bagian perutnya. Keluarga mengatakan pasien mengalami lemas sejak tadi pagi lalu segera diantar ke IGD. DO : Keadaan umum : lemah, wajah tampak pucat, CRT <2detik, TTV : TD :90/50mmHg, MAP : 63 mmHg N :144x/menit, S :37,3°C, RR :30x/menit. SaO2 : 68%	
2.	17.05 WITA	Memonitor GDS Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia Mengidentifikasi penyebab hipoglikemia	DS : Pasien mengeluh pusing. DO : Hasil pemeriksaan GDS : 29 mg/dL. Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS: 12 E3V4M5, pasien mengalami gangguan koordinasi, tampak gemetar, tidak mampu berbicara, dan berkeringat. Pasien mengalami hipoglikemia akibat konsumsi obat diabetes namun asupan makanan tidak adekuat sejak 3 hari yang lalu.	
3.	17.07 WITA	Mempertahankan kepatenan jalan napas dan	DS : - DO : Pasien berbaring dengan posisi setengah duduk, terpasang O2 dengan NRM 10 lpm, saturasi	






1	2	3	4	5
		dan memberikan O ₂ sesuai indikasi	meningkat 86%. Dosis oksigen ditingkatkan 15 lpm, saturasi saat ini 92% .	
4.	17.08 WITA	Melakukan tindakan pemasangan infus, pengambilan sampel darah mempertahankan akses IV	DS : - DO : Terpasang infus RL 30 tpm, aliran infus lancar, tidak tampak adanya pembengkakan. Sampel darah lengkap dan kimia klinik dibawa ke lab.	
5.	17.12 WITA	Kolaborasi pemberian cairan dextrose 40% bolus 4 flash	DS : - DO : Terapi cairan telah diberikan, aliran pada infus set lancar tidak ada pembengkakan pada tangan yang terpasang infus.	
6.	17.25 WITA	Memonitor EKG Memasang bedside monitor	DS : - DO : Hasil pemeriksaan EKG : Sinus Takikardia. Terpasang bedside monitor.	
7.	18.00 WITA	Kolaborasi pemberian cairan dextrose 10% 30 tpm	DS : - DO : Terpasang infus Dx 10% 30 tpm, tidak tampak adanya pembengkakan	
8.	18.15 WITA	Melakukan pemeriksaan GDS	DS : - DO : GDS : 69 mg/dL. GCS 13 E4 V4 M5	
9.	18.18 WITA	Memberikan karbohidrat sederhana yaitu larutan gula pasir dengan komposisi gula pasir murni sebanyak 25 gram dilarutkan dalam 3 sendok makan air minum.	DS : Pasien mengatakan sudah bisa minum DO : Pasien mampu menghabiskan larutan gula pasir yang diberikan.	
10.	18.33 WITA	Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia Melakukan pemeriksaan GDS	DS : Pasien mengatakan masih merasa lemas. DO : GDS : 96 mg/dL. Pasien tampak lemas, bisa diajak berkomunikasi, tidak tampak adanya keringat, pasien tidak gemetar, kesadaran meningkat dengan GCS : GCS 13 E4 V4 M5.	

1	2	3	4	5
11.	18.50 WITA	Memberikan edukasi mengenai : Pengelolaan hipoglikemia dan pencegahan hipoglikemia	DS : Keluarga mengatakan sudah memahami mengenai pengelolaan dan pencegahan hipoglikemia DO : Keluarga kooperatif dan menyimak dengan baik pendidikan kesehatan yang diberikan	
13.	19.00 WITA	Memonitor tingkat kesadaran, TTV dan SaO2 pasien.	DS : Pasien mengatakan lemas berkurang DO : Tingkat kesadaran : Apatis GCS:13 (E4V4M5). TTV : TD : 90/50mmHg, MAP 63 mmHg, N:130x/menit, S:37°C, RR:26x/menit, SaO2 : 96%. Terpasang infus Dx 10% 20tpm sampai GDS >100mg/dL, terpasang NRM 15 lpm pertahankan saturasi >94%.	

Tabel 11
Implementasi Keperawatan Subjek 2 dalam Asuhan Keperawatan
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien DM Tipe 2
di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

No.	Tgl. / Jam	Implementasi	Respon	Paraf
1	2	3	4	5
1.	27/4/21 12.00 WITA	Memonitor keluhan utama, TTV dan SaO2 pasien	DS : Pasien mengeluh sesak sejak tadi pagi. Pasien tidak nafsu makan sejak 1 minggu yang lalu, pasien hanya mampu makan bubur setengah porsi, mual(+), muntah (-). DO : KU: lemah, kesadaran apatis, GCS:12 E3V4M5, CRT<2detik, SaO2:78%, TD:75/39mmHg, N:61x/menit, S:36,3°C, RR:22x/menit.	
2.	12.05 WITA	Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia Memonitor GDS Mengidentifikasi penyebab hipoglikemia	DS : Pasien mengeluh dada terasa bedebur dan pusing. DO : Hasil pemeriksaan GDS : 36 mg/dL. Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS: 12 E3V4M5, pasien mengalami gangguan koordinasi, tampak gemetar, tidak mampu berbicara,	


