

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Laporan Kasus

1. Kondisi lokasi laporan kasus

Lokasi laporan kasus yaitu di UPTD Puskesmas II Denpasar Timur yang dikategorikan sebagai Puskesmas Non Rawat Inap dengan nomor registrasi puskesmas :P5171020202 tanggal 31 Desember 2015 dan mendapatkan surat ijin operasional pada tanggal 14 Juni 2017. UPTD Puskesmas II Denpasar Timur merupakan salah satu dari 11 Puskesmas di Denpasar yang terletak kurang lebih 5 Km dari pusat Kota Denpasar (Lapangan puputan badung) yang mewilayahi 3 Desa yaitu Desa Penatih Dangin Puri, Kesima Petilan dan Kesiman Kertalangu dengan 33 posyandu lansia. UPTD Puskesmas II Denpasar Timur sudah menjalankan program pengelolaan penyakit kronis (PROLANIS) namun rata-rata dari 100% lansia hanya 70% yang mengikuti posyandu dikarenakan pekerjaan dan lain-lain.

Salah satu Banjar yang berada di Kawasan Denpasar Timur dan termasuk ke dalam wilayah kerja UPTD Puskesmas II Denpasar Timur adalah Banjar Tembau Kelod. Banjar Tembau Kelod berjarak kurang lebih 5 Km dari UPTD Puskesmas Denpasar Timur II yang bisa ditempuh menggunakan kendaraan dalam waktu tempuh kurang lebih 10 menit. Dengan wilayah yang sangat terjangkau, sehingga mayoritas masyarakat di Banjar Tembau Kelod memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di UPTD Puskesmas II Denpasar Timur.

Rumah Ny. S yang berada di Banjar Tembau Kelod terdiri dari garasi, ruang tamu, dapur, tiga kamar tidur dan satu kamar mandi. Tipe rumah kontrakan,

atap terbuat dari genteng, lantai dilapisi ubin dan warna tembok kuning pucat. Cara pengaturan perabotan tertata rapi, kebiasaan merawat ruangan dengan menyapu dua kali sehari pagi dan sore hari. Terdapat ventilasi yang dibuka setiap hari. Pencahayaan kamar baik dimana terdapat jendela mengarah langsung ke luar dari kamar. Halaman Ny. S terdapat beberapa tumbuhan yang hijau dan subur. Terkait penyakit yang sudah diderita oleh Ny. S keluarganya selalu memberikan dukungan secara penuh, dengan cara selalu memberikan semangat dan perhatian.

2. Karakteristik subjek laporan kasus

Subjek dalam laporan kasus ini adalah seorang pasien berjenis kelamin perempuan berusia 61 tahun, dengan inisial Ny. S yang mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah akibat diabetes melitus tipe 2.

3. Hasil laporan kasus

a. Pengkajian keperawatan

Proses asuhan keperawatan pada kasus kelolaan ini dilakukan pengkajian keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan yang dapat dijabarkan sebagai berikut. Pengkajian dilakukan pada tanggal 13 Februari 2026 pada pukul 10:00 WITA di rumah pasien yang bertempat di wilayah kerja UPTD Puskesmas II Denpasar Timur dengan metode wawancara dan observasi.

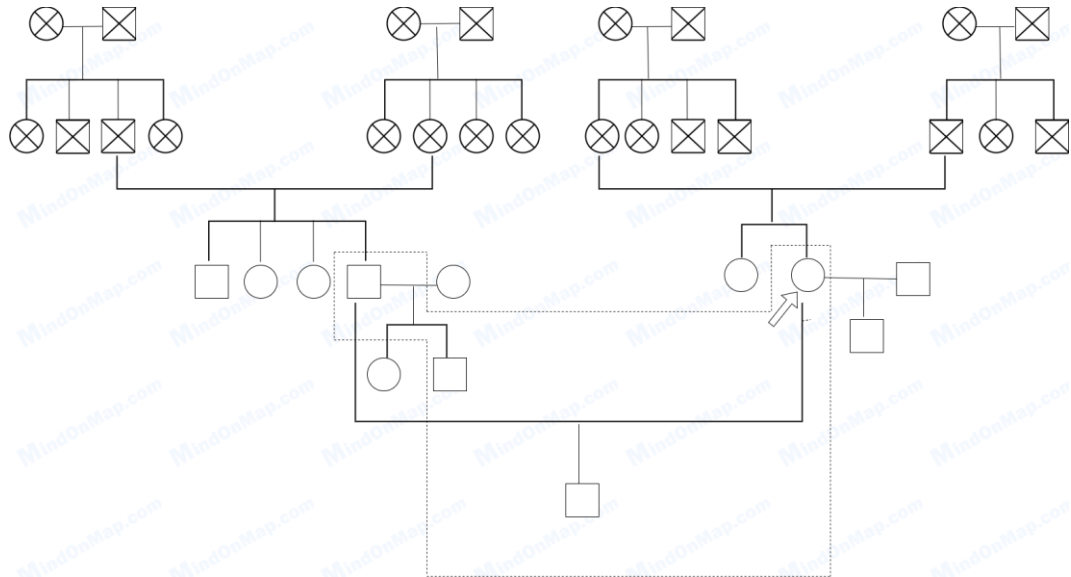
Berikut data-data yang diperoleh dari hasil pengkajian keperawatan.

1) Data biografi

Nama pasien	:	Ny. S
Jenis kelamin	:	Perempuan
Golongan darah	:	-
Tempat & tanggal lahir	:	Cilacap, 14 Januari 1965
Pendidikan terakhir	:	SMP
Agama	:	Hindu
Status perkawinan	:	Menikah
Tinggi badan/berat badan	:	150 Cm/50 Kg
Penampilan	:	Bersih dan rapi
Alamat	:	Jl. Sulatri No. 9x Penatih Denpasar Timur
Diagnosa medis	:	Diabetes Mellitus tipe II
Penanggung jawab	:	
Nama	:	Tn. K
Hubungan dengan pasien	:	Suami
Alamat & telepon	:	Jl. Sulatri No. 9x Penatih Denpasar Timur/08977658****

2) Riwayat keluarga

Genogram



Keterangan :

-   : Meninggal
-  : Laki-laki masih hidup
-  : Perempuan masih hidup
- : Hubungan perkawinan
- — — : Tinggal dalam satu rumah
-  : Pasien

Gambar 2 Genogram Pada Ny. S dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Akibat Diabetes Mellitus Tipe 2 di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas II Denpasar Timur Tahun 2026

3) Riwayat pekerjaan

Pekerjaan saat ini : Penjahit

Alamat tempat kerja : Br. Tembau Kelod, Penatih, Denpasar Timur

Jarak dari rumah : 200 m

Alat transportasi : Jalan kaki

Sumber pendapatan : Sumber pendapatan selain hasil dari bekerja penjahit dan kecukupan di garmen yaitu ditambah penghasilan suami dan terhadap kebutuhan anak dapat mencukupi kebutuhan sehari-hari

4) Riwayat lingkungan hidup

Tipe tempat tinggal : Ny. S tinggal bersama suami dan satu anak kandungnya di dalam rumah yang di mana rumah tersebut bersifat kontrakan yang terletak di Br Tembau Kelod, Penatih, Denpasar Timur

Kondisi tempat tinggal : Rumah keluarga Ny. S terdiri dari garasi, ruang tamu, dapur, tiga kamar tidur dan satu kamar mandi. Tipe rumah kontrakan, atap terbuat dari genteng, lantai dilapisi ubin dan warna tembok kuning pucat. Cara pengaturan perabotan tertata rapi, kebiasaan merawat ruangan dengan menyapu dua kali sehari pagi dan sore hari. Terdapat ventilasi yang dibuka setiap hari. Pencahayaan kamar baik di mana terdapat jendela mengarah langsung ke luar dari kamar. Halaman Ny. S terdapat beberapa tumbuhan yang hijau dan subur.

Jumlah orang yang tinggal dalam satu rumah : Orang yang tinggal di rumah Ny. S terdiri dari tiga orang yaitu Ny.S, Tn. K dan An.Y.

Derajat privasi : Rumah Ny. S memiliki derajat privasi yang baik, terdapat gerbang di depan rumah dan setiap kamar memiliki pintu yang bisa dikunci

5) Riwayat rekreasi

Hobi/minat : Ny. S mengatakan memiliki hobi/minat menonton tv

Keanggotaan dalam organisasi : Ny. S mengatakan tidak mengikuti organisasi apapun

Liburan/perjalanan : Ny. S mengatakan setiap suami nya mendapat cuti libur, Ny. S dan keluarga pergi berlibur ke alam

6) Sistem pendukung

Perawat/bidan/dokter/ fisioterapi : -

Rumah sakit : RSUP Prof. dr.I.G.N.G Ngoerah

Klinik : -

Pelayanan kesehatan di rumah : -

Makanan yang dihantarkan : -

Perawatan sehari-hari yang dilakukan keluarga : Keluarga selalu memperhatikan pola makan Ny. S

Kondisi lingkungan rumah : Rumah Ny. S tampak bersih, rapi dan nyaman

7) Status kesehatan

Status kesehatan utama selama lima tahun terakhir : Selama lima tahun terakhir, Ny. S tidak memiliki riwayat penyakit lain selain diabetes. Ny. S didiagnosis menderita diabetes melitus tipe 2 pada tahun 2021, yang ditandai dengan Ny. S mudah lelah, sering merasa haus dan sering buang air kecil. Ny. S juga memiliki riwayat keturunan diabetes pada orang tuanya.

Keluhan utama : Ny. S mengatakan sering haus, cepat lelah jika beraktivitas dan sering kencing.

Tabel 2
Status Kesehatan Paliatif (Edmonton Symptom Assesment System)
Pada Ny. S dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Akibat
Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas II
Denpasar Timur Tahun 2026

Tidak Nyeri	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nyeri berat	Lanjutkan pengkajian nyeri
Tidak Lelah	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lelah berat	Lanjutkan ke pengkajian aktifitas fisik
Tidak Mual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mual berat	Lanjutkan ke pengkajian makan/minum
Tidak Depresi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Depresi berat	Lanjutkan ke GDS
Tidak Cemas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Cemas berat	Lanjutkan BDI
Tidak Mengantuk	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mengantuk berat	Lanjutkan ke pola tidur
Tidak Nafsu Makan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nafsu makan buruk	Lanjutkan ke pengkajian pola makan
Tidak Bugar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tidak berdaya	Lanjutkan ke pengkajian aktifitas fisik
Tidak Sesak Nafas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sesak nafas berat	Lanjutkan ke pengkajian pemenuhan

															kebutuhan oksigen
Tidak ada masalah	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Masalah berat	Lanjutkan ke pengkajian stress		

Keterangan : Ringan: < 3 Sedang : 4-6 Berat : > 7

Provokative/Paliative : -
Quality/Quantity : -
Region : -
Severity scale : -
Time : -

Tabel 3
Obat- Obatan Yang Dikonsumsi Pada Ny. S dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Akibat Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas II Denpasar Timur Tahun 2026

No.	Nama Obat	Dosis	Keterangan
1	2	3	4
1	Sansulin Rapid Insulin Aspart 100 U/mL	12 U/mL (3x1)	Insulin di suntikkan dengan dosis 12 U/mL 3x1 sebelum makan (100 U/mL)
2	Sansulin Log-G Insulin Glargine 100 U/mL	12 U/mL (1x1)	Insulin