

## **BAB V**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Studi Kasus**

Hasil studi kasus menguraikan tentang dua asuhan keperawatan yang diteliti menggunakan teknik dokumentasi dengan mengobservasi dokumen keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus Tipe II di Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung dimulai dari tanggal 20 April sampai dengan 25 April 2018. Terdiri dari lima proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Proses keperawatan tersebut diuraikan sebagai berikut:

#### **1. Pengkajian Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah**

##### **a. Data Perawatan Subyek 1**

Berdasarkan data pengkajian yang dilakukan pada dokumen subyek 1 di dapatkan data, pasien bernama Ny. S, umur 60 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga, agama Islam, alamat Dalung permai B3/117, pendidikan terakhir sekolah dasar (SD) status menikah, No RM 258394. Keluhan utama pasien yaitu lemas. Alasan dirawat yaitu pasien masuk IGD RSUD Mangusada Badung pada tanggal 22 April 2018, pukul 11.30 wita dengan keluhan lemas, kesadaran menurun. Pasien memiliki riwayat DM tipe II sejak 5 tahun yang lalu.

Berdasarkan hasil dokumentasi data keperawatan subyek 1 dengan diagnosa medis Hipoglikemia, DM tipe II di Ruang Oleg di dapatkan bahwa pada bagian pengkajian perawat telah mendokumentasikan data subyektif dan obyektif terkait dengan glukosa darah. data subyektif pasien lemas, kesadaran menurun, data

obyektif didapatkan pasien gemetar, suhu : 36.7°C, Nadi : 78x/menit, Tekanan darah : 100/80 mmHg, Respirasi : 20x/menit. Hasil glukosa darah sewaktu pasien adalah 31 mg/dL.

Berdasarkan hasil observasi dan validasi yang dilakukan peneliti ke pasien ditemukan data subyektif dan data obyektif tambahan. Data subyektif berupa pasien mengeluh lemas, mengantuk, pusing dan kakinya kesemutan. Data obyektif pasien sulit bicara, dan berkeringat. Data subyektif dan validasi yang didapat sebelumnya belum dikaji dan didokumentasikan oleh perawat.

Berdasarkan data pengkajian keperawatan pada lembar studi dokumentasi dari 9 pertanyaan pengkajian pada pasien DM tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah hanya ditemukan 8 pertanyaan seperti yang sudah disebutkan diatas. Dan pertanyaan yang tidak ditemukan hanya 1, yaitu pasien mengeluh lapar.

#### b. Data Perawatan Subyek 2

Data pengkajian yang dilakukan pada dokumen subyek 2 di dapatkan data pasien bernama Tn. S, umur 40 tahun, pekerjaan wiraswasta, agama Hindu, alamat Br. Aseman Bongkasa, pendidikan terakhir SMA, status menikah, No RM 164156. Keluhan utama pasien yaitu lemas. Alasan dirawat yaitu pasien masuk IGD RSUD Mangusada Badung pada tanggal 23 April 2018 pukul 11.00 wita dengan keluhan lemas, kesadaran menurun, Pasien memiliki riwayat Dm tipe II sejak 3 tahun yang lalu.

Berdasarkan hasil dokumentasi data keperawatan subyek 2 dengan diagnosa medis Hipoglikemia, DM tipe II di Ruang Oleg di dapatkan bahwa pada bagian pengkajian perawat telah mendokumentasikan data subyektif dan obyektif terkait

dengan glukosa darah. Data subyektif pasien lemas, kesadaran menurun, data obyektif didapatkan pasien gemetar, suhu : 36.5°C, Nadi : 80x/menit, Tekanan darah : 100/60 mmHg, Respirasi : 20 x/menit. Hasil glukosa darah sewaktu pasien adalah H 49 mg/dL.

Berdasarkan hasil observasi dan validasi terhadap pasien ditemukan data subyektif dan data obyektif. Data subyektif berupa pasien mengeluh lemas, mengantuk, pusing dan kakinya kesemutan. Data obyektif pasien sulit bicara, dan berkeringat. Data subyektif dan validasi yang didapat sebelumnya belum dikaji dan didokumentasikan oleh perawat.

Berdasarkan data pengkajian keperawatan pada lembar studi dokumentasi dari 9 pertanyaan pengkajian pada pasien DM tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah hanya ditemukan 8 pertanyaan seperti yang sudah disebutkan diatas. Dan pertanyaan yang tidak ditemukan hanya 1, yaitu pasien mengeluh lapar.

## **2. Diagnosa keperawatan yang dirumuskan pada pasien Diabetes Mellitus tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah**

### **a. Diagnosa Perawatan Subyek 1**

Berdasarkan hasil pengamatan pada dokumen subyek 1, perawat merumuskan atau mengangkat diagnosa keperawatan hipoglikemia dan intoleransi aktivitas. *Syntom* yang menunjukkan pasien mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah hasil glukosa darah sewaktu pasien 31 mg/dL, pasien mengantuk dan merasa pusing, pasien mengeluh sering merasa kesemutan pada kakinya, pasien tampak gemetar, kesadaran pasien menurun, pasien tampak sulit berbicara dan berkeringat.

Dari 15 pertanyaan yang digunakan dalam lembar pengumpulan data, 9 pertanyaan yang ditemukan dan 6 pertanyaan tidak ditemukan.

b. Diagnosa Perawatan Subyek 2

Berdasarkan hasil pengamatan pada dokumen subyek 2, perawat merumuskan diagnosa keperawatan hipoglikemia dan intoleransi aktivitas. Tanda dan gejala mayor yang ditemukan pada pasien adalah hasil glukosa darah sewaktu pasien 49 mg/dL, pasien mengantuk dan merasa pusing. Tanda dan gejala minor yang ditemukan pada pasien, pasien mengeluh sering merasa kesemutan pada kakinya, pasien tampak gemetar, kesadaran pasien menurun, pasien tampak sulit berbicara dan berkeringat.

Dari 15 pertanyaan yang digunakan dalam lembar pengumpulan data, 9 pertanyaan yang ditemukan dan 6 pertanyaan tidak ditemukan.

**1. Intervensi Yang Direncanakan Pada Asuhan Keperawatan Pada Pasien**

**Dm Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah**

Berdasarkan hasil pengamatan pada dokumen subyek 1 dan 2 tidak terdapat lembar rencana keperawatan terkait ketidakstabilan kadar glukosa darah. Intervensi keperawatan yang terdapat pada lembar rencana keperawatan adalah intoleransi aktivitas dengan tujuan dan kriteria hasil (NOC) : setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien mampu melakukan aktivitas, dengan kriteria hasil : mampu melakukan ADLs secara mandiri, keseimbangan aktivitas dan istirahat. Intervensi Keperawatan (NIC) : Manajemen mobilisasi : kelelahan, aktivitas, Manajemen keselamatan pasien.

Intervensi untuk mengatasi ketidakstabilan kadar glukosa darah terdapat pada lembar catatan perkembangan SOAP, sehingga tidak dapat melihat kriteria hasil

yang di harapkan. Pada lembar catatan perkembangan SOAP, intervensi keperawatan yang dirumuskan terdapat pada aspek *planning*. Intervensi yang dilakukan yaitu : monitor kadar glukosa darah sewaktu pasien, beri glukosa secara intravena, monitor tanda-tanda vital.

Data intervensi keperawatan pada lembar pedoman observasi dari 7 pertanyaan intervensi, 3 pertanyaan yang ditemukan pada dokumen subyek 1 dan 2 dan 4 pertanyaan tidak ditemukan.

## **2. Implementasi Yang Dilakukan Pada Asuhan Keperawatan Pada Pasien**

### **Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah**

#### **a. Implementasi Keperawatan Subyek 1**

Berdasarkan hasil observasi dan data dokumen subyek 1 pada bagian lembar implementasi keperawatan, dalam lembar implementasi perawat mendokumentasikan dan melakukan implementasi yang bertujuan mengatasi ketidakstabilan kadar glukosa darah dan intoleransi aktivitas. Implementasi yang dilakukan dan di dokumentasikan untuk mengatasi intoleransi aktivitas adalah Manajemen mobilisasi : kelelahan, aktivitas, Manajemen keselamatan pasien. Implementasi untuk ketidakstabilan kadar glukosa darah yang didokumentasikan adalah memonitor kadar glukosa darah, memberikan glukosa secara intravena sesuai indikasi, memonitor tanda-tanda vital, memberikan sumber karbohidrat sesuai kebutuhan. Berdasarkan observasi perawat implementasi yang dilakukan adalah mengidentifikasi pasien yang berisiko mengalami hipoglikemia, mengenali tanda dan gejala hipoglikemia, memberi dorongan pada pasien untuk selalu memonitor kadar glukosa darah, menginstruksikan untuk patuh terhadap diet. data yang didapat berdasarkan observasi tidak di dokumentasikan oleh perawat.

Data implementasi keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah pada lembar studi dokumentasi dari 7 pertanyaan implementasi pada pasien DM tipe II semua telah dilakukan perawat. Namun, tidak semua didokumentasikan oleh perawat.

b. Implementasi Keperawatan Subyek 2

Berdasarkan hasil observasi dan data dokumen subyek 1 pada bagian lembar implementasi keperawatan, dalam lembar implementasi perawat mendokumentasikan dan melakukan implementasi yang bertujuan mengatasi ketidakstabilan kadar glukosa darah dan intoleransi aktivitas. Implementasi yang dilakukan dan di dokumentasikan untuk mengatasi intoleransi aktivitas adalah Manajemen mobilisasi : kelelahan, aktivitas, Manajemen keselamatan pasien. Implementasi untuk ketidakstabilan kadar glukosa darah yang didokumentasikan adalah memonitor kadar glukosa darah, memberikan glukosa secara intravena sesuai indikasi, memonitor tanda-tanda vital, memberikan sumber karbohidrat sesuai kebutuhan. Berdasarkan observasi perawat implementasi yang dilakukan adalah mengidentifikasi pasien yang berisiko mengalami hipoglikemia, mengenali tanda dan gejala hipoglikemia, memberi dorongan pada pasien untuk selalu memonitor kadar glukosa darah, menginstruksikan untuk patuh terhadap diit. data yang didapat berdasarkan observasi tidak di dokumentasikan oleh perawat.

Data implementasi keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah pada lembar studi dokumentasi dari 7 pertanyaan implementasi pada pasien DM tipe II semua telah dilakukan perawat. Namun tidak semua didokumentasikan oleh perawat.

### **3. Evaluasi Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah**

#### **a. Evaluasi Keperawatan Subyek 1**

Berdasarkan hasil pengamatan pada dokumen subyek 1 pada bagian lembar evaluasi, perawat telah mendokumentasikan hasil evaluasi dalam bentuk SOAP, S : pasien mengeluh lemas, pusing, O : pasien tampak lemas, suhu : 37°C, Nadi : 72 x/menit, Tekanan darah : 130/80 mmHg, Respirasi : 18 x/menit, BS : 160 mg/dL A : intoleransi aktivitas, P : Terapi lanjut.

#### **b. Evaluasi Keperawatan Subyek 2**

Berdasarkan pengamatan pada dokumen subyek 2 perawat telah mendokumentasikan hasil evaluasi, dalam bentuk SOAP, S : pasien mengeluh lemas, pusing. O : pasien tampak lemas, suhu : 36,9°C, Nadi : 79 x/menit, TD : 110/70mmHg, RR : 20x/menit, BS : 175 mg/dL, A : intoleransi aktivitas, P : Terapi lanjut.

### **B. Pembahasan Studi Kasus**

Pembahasan pada studi kasus menguraikan tentang perbandingan antara hasil studi kasus dengan teori yang dijadikan acuan oleh peneliti, serta argumentasi peneliti itu sendiri terhadap dua asuhan keperawatan yang diteliti berdasarkan dokumen keperawatan pasien DM Tipe II di Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung yang dimuali dari tanggal 20 April sampai dengan 25 April 2018.

## **1. Pengkajian Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah**

Berdasarkan hasil pengamatan pada dokumen pasien 1 dan 2 terdapat persamaan hasil pengkajian keperawatan yang didapatkan pada kedua pasien tersebut. Adapun persamaan hasil pengkajian keperawatan yang telah di dokumentasikan terkait ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitu didapatkan data subyektif pasien yaitu lemas, kesadaran menurun dan data obyektif pasien adalah pasien tampak lemas, gemetar, kadar glukosa darah pasien  $\leq 50$  mg/dL.

Hasil validasi terhadap ke dua pasien ditemukan data subyektif berupa pasien mengeluh lemas, mengantuk, pusing dan kakinya kesemutan. Data obyektif pasien sulit bicara, dan berkeringat,

Data pengkajian keperawatan pada lembar studi dokumentasi dari 9 pertanyaan pengkajian pada pasien DM tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah hanya ditemukan 8 pertanyaan seperti yang sudah disebutkan diatas. Dan pertanyaan yang tidak ditemukan hanya 1, yaitu pasien mengeluh lapar. Hal ini terjadi karena tidak semua penderita DM tipe II memiliki respon yang sama terkait penyakitnya. Teori yang dijadikan acuan (PPNI, 2016) terdapat tanda gejala mayor dan minor yang dibagi dalam data subyektif dan data obyektif pada pasien ketidakstabilan kadar glukosa darah.

Tanda dan gejala mayor :

- a. Subyektif : Pasien mengatakan sering mengantuk dan merasa pusing
- b. Obyektif : kadar glukosa darah/urin pasien rendah

Tanda dan gejala minor :



- a. Subyektif : Pasien mengeluh sering merasa kesemutan pada ekstremitasnya, sering merasa lapar,
- b. Obyektif : Pasien tampak gemetar, kesadaran pasien menurun, pasien tampak sulit berbicara dan berkeringat.

Berdasarkan data pengkajian keperawatan pada lembar studi dokumentasi, dari 9 pertanyaan pengkajian pada pasien DM tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah hanya ditemukan 8 pertanyaan seperti yang sudah disebutkan diatas. Dan pertanyaan yang tidak ditemukan hanya 1, yaitu pasien mengeluh lapar. Hal ini terjadi karena tidak semua penderita DM tipe II memiliki respon yang sama terkait penyakitnya. Menurut peneliti, terdapat sedikit perbedaan hasil data pengkajian keperawatan yang didokumentasikan perawat dengan teori yang dijadikan acuan oleh peneliti serta validasi dengan pasien. Perbedaan ini terlihat pada pengkajian yang didokumentasikan mengenai ketidakstabilan kadar glukosa darah pada pasien DM Tipe II. Perawat dalam melakukan pengkajian hanya mengkaji kadar glukosa darah dan keadaan umum pasien. Pada kasus ini perawat tidak mengkaji secara mendalam keluhan yang dirasakan pasien seperti pasien mengeluh merasa mengantuk, pusing, palpitasi/ kesemutan pada kaki, pasien sulit bicara dan berkeringat. Hal ini dapat dibuktikan dengan hasil validasi yang didapatkan. Selain itu adanya perbedaan acuan perawat dengan peneliti juga menimbulkan perbedaan dalam pengkajian.

## **2. Diagnosa Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah**

Berdasarkan hasil pengamatan pada dokumen pasien 1 dan 2 terdapat persamaan pada diagnosa keperawatan yang dirumuskan kepada kedua pasien tersebut. Pada bagian diagnosa keperawatan, perawat merumuskan atau mengangkat diagnosa Hipoglikemia dan intoleransi aktivitas pada ke dua pasien.

Menurut PPNI (2016) pada diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah terdapat tanda dan gejala mayor serta minor. Tanda dan gejala mayor hipoglikemia yaitu pasien mengatakan sering mengantuk dan merasa pusing, kadar glukosa darah/urin pasien rendah. Tanda dan gejala minor hipoglikemia adalah pasien mengeluh sering merasa kesemutan pada ekstremitasnya, sering merasa lapar, pasien tampak gemetar, kesadaran pasien menurun, pasien tampak sulit berbicara dan berkeringat. Pada pasien Ny.S dan Tn. KS terdapat tanda dan gejala mayor sesuai dengan diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah ( hipoglikemia). Ketidakstabilan kadar glukosa merupakan variasi kadar glukosa darah yang mengalami kenaikan atau penurunan kadar glukosa dari rentang normal. Hipoglikemia sendiri merupakan keadaan dimana kadar glukosa pasien berada dibawah 50-60 mg/dL. Adapun diagnosa keperawatan yang diteliti pada penelitian ini yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah yang berhubungan dengan penggunaan obat gikemik oral yang ditandai dengan data subyektif dan data obyektif menurut tanda dan gejala mayor dan minor dari (PPNI, 2016).

Data yang didokumentasikan perawat jika dibandingkan dengan teori yang ada terdapat perbedaan. Yakni perawat hanya merumuskan diagnosa hipoglikemia

dan intoleransi aktivitas, bukan ketidakstabilan kadar glukosa darah. *Syntom* yang menunjukkan pasien mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah ditemukan tanda dan gejala mayor dan minor yang menunjukkan pasien mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah. Dari 15 pertanyaan yang digunakan dalam lembar pengumpulan data, 9 pertanyaan yang ditemukan dan 6 pertanyaan tidak ditemukan. Kesenjangan pada perumusan diagnosa keperawatan ini terjadi karena perawat di ruangan tidak memiliki rencana keperawatan terkait diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah. Selain itu mungkin karena perbedaan acuan yang digunakan dalam merumuskan diagnosa keperawatan dimana perawat di ruangan menggunakan acuan Diagnosis Keperawatan NANDA internasional 2015-2017 sedangkan peneliti menggunakan acuan SDKI 2017.

### **3. Intervensi keperawatan pada pasien diabetes mellitus tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah**

Berdasarkan hasil pengamatan pada dokumen pasien 1 dan 2 terdapat persamaan intervensi asuhan keperawatan yang direncanakan. Tidak terdapat lembar rencana keperawatan terkait ketidakstabilan kadar glukosa darah. Intervensi keperawatan yang terdapat pada lembar rencana keperawatan adalah intoleransi aktivitas, Intervensi ketidakstabilan kadar glukosa darah terdapat pada lembar catatan perkembangan SOAP, intervensi keperawatan yang dirumuskan terdapat pada aspek *planning*.

Berdasarkan *Nursing Interventions Classification* (NIC) (Bulechek et al., 2016) intervensi yang dapat dirumuskan untuk pasien DM Tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah :

Hipoglikemia

- a. Identifikasi pasien yang berisiko mengalami hipoglikemia.
- b. Kenali tanda dan gejala hipoglikemia.
- c. Monitor kadar glukosa darah sesuai dengan indikasi.
- d. Monitor tanda dan gejala hipoglikemia (jantung berdebar, kecemasan, takikardi, palpitasi, lapar, mual, pusing, kelelahan, mengantuk, pandangan kabur).
- e. Berikan sumber karbohidrat sederhana atau kompleks sesuai kebutuhan.
- f. Berikan glukosa secara intravena sesuai indikasi.
- g. Instruksikan untuk selalu patuh terhadap diet dan penggunaan insulinnya.

Menurut peneliti, intervensi yang dirumuskan ada ke dua pasien jika dibandingkan dengan teori terdapat sedikit perbedaan. Pada perencanaan yang telah didokumentasikan perawat, berdasarkan lembar pedoman observasi dari 7 pertanyaan intervensi, 3 pertanyaan yang ditemukan pada dokumen subyek 1 dan 2. Intervensi ketidakstabilan kadar glukosa darah pasien ditulis pada lembar catatan perkembangan SOAP yakni pada aspek *planning*. Hal ini terjadi karena di Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung belum memiliki renpra terkait masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah.

#### **4. Implementasi keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus tipe II Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah**

Berdasarkan hasil pengamatan pada dokumen subyek 1 dan subyek 2 dalam pelaksanaan asuhan keperawatan terdapat persamaan. Pelaksanaan asuhan keperawatan yang didokumentasikan pada ke dua subyek adalah tindakan keperawatan untuk mengatasi intoleransi aktivitas sekaligus hipoglikemia pasien yang dilakukan selama 3x24 jam.

Implementasi untuk hipoglikemia yang didokumentasikan adalah memonitor kadar glukosa darah, memberikan glukosa secara intravena sesuai indikasi, memonitor tanda-tanda vital, memberikan sumber karbohidrat sesuai kebutuhan. Berdasarkan observasi perawat implementasi yang dilakukan adalah mengidentifikasi pasien yang berisiko mengalami hipoglikemia, mengenali tanda dan gejala hipoglikemia, memberi dorongan pada pasien untuk selalu memonitor kadar glukosa darah, menginstruksikan untuk patuh terhadap diit.

Secara teori implementasi merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai suatu tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan (Potter & Perry, 2005). Implementasi keperawatan untuk mengatasi ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah mengidentifikasi pasien yang berisiko mengalami hipoglikemia, mengenali tanda dan gejala hipoglikemia, memonitor kadar glukosa darah sesuai dengan indikasi, memberikan sumber karbohidrat sederhana atau kompleks sesuai kebutuhan, memberi dorongan pada pasien untuk selalu memonitor kadar glukosa darahnya, memberikan glukosa secara intravena sesuai indikasi, menginstruksikan untuk selalu patuh terhadap diit dan penggunaan insulinnya. Adapun dalam data implementasi keperawatan 1 dan 2 untuk mencapai tujuan pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan selama 3x24 jam.

Berdasarkan data dokumen pasien dan teori implementasi yang dilakukan perawat untuk mengatasi ketidakstabilan kadar glukosa darah sudah sesuai dengan teori yang dijadikan acuan oleh peneliti. Dari 7 pertanyaan implementasi pada

pasien DM tipe II semua telah dilakukan perawat. Implementasi dilakukan oleh perawat selama 3x24 jam. Hal ini sudah sesuai mengingat dalam mencapai outcome perlu dipertimbangkan berbagai hal diantaranya sumber daya dan kondisi atau keadaan pasien.

#### **5. Evaluasi keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus Tipe II dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa darah**

Berdasarkan hasil pengamatan pada dokumen pasien 1 dan 2 terdapat persamaan dan perbedaan hasil evaluasi asuhan keperawatan yang diberikan kepada kedua pasien tersebut. pada dokumen pasien 1 pada bagian lembar evaluasi, perawat telah mendokumentasikan hasil evaluasi dalam bentuk SOAP, S : pasien lemas, pusing, O : pasien tampak lemas suhu : 37°C, Nadi : 72 x/menit, Tekanan darah : 130/80 mmHg, Respirasi : 18 x/menit, BS : 160 mg/dL A : intoleransi aktivitas, P : Terapi lanjut. Pada dokumen pasien 2 hasil evaluasi yang didapatkan adalah, S : pasien lemas, pusing, O : pasien tampak lemas suhu : 36,9°C, Nadi : 79 x/menit, Tekanan darah : 110/70 mmHg, Respirasi : 20x/menit, BS : 175 mg/dL, A : intoleransi aktivitas, P : lanjutkan terapi

Menurut Deswani (2011) evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi yang diharapkan dapat dicapai pada pasien DM tipe II dengan kriteria Tidak terjadi peningkatan kadar glukosa darah melebihi batas normal ( $\geq 200$  mg/dL), mulut kering tidak ada, tidak gemetar, tidak berkeringat, tidak terjadi kelemahan, tidak terjadi kejang, tidak terjadi penurunan kadar glukosa darah dari rentang normal ( $\leq 50-60$ mg/dL). Evaluasi dilaksanakan menggunakan metode SOAP (*Subjektive, Objektive, Assessment, Planning*).

Menurut peneliti, terdapat sedikit perbedaan pada pendokumentasian evaluasi antara perawat di ruang Oleg RSUD Mangusada badung dengan teori yang dijadikan acuan oleh peneliti. Dalam pengisian SOAP, di aspek Assesment perawat mengisinya dengan mengacu pada diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas sesuai renpra yang ada. Hal ini terjadi mungkin karena sudah menjadi kesepakatan bersama dari pihak rumah sakit.

### **C. Keterbatasan Dan Hambatan**

Peneliti menguraikan hal-hal yang menghambat jalannya studi kasus yaitu:

1. Dalam segi metodologi penelitian, penelitian hanya menggunakan dokumentasi, sedangkan di RSUD Mangusada Badung tidak memiliki renpra dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah sehingga dalam hal ini peneliti tidak hanya melakukan dokumentasi terhadap hasil yang didokumentasikan perawat, tetapi juga melakukan validasi langsung dengan pasien dan perawat untuk mendapatkan data yang lebih akurat yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.
2. Terdapat beberapa tulisan dalam dokumen rekamedis yang sulit untuk dibaca.