1	2	3	4	5
			dan berkeringat. Pasien mengalami hipoglikemia akibat mengalami penurunan nafsu makan sejak 1 minggu yang lalu sehingga asupan nutrisi tidak adekuat.	
3.	12.07 WITA	Mempertahankan kepatenan jalan napas dan memberikan O ₂ sesuai indikasi	DS : Pasien mengatakan sesak berkurang DO : Pasien berbaring dengan posisi setengah duduk, terpasang O ₂ dengan NRM 10 lpm, saturasi meningkat 91%.	
4.	12.08 WITA	Melakukan tindakan pemasangan infus, mempertahankan akses IV dan pengambilan sampel darah	DS : Pasien kooperatif DO : Terpasang infus NaCl 90% 30 tpm, aliran infus lancar, tidak tampak adanya pembengkakan. Sampel darah lengkap dan kimia klinik dibawa ke lab.	
5.	12.12 WITA	Memonitor EKG Memasang bedside monitor	DS : - DO : Hasil pemeriksaan EKG : Undetermined rhythm. Terpasang bedside monitor.	
6.	12.15 WITA	Memberikan karbohidrat sederhana yaitu larutan gula pasir dengan komposisi gula pasir murni sebanyak 25 gram dilarutkan dalam 3 sendok makan air minum.	DS : Pasien mengatakan sudah bisa minum DO : Pasien mampu menghabiskan larutan gula pasir yang diberikan.	
7.	12.30 WITA	Melakukan pemeriksaan GDS	DS : - DO : GDS : 55 mg/dL.	
8.	12.40 WITA	Kolaborasi pemberian cairan dextrose 40% bolus 3 flash	DS : - DO : Terapi cairan telah diberikan, aliran pada infus set lancar tidak ada pembengkakan pada tangan yang terpasang infus.	
9.	12.45 WITA	Memberikan karbohidrat sederhana yaitu larutan gula pasir	DS : Pasien mengatakan sudah bisa minum DO : Pasien mampu menghabiskan larutan gula pasir yang diberikan.	

1	2	3	4	5
		dengan komposisi gula pasir murni sebanyak 25 gram dilarutkan dalam 3 sendok makan air minum.		
10.	13.00 WITA	Melakukan pemeriksaan GDS	DS : - DO : GDS : 73 mg/dL.	
11.	13.25 WITA	Kolaborasi pemberian cairan dextrose 5% 20 tpm	DS : - DO : Terpasang infus Dx 5% 20 tpm, tidak tampak adanya pembengkakan	
12.	13.30 WITA	Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia	DS : Pasien mengatakan masih merasa lemas. DO : GDS : 148 mg/dL. Pasien tampak lemas, bisa diajak berkomunikasi, tidak tampak adanya keringat, pasien tidak gemetar, kesadaran meningkat dengan GCS : GCS 15 E4 V5 M6.	
13.	13.50 WITA	Memberikan edukasi mengenai : Pengelolaan hipoglikemia dan pencegahan hipoglikemia	DS : Keluarga mengatakan sudah memahami mengenai pengelolaan dan pencegahan hipoglikemia DO : Keluarga kooperatif dan menyimak dengan baik pendidikan kesehatan yang diberikan	
14.	14.00 WITA	Memonitor tingkat kesadaran, TTV dan SaO2 pasien.	DS : Pasien mengatakan lemas berkurang DO : Tingkat kesadaran : Composmentis GCS:15 (E4V5M6). TTV : TD : 100/60mmHg, N:90x/menit, S:36,5°C, RR:22x/menit ,SaO2 : 99%. Terpasang infus Dx 5% 20tpm sampai GDS >100mg/dL, terpasang NRM 10 lpm pertahankan saturasi >94%.	

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada kasus I dan II setelah diberikan implementasi selama 1 x 2 jam menunjukkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat. Pada kedua subjek penelitian ditemukan adanya peningkatan kesadaran dan koordinasi. Kadar glukosa dalam darah sudah membaik, keluhan mengantuk, pusing, lemas, gemetar, berkeringat, mulut kering dan kesulitan bicara menurun.

Tabel 12
Evaluasi Keperawatan Subjek 1 dalam Asuhan Keperawatan
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien DM Tipe 2
di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

No.	Tgl / Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
1.	14 April 2021 / 19.00 WITA	Diagnosa Keperawatan : Ketidakstabilan kadar glukosa darah Subjective : Pasien mengatakan lemas dan pusing sudah berkurang, tidak ada rasa berdebar. Objective : Keadaan umum : lemah, tampak pucat, berbaring dengan posisi setengah duduk. Kesadaran meningkat : Apatis, GCS : 13 E4V4M5, koordinasi meningkat, pasien sudah bisa diajak berkomunikasi, Kadar glukosa dalam darah membaik : 96 mg/dL. Terpasang infus Dx 10% 20 tpm sampai GDS >100mg/dL. Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian. Kestabilan kadar glukosa darah meningkat. Planning : Lanjutkan intervensi : a. Monitor tanda dan gejala hipoglikemia b. Monitor GDS setiap 2 jam c. Pertahankan akses IV d. Kolaborasi pemberian dekstrose 10% 20 tpm sampai GDS >100mg/dL	

Tabel 13
Evaluasi Keperawatan Subjek 2 dalam Asuhan Keperawatan
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien DM Tipe 2
di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

No.	Tgl / Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
1.	27 April 2021 / 14.00 WITA	<p>Diagnosa Keperawatan : Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p> <p>Subjective : Pasien mengatakan tidak ada pusing dan lemas sudah berkurang, rasa berdebar membaik.</p> <p>Objective : Keadaan umum : lemah, tampak pucat. Pasien sudah bisa diajak berkomunikasi, kesadaran meningkat : Kompos mentis, GCS : 15 E4V5M6, koordinasi meningkat, kesulitan bicara menurun. Kadar glukosa dalam darah membaik : 148 mg/dL. Terpasang infus Dx 5% 20 tpm sampai GDS >100mg/dL.</p> <p>Assesment : Masalah keperawatan teratasi. Kestabilan kadar glukosa darah meningkat.</p> <p>Planning : Lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor tandan dan gejala hipoglikemia b. Monitor GDS setiap 2 jam c. Pertahankan akses IV d. Kolaborasi pemberian dekstrose 5% 20 tpm sampai GDS >100mg/dL 	