

## **BAB III**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

##### **1. Kondisi lokasi laporan kasus**

Lokasi pengambilan kasus yang diambil yaitu di Ruang Lantai 2 Kelas 3, RSUD Sanjiwani Gianyar merupakan Rumah Sakit pemerintah yang beralamat di Jalan Ciung Wanara Gianyar No.2 Gianyar, Kecamatan Gianyar, Kabupaten Gianyar, Bali. RSUD Sanjiwani Gianyar didukung oleh sistem informasi manajemen digital dan layanan medis lengkap. Selain itu, RSUD Sanjiwani Gianyar juga sebagai rumah sakit pendidikan yang menjalin kerja sama dengan berbagai institusi pendidikan kesehatan di Bali untuk memperkuat peran RSUD Sanjiwani Gianyar sebagai rumah sakit pendidikan.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sanjiwani Gianyar adalah rumah sakit milik pemerintah daerah kabupaten Gianyar yang menyediakan layanan kesehatan umum untuk masyarakat. Sebagai rumah sakit tipe B, fasilitas yang tersedia cukup lengkap, meliputi ruang rawat inap, instalasi bedah sentral, instalasi gawat darurat (IGD), laboratorium, radiologi, farmasi, rehabilitasi medik, serta instalasi gizi. Rumah sakit ini menyelenggarakan tiga jenis pelayanan utama, yaitu pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan IGD. Ruang rawat inap lantai 2 kelas 3 terdiri dari sepuluh ruangan dari kamar No 201 sampai dengan kamar 210 dengan masing-masing ruangan terdapat empat tempat tidur, sehingga total kapasitas 40 pasien. Jumlah petugas sebanyak 32 orang, terdiri dari 26 perawat, 4 bidan, dan 2 petugas administrasi, serta pada tanggal 14 februari 2026 terdapat 25 pasien dan terdapat 5 pasien DM, Serta Ny.W berada pada kamar 209, pasien dipilih karena memenuhi

tanda dan gejala mayor minor pada diagnosis Ketidakstabilan kadar glukosa darah (Hiperglikemia) menurut SDKI yaitu, lelah dan lesu, kadar glukosa dalam darah tinggi, mulut kering, haus meningkat

## **2. Karakteristik subjek laporan kasus**

Pasien Ny.W berusia 59 tahun didiagnosis diabetes melitus tipe 2 dengan masalah keperawatan Ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemia), pasien dengan keluhan lelah dan lesu, kadar glukosa dalam darah GDP : 318 mg/dL, haus meningkat, mulut terasa kering,

## **3. Hasil laporan kasus**

### **a. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 14 Februari 2026 pukul 08.00 wita di ruangan lantai 2 kelas 3 di RSUD Sanjiwani. Pengkajian yang dilakukan menggunakan metode wawancara, observasi, serta pemeriksaan fisik kepada pasien. Pasien berjenis kelamin perempuan dengan inisial Ny.W, lahir pada tanggal 31 desember 1966 dan saat ini berusia 59 tahun. Pendidikan terakhir pasien adalah sekolah dasar, Ny. W beragama hindu dan suku bali, Ny.W tinggal di Lingkungan Tedung Abianbase, Gianyar. Pasien dengan diagnose medis mengalami diabetes melitus tipe 2 dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah. penanggung jawab pasien adalah menantuya yang berinisial Ny.T yang berusia 38 tahun.

Pasien datang ke UGD RSUD Sanjiwani Gianyar pada tanggal 13 Februari 2026 pukul 13.20 Wita dengan keluhan badan lemas, kepala pusing, mulut terasa kering, dan demam. Pasien mengeluh lemas dan demam sejak sejak tanggal 11 february 2026, pasien sempat diajak berobat oleh anaknya ke klinik, setelah sampai

di klinik dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital suhu: 38,6°C, tekanan darah 160/90 mmHg, kemudian pasien diberikan obat paracetamol, amlodipine, dikarenakan kondisi pasien tidak kunjung membaik akhirnya pasien dibawa ke UGD RSUD Sanjiwani pada tanggal 13 Februari 2026 oleh keluarganya. Di UGD dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil Tekanan darah: 170/90 mmHg, Nadi: 90x/menit, Suhu: 39,5°C, frekuensi napas: 20x/menit serta hasil pemeriksaan glukosa darah sewaktu yaitu 386 mg/dL dan HbA1c 6,9 %, berdasarkan hasil pemeriksaan diagnosis yang ditegakkan DMT2, Hipertermia (febris h-3) ec susp bacterial infection + HT. Di UGD program pemberian obat dari dokter yang diberikan yaitu pemberian metformin 3x1 500 gram, ciprofloksasin 1x1 500 mg, sanmol forte 650 gr 1x 1, amplodipine 1x 10 mg, serta pasien dipasangkan Infus NaCL 0,9 % di tangan kanan 20 tetes per menit pada pukul 13.50 wita, dilakukan observasi selama 3 jam di UGD pasien mengatakan masih merasa lemas, dan pusing serta kadar glukosa darah masih tinggi, Kemudian pada tanggal 13 february 2025 pukul 17.10 Wita pasien dipindahkan ke ruang rawat inap lantai 2 kelas 3. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital di ruangan yaitu Tekanan Darah: 140/80 mmHg, Nadi: 90x/menit, Suhu: 36,5°C, frekuensi napas: 20x/menit dan hasil glukosa darah sewaktu : 340 mg/dL.

Setelah sampai diruangan program terapi yang pasien dapat di ruangan dari pukul 17.10 sampai dengan 08.05 wita yaitu Novorapid 3x 6 unit pada jam 20.20 wita kemudian pasien makan pukul 20.35, pasien juga mendapat obat paracetamol infus 1 gr/100ml, omeprazole injeksi 2x1 vial, ceftriaxone 1x2 gram, metformin 500 gram yang diberikan pada pukul 20.50, pada pukul 23.20 pasien digantikan cairan infus NaCL 500 ml 20 tetes per menit.

Pada tanggal 14 Februari 2026 pukul 08.00 wita dilakukan pengkajian keperawatan didapatkan kadar glukosa dalam darah : GDP: 318 mg/dL, pasien mengatakan badannya merasa Lelah dan lesu, pasien mengatakan mulutnya terasa kering, dan Pasien mengatakan sering merasa haus. Keluarga mengatakan pasien mengidap penyakit DM Tipe 2 sejak 5 tahun yang lalu, tidak terdapat riwayat keluarga yang mengalami sakit serupa. Pasien diberikan terapi insulin Novorapid 3x 6 unit pada , pasien juga mendapat obat paracetamol infus 1 gr/100ml, metformin 500 gram, IVFD NaCL 20 tpm

b. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan yang muncul pada laporan kasus ini diperoleh dari hasil pengkajian keperawatan yang kemudian dirumuskan menjadi diagnosis keperawatan yang menggunakan komponen P (*Problem*), E (*Etiology*) dan S (*Sign and Symptom*). Diagnosis keperawatan harus berdasarkan tanda dan gejala mayor yang ditemukan sebanyak 80% sampai 100% untuk validasi diagnosis (Tim Pokja SDKI DPP, PPNI 2017). Pada kasus Ny. W diagnosis ketidakstabilan kadar glukosa darah ditemukan 100% data mayor yaitu lelah atau lesu, Kadar glukosa dalam darah : GDP: 318 mg/dL (tinggi), dan data minor mulut terasa kering, haus meningkat. Diagnosis keperawatan yang dapat ditegakkan pada Ny. W yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (*hiperglikemia berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan* pasien mengatakan badannya merasa lelah dan lesu, kadar glukosa dalam darah GDP: 318 mg/dL (tinggi), pasien mengatakan mulutnya terasa kering, pasien mengatakan sering merasa haus.

c. Perencanaan keperawatan

Rencana keperawatan pada laporan kasus ini dilakukan untuk mengatasi masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah : hiperglikemia pada Ny.W disusun dengan mengacu pada buku SDKI, SLKI, SIKI, intervensi keperawatan yang dapat diberikan adalah dengan intervensi utama yaitu Manajemen Hiperglikemia (I.03115) dan intervensi pendukung Edukasi Diet (I.12369) yang terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi yang di uraikan sebagai berikut :

1) Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x 24 jam maka Kestabilan Kadar Glukosa Darah (L.03022) meningkat dengan kriteria hasil :

- a) Lelah menurun
- b) Mulut kering menurun
- c) Rasa haus menurun
- d) Kadar glukosa dalam darah membaik

2) intervensi keperawatan

a) Intervensi utama Manajemen Hiperglikemia

(1) Observasi

- (a) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
- (b) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat
- (c) Monitor kadar glukosa darah, *jika perlu*
- (d) Monitor intake dan output cairan
- (e) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia

(2) Terapeutik

- (a) Berikan asupan cairan oral
- (b) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk
- (3) Edukasi
  - (a) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL
  - (b) Anjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri
  - (c) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
  - (d) Anjurkan pengelolaan diabetes
- (4) Kolaborasi
  - (a) Kolaborasi pemberian insulin, *jika perlu*
  - (b) kolaborasi pemberian cairan IV, *jika perlu*
- b) Edukasi diet (I.12369)
  - (1) Observasi
    - (a) Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi
    - (b) Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini
    - (c) Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu
    - (d) Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan
  - (2) Terapeutik
    - (a) Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan
    - (b) Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya
  - (3) Edukasi
    - (a) Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan
    - (b) Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang
    - (c) Informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, *jika perlu*

- (d) Anjurkan mempertahankan posisi semi Fowler (30-45 derajat) 20-30 menit setelah makan
- (e) Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan
- (f) Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi
- (g) Ajarkan cara merencanakan makanan yang sesuai program

#### d. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai intervensi keperawatan yang telah ditetapkan selama 4 x 24 jam pada tanggal 14 Februari sampai dengan 17 Februari 2026 di ruang Lantai 2 Kelas 3 RSUD Sanjiwani Gianyar. Implementasi yang telah dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yaitu manajemen hiperglikemia dan edukasi diet sebagai intervensi pendukung yang meliputi :

Pada hari pertama, sabtu 14 Februari 2026 wita implementasi yang dilakukan sebagai berikut :

- 1) Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat didapatkan hasil : pasien mengeluh lemas, pasien mengatakan kepalanya terasa pusing, mulut terasa kering, dan sering merasa haus, pasien juga mengatakan suka mengonsumsi makanan manis seperti jajan Bali dan minuman kemasan.
- 2) Pemberian insulin novorapid sebanyak 3x6 IU (pukul 08.15, 12.45, 20.00 wita), pemberian metformin 3x 500 gram ( pada pukul 13.10, 08.40 ,20.25 wita), IVFD nacl 0,9% 20 tpm, paracetamol infus 1x 1gr/100ml (pukul 12.45) di dapatkan hasil :

- a) Pasien dan keluarga pasien tampak kooperatif Injeksi insulin berhasil diberikan 6 unit ( 15 menit sebelum makan), keluarga pasien tampak kooperatif membantu pasien meminum obatnya.
- b) Terpasang IVFD NaCL 0,9% 20 tpm , paracetamol berhasil diberikan
- 3) Monitor kadar glukosa darah 2 jam setelah makan yang dilakukan tiga kali dalam sehari yaitu, pada pukul 10.30 wita di dapatkan hasil: GDS 294 mg/dL, pada pukul 15.00 wita GDS: 260 mg/dL, dan pada pukul 22.15 hasil GDS: 210 mg/dL
- 4) Anjurkan mempertahankan posisi semi fowler 20-30 menit setelah makan di dapatkan hasil: pasien mengatakan tidak langsung berbaring setelah makan
- 5) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga didapatkan hasil: pasien mengatakan bahwa selama dirawat pasien hanya mengonsumsi makanan diet yang diberikan di rumah sakit, pasien mengatakan akan melapor pada perawat jika keluhan yang dirasakan memburuk

hari ke dua minggu 15 Februari 2026 , implementasi yang dilakukan :

- 1) Memonitor kadar glukosa Puasa didapatkan hasil : 225 mg/dl
- 2) Pemberian insulin novorapid sebanyak 3x6 IU (pukul 08.15, 12.45, 20.00 wita), pemberian metformin 3x 500 gram ( pada pukul 13.10, 08.40 ,20.25 wita), IVFD nacl 0,9% 20 tpm, paracetamol infus 1x 1gr/100ml (pukul 12.45) di dapatkan hasil :
  - a) Pasien dan keluarga pasien tampak kooperatif Injeksi insulin berhasil diberikan 6 unit ( 15 menit sebelum makan), keluarga pasien tampak kooperatif membantu pasien meminum obatnya.

- b) Terpasang IVFD NaCL 0,9% 20 tpm , paracetamol berhasil diberikan
- 3) Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi, identifikasi tingkat pengetahuan saat ini, identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu, identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan di dapatkan hasil:
  - a) Pasien mengatakan saat belum dirawat tidak terlalu memperhatikan pola makan suka makan makanan manis, namun saat sudah dirawat pasien mengikuti diet yang didapat di rumah sakit, pasien dan keluarga mengatakan setuju dengan program diet yang diberikan
- 4) Monitor kadar glukosa darah 2 jam setelah makan yang dilakukan tiga kali dalam sehari yaitu, pada pukul 10.30 wita di dapatkan hasil: GDS 184 mg/dL, pada pukul 15.00 wita GDS: 175 mg/dL, dan pada pukul 22.15 hasil GDS: 160 mg/dL
- 5) Anjurkan mempertahankan posisi semi fowler 20-30 menit setelah makan di dapatkan hasil: pasien mengatakan tidak langsung berbaring setelah makan dan akan mengikuti anjuran yang di berikan

hari ketiga senin 16 februari 2026 implementasi yang diberikan yaitu:

- 1) Memonitor kadar glukosa darah puasa didapatkan hasil GDP: 220 mg/dL
- 2) Pemberian insulin novorapid sebanyak 3x6 IU (pukul 08.15, 12.45, 20.00 wita), pemberian metformin 3x 500 gram ( pada pukul 13.10, 08.40 ,20.25 wita), IVFD nacl 0,9% 20 tpm, paracetamol infus 1x 1gr/100ml (pukul 12.45) di dapatkan hasil
- 3) Pasien dan keluarga pasien tampak kooperatif Injeksi insulin berhasil diberikan 6 unit ( 15 menit sebelum makan), keluarga pasien tampak koooperatif

membantu pasien meminum obatnya, Terpasang IVFD NaCL 0,9% 20 tpm ,  
paracetamol berhasil diberikan

- 4) Mengajarkan menghindari olahraga yang berlebih ketika kadar glukosa darah pasien melebihi 250 mg/dl, Mengajarkan pengelolaan diabetes dengan penggunaan insulin, menganjurkan diet dan olahraga , hasil : pasien dan keluarga tampak kooperatif mendengarkan edukasi yang diberikan, pasien mengatakan akan mematuhi program diet yang diberikan dirumah sakit
- 5) Monitor kadar glukosa darah 2 jam setelah makan yang dilakukan tiga kali dalam sehari yaitu, pada pukul 10.30 wita di dapatkan hasil: GDS 200 mg/dL, pada pukul 15.00 wita GDS: 180 mg/dL, dan pada pukul 22.15 hasil GDS: 151 mg/dL

Hari ke empat selasa 17 february 2026 implementasi yang dilakukan :

- 1) Memonitor kadar glukosa puasa pasien, didapatkan hasil GDP 125 mg/dL
- 2) pemberian insulin novorapid sebanyak 3x6 IU (pukul 08.15, 12.45, 20.00 wita), pemberian metformin 3x 500 gram ( pada pukul 13.10, 08.40 ,20.25 wita), IVFD NaCL 0,9% 20 tpm, paracetamol infus 1x 1gr/100ml (pukul 12.45) di dapatkan hasil
  - a) Pasien dan keluarga pasien tampak kooperatif Injeksi insulin berhasil diberikan 6 unit ( 15 menit sebelum makan), keluarga pasien tampak kooperatif membantu pasien meminum obatnya, Terpasang IVFD NaCL 0,9% 20 tpm , paracetamol berhasil diberikan
- 3) Mengobservasi jam makan pasien yang dijadwalkan didapatkan hasil: pasien mengatakan makan tepat waktu, habis 1 porsi 15 menit setelah diberikan insulin

- 4) Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia didapatkan hasil : pasien mengatakan pusing sudah berkurang, mulutnya sudah tidak kering lagi, pasien mengatakan badannya sudah tidak lemas .
- 5) Mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu, mengidentifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang di programkan, Mengajarkan pengelolaan diabetes dengan penggunaan insulin, di dapatkan hasil
  - a) Pasien mengatakan saat sebelum dirawat tidak terlalu memperhatikan pola makan dan suka makan makanan manis, saat sudah dirawat pasien mengikuti diet yang diberikan di rumah sakit
  - b) Pasien dan keluarga tampak kooperatif
- 6) Mengajukan mempertahankan posisi semi fowler 20-30 menit sebelum makan didapatkan hasil : Pasien mengatakan biasanya setelah makan memang tidak langsung berbaring
- 7) Menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan, menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang untuk dikonsumsi, anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi. menginformasikan kemungkinan interaksi obat, hasil yang didapatkan : pasien dan keluarga tampak kooperatif saat diberikan edukasi
- 8) Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai diet, ajarkan cara merencanakan makanan yang sesuai program hasil yang didapatkan : keluarga pasien mengatakan sudah mengganti bubur beras putih dengan bubur beras merah
- 9) Monitor kadar glukosa darah 2 jam setelah makan yang dilakukan tiga kali dalam sehari yaitu, pada pukul 10.30 wita di dapatkan hasil: GDS 110 mg/dL, pada pukul 15.00 wita GDS: 110 mg/dL.

Setelah dilakukan tindakan manajemen hiperglikemia dan edukasi diet selama 4x24 jam didapatkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dari kondisi hiperglikemia yaitu glukosa darah puasa mencapai 318 mg/dL menjadi 125 mg/dL. Hasil yang diperoleh terdapat penurunan kadar glukosa darah puasa sebesar 198 mg/dL. Implementasi dilakukan selama 4x24 jam karena pada hari kelima pasien telah menunjukkan tanda kestabilan kadar glukosa darah, sehingga implementasi dihentikan dan dilanjutkan dengan evaluasi.

e. Evaluasi keperawatan

Hasil evaluasi yang diperoleh setelah melakukan asuhan keperawatan selama 4x24 jam kepada Ny.W dengan diabetes melitus yaitu kestabilan kadar glukosa darah (L.03022) meningkat dibuktikan pada data subjektif pasien mengatakan rasa lelah atau lesu menurun, rasa haus menurun, data objektif pasien tampak tidak lemas dan lesu, mulut kering menurun, kadar glukosa darah membaik glukosa darah kadar glukosa darah puasa 125 mg/dL dan gula darah 2 jam setelah makan 110 mg/dL. Assesment berdasarkan penilaian terdapat peningkatan yang signifikan yang diukur terkait dengan kestabilan kadar glukosa darah Ny.W selama masa perawatan, kadar glukosa dalam darah Ny.W sudah stabil, ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi. Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi. Planing yang diberikan yaitu pertahankan kondisi pasien, KIE pasien mengenai pola makan yang teratur untuk pasien diabetes dan menganjurkan pemantauan gula darah secara mandiri di rumah, libatkan keluarga dalam memberikan dukungan mengenai program diet pasien.

## **B. Pembahasan**

### **1. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian dilakukan pada Ny.W ditemukan tanda gejala mayor yaitu lelah dan lesu, Kadar glukosa dalam darah : GDP: 318 mg/dL (tinggi), dan tanda gejala minor mulut terasa kering, sering merasa haus. Hasil pemeriksaan kadar glukosa darah yang melebihi nilai normal kadar glukosa dalam darah : GDP: 318 mg/dL (tinggi) dimana kadar glukosa darah Ny.W melebihi batas nilai normal. Menurut PERKENI, Rentang nilai normal kadar glukosa darah sebelum makan adalah 80-130 mg/dL dan setelah makan kurang dari 180 mg/dl (Soelistijo et al., 2021).

Peneliti berasumsi keluhan lelah dan lesu yang dialami pasien disebabkan karena kadar glukosa darah yang terlalu tinggi yaitu GDP 318 mg/dL yang diakibatkan karena pasien kurang menjaga pola makan yang masih terbiasa makan makanan manis dan pasien kurang menaati diet yang diberikan. Kebiasaan mengonsumsi makanan dengan kandungan gula dan karbohidrat tinggi secara berlebihan dapat memicu peningkatan kadar glukosa darah pada pasien Diabetes Melitus (Soelistijo et al., 2021). Hal ini sejalan dengan penelitian Utamia dkk (2025) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pola makan dan aktivitas fisik dengan kadar gula darah pada pasien Diabetes Melitus tipe 2. Pasien dengan pola makan yang tidak terkontrol dan aktivitas fisik yang rendah cenderung memiliki kadar glukosa darah yang lebih tinggi. Keluhan pasien pada laporan kasus ini sejalan dengan studi kasus yang dilakukan oleh Arista dkk di IGD RS Hermina Jatinegara dengan jumlah subjek 1 orang pasien Diabetes Melitus yang mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah. Data yang ditemukan dalam penelitian tersebut menunjukkan bahwa pasien mengeluh lelah,

mulut kering, sering merasa haus, serta memiliki kadar glukosa darah yang tinggi (Arista et al., 2024). Hasil pengkajian ini juga sejalan dengan studi kasus yang dilakukan Syokumawena dkk (2024) di Rumah sakit Muhammadiyah Palembang dengan jumlah subjek 2 orang pasien Diabetes Melitus yang mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah, data yang ditemukan dalam penelitian tersebut menunjukkan bahwa pasien mengatakan badannya terasa lemah dan lesu, pusing, sering merasa haus dan mulut terasa kering dan kadar glukosa dalam darah tinggi.

Berdasarkan data yang diperoleh dari proses pengkajian, peneliti menemukan bahwa hasil pada laporan kasus ini sejalan dengan teori yang ada serta didukung oleh beberapa hasil penelitian atau laporan kasus sebelumnya yang berkaitan dengan kondisi pasien.

## **2. Diagnosis keperawatan**

Diagnosis keperawatan dalam laporan kasus ini diperoleh dari hasil pengkajian keperawatan yang selanjutnya dianalisis oleh peneliti untuk merumuskan diagnosis keperawatan pada Ny.W. Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) bahwa diagnosis keperawatan harus berdasarkan tanda dan gejala mayor yang ditemukan sebanyak 80% sampai 100% untuk validasi dan pada kasus Ny. W diagnosis ketidakstabilan kadar glukosa darah ditemukan 100% tanda gejala mayor yaitu lelah dan lesu, Kadar glukosa dalam darah GDP: 318 mg/dL (tinggi), dan tanda gejala minor mulut terasa kering, sering haus. Diagnosis keperawatan yang dapat ditegakkan pada Ny. W yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemia).

Ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemia) yang dialami oleh Ny.W disebabkan oleh peningkatan resistensi insulin atau peningkatan disfungsi

sel beta pankreas, hal ini dikarenakan adanya gangguan kerja insulin dalam membantu glukosa masuk ke dalam sel, resistensi insulin menyebabkan sel tubuh tidak mampu merespons insulin secara optimal sehingga glukosa tetap berada dalam darah dan mengakibatkan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) ditandai dengan kadar glukosa dalam darah tinggi, sehingga sel tubuh kekurangan energi yang menyebabkan pasien merasa lelah dan lesu, dan peningkatan pengeluaran urine yang mengakibatkan pasien mengalami mulut kering, pasien sering merasa haus. Kadar glukosa darah yang tinggi mengakibatkan glukosa tidak dapat dimanfaatkan secara optimal sebagai sumber energi di dalam sel sehingga pasien mengalami kelemahan, lelah, dan lesu (Soelistijo et al., 2021). Menurut PERKENI, diagnosis Hiperglikemia pada pasien DM dapat ditegakkan bila hasil pemeriksaan glukosa darah puasa lebih dari 126 mg/dL dan pemeriksaan glukosa plasma 2 jam setelah TTGO lebih dari 200 mg/dL

Laporan kasus ini sejalan dengan studi kasus yang dilakukan oleh Arista dkk., (2024) di IGD RS Hermina Jatinegara dengan jumlah subjek 1 orang pasien Diabetes Melitus yang mengalami hiperglikemia. Berdasarkan hasil pengkajian pada penelitian tersebut, Temuan ini sesuai dengan kondisi pasien pada kasus yang dikaji, di mana pasien juga mengeluh lelah, mulut kering, sering merasa haus, serta memiliki kadar glukosa darah yang tinggi dan diagnosis keperawatan yang dapat dirumuskan adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah.

### **3. Perencanaan keperawatan**

Rencana keperawatan yang digunakan dalam penelitian ini berdasarkan hasil diagnosis keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah dan mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) serta Standar Luaran

Keperawatan Indonesia dengan intervensi utama yang diberikan yaitu Manajemen Hiperglikemia (I.03115) dan intervensi pendukung berupa Edukasi Diet (I.12369), yang mana luaran yang diharapkan untuk intervensi ini adalah kestabilan kadar glukosa darah meningkat sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Intervensi yang diberikan dalam penelitian ini sejalan dengan hasil studi Annisa dkk, (2024) di Rumah Sakit TK II Putri Hijau Medan yang menyatakan bahwa manajemen hiperglikemia efektif dalam membantu menstabilkan kadar glukosa darah pada pasien diabetes melitus melalui pemantauan glukosa darah, pengaturan diet, dan edukasi pasien. selain itu, penelitian yang dilakukan Tuti dkk penerapan asuhan keperawatan di RS Bhayangkara M. Hasan Palembang melalui manajemen hiperglikemia terbukti efektif dalam mengatasi ketidakstabilan kadar glukosa darah Intervensi yang diberikan meliputi pengkajian, pemantauan kadar glukosa darah, edukasi diet dan aktivitas fisik, serta kolaborasi pemberian terapi menunjukkan penurunan kadar glukosa darah pada kedua pasien, yaitu dari 357 mg/dL menjadi 195 mg/dL pada pasien pertama dan dari 270 mg/dL menjadi 180 mg/dL pada pasien kedua dalam waktu tiga hari, disertai perbaikan kondisi klinis pasien secara keseluruhan (Elyta dkk., 2025)..

Intervensi pendukung yang dipilih dalam kasus ini adalah edukasi diet. Berdasarkan hasil pengkajian, pasien belum mematuhi diet rendah glikemik sebelum dirawat, karena masih sering mengonsumsi olahan tepung seperti jajanan tradisional Bali yang dapat meningkatkan kadar glukosa darah. Intervensi ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Putri dan Hisni dalam Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat dimana setelah dilakukan praktik profesi ners dalam pemberian asuhan keperawatan di RSUD Jakarta Timur yang

menunjukkan bahwa edukasi diet DM efektif meningkatkan pengetahuan, kepatuhan, dan menurunkan kadar glukosa darah pada pasien Diabetes Melitus Tipe 2 (Putri & Hisni, 2024). Temuan ini diperkuat oleh penelitian Setyawati dkk (2023), menyatakan bahwa pemberian edukasi diet dan olahraga berpengaruh signifikan terhadap penurunan kadar glukosa darah pada pasien diabetes melitus, sehingga edukasi menjadi salah satu intervensi penting dalam pengendalian gula darah

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

Implementasi keperawatan pada Ny. W dilaksanakan sesuai intervensi keperawatan yang telah ditetapkan. Implementasi dilaksanakan selama empat kali 24 jam pada tanggal 14 Februari 2026 sampai 17 Februari 2026 di ruang Lantai 2 Kelas 3 RSUD Sanjiwani Gianyar berupa tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Intervensi utama yang diberikan yaitu manajemen hiperglikemia yang terdiri dari identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat, monitor kadar glukosa darah, monitor intake dan output cairan, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, berikan asupan cairan oral, konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL, anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, ajarkan pengelolaan diabetes, kolaborasi pemberian insulin Novorapid 3x 6 IU, kolaborasi pemberian cairan NaCL 0,9% 20 tpm.

Terdapat 17 tindakan keperawatan pada manajemen hiperglikemia namun hanya 13 tindakan yang dapat dilaksanakan, adapun tindakan yang tidak diimplementasikan sebanyak empat tindakan yaitu monitor keton urin, kadar Analisa gas darah, elektrolit dan ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton

urine, Peneliti berasumsi tindakan monitor keton urine, analisa gas darah, elektrolit, serta edukasi mengenai pentingnya pemeriksaan keton urine tidak dilakukan karena pasien tidak menunjukkan tanda dan gejala ketoasidosis diabetik seperti penurunan kesadaran, napas Kussmaul, mual muntah berat, nyeri abdomen, maupun dehidrasi berat sehingga tidak menjadi prioritas tindakan keperawatan. Menurut PERKENI pemeriksaan keton, analisa gas darah, dan elektrolit dilakukan pada pasien Diabetes Melitus dengan kecurigaan ketoasidosis diabetik atau gangguan metabolik akut (Soelistijo et al., 2021). Fasilitasi ambulasi ortostatik tidak dilakukan karena pasien tidak mengalami hipotensi ortostatik, pasien hanya mampu mobilisasi sederhana seperti miring kanan dan miring kiri, tindakan kolaborasi pemberian kalium juga tidak dapat dilakukan karena Tindakan kolaborasi pemberian kalium tidak dilakukan karena tidak ditemukan adanya hipokalemia pada pasien. Pemberian kalium umumnya diindikasikan pada kondisi gangguan elektrolit, seperti hipokalemia atau pada komplikasi metabolik tertentu seperti ketoasidosis diabetik.

Implementasi pendukung yang diberikan yaitu edukasi diet, terdiri dari identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi, identifikasi tingkat pengetahuan saat ini, identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu, identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan, jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan, berikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya, jelaskan tujuan dan kepatuhan diet terhadap kesehatan, informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang, anjurkan mempertahankan posisi semi fowler 20-30 menit setelah makan, anjurkan mengganti bahan makanan sesuai diet yang diprogramkan, ajarkan cara

merencanakan makanan yang sesuai program, anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi.

Pada edukasi diet terdapat 19 tindakan namun hanya 13 tindakan yang dapat dilakukan adapun Implementasi yang tidak dapat diimplementasikan sebanyak enam tindakan pada edukasi diet yaitu kolaborasi rujuk ke ahli gizi tidak dilakukan karena tidak ditemukan indikasi pasien ataupun keluarga yang tidak mau mematuhi program diet, tindakan berupa identifikasi keterbatasan finansial, penyediaan media edukasi, rencana makan tertulis, anjuran membaca tabel makanan, serta rekomendasi resep diet tidak dilakukan karena fokus intervensi diarahkan pada penanganan ketidakstabilan kadar glukosa darah, selain itu pasien tidak menunjukkan kendala finansial dan tingkat pemahaman masih terbatas, sehingga edukasi gizi diberikan secara bertahap sesuai prioritas kebutuhan dan kesiapan pasien.

## **5. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan pada penelitian ini dilakukan pada tanggal 17 Februari 2026 pukul 15.00 Wita. Terdapat 16 Kriteria hasil yang diharapkan pada laporan kasus ini yaitu, koordinasi meningkat, tingkat kesadaran meningkat, mengantuk menurun, pusing menurun, lelah menurun, rasa lapar menurun, gemetar menurun, berkeringat menurun, mulut kering menurun, rasa haus menurun, perilaku aneh menurun, kesulitan bicara menurun, palpitasi menurun, kadar glukosa dalam darah membaik, kadar glukosa dalam urin membaik, jumlah urine membaik. Dari 16 data tersebut terdapat empat data yang ditemukan pada subyek laporan kasus ini meliputi, lelah menurun, mulut kering menurun, rasa haus menurun, kadar glukosa

darah membaik dari empat kriteria hasil tersebut seluruhnya sudah dapat teratasi pada laporan kasus ini.

Hasil evaluasi didapatkan setelah melakukan implementasi keperawatan yang disajikan dalam bentuk SOAP. Subjektif yaitu pasien mengatakan sudah tidak lelah dan lemas, Pasien mengatakan mulutnya sudah tidak kering, Pasien mengatakan rasa haus berkurang Objektif, pasien tampak tidak lemas dan lesu, kadar glukosa darah membaik dimana dihari pertama GDP : 318 mg/dL serta GDS : 294 mg/dL dan setelah dilakukan intervensi, kadar glukosa darah puasa 125 mg/dL dan gula darah 2 jam setelah makan 110 mg/dL. Assesment yaitu masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi. Planning yaitu pertahankan kondisi pasien, KIE pasien mengenai pola makan yang teratur untuk pasien diabetes Libatkan keluarga dalam memberikan kolaborasi terapi insulin dan pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri di rumah

Evaluasi tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan Syokumawena dkk, (2024) dalam jurnal yang berjudul Manajemen Hiperglikemia Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah. Hasil yang di dapatkan dalam evaluasi yang dilakukan setelah tiga hari melakukan implementasi keperawatan yaitu masalah hiperglikemia pada pasien teratasi ditandai dengan penurunan kadar glukosa darah pada pasien membaik dari hari ke-1 sampai hari-3. Pasien-1 dengan GDS menurun dari 268mg/dL menjadi 147 mg/dL sedangkan pasien-2 dengan GDS menurun dari 242 menjadi 153 mg/dL. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi keperawatan yang tepat dapat memberikan perbaikan signifikan terhadap kondisi klinis pasien.

### **C. Keterbatasan**

Keterbatasan dalam laporan kasus ini terletak pada tidak adanya kasus pembandingan, karena asuhan keperawatan hanya diberikan kepada satu pasien. Ketiadaan kasus pembandingan tersebut menyebabkan keterbatasan dalam menilai tingkat efektivitas perencanaan keperawatan terhadap ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemia). Oleh karena itu, hasil yang diperoleh belum dapat digeneralisasikan atau dipastikan akan menunjukkan hasil yang sama pada pasien lain dengan kondisi serupa. Selain itu, keterbatasan juga terdapat pada penelitian yang relatif singkat, sehingga perkembangan kondisi pasien dalam jangka panjang tidak dapat dievaluasi secara optimal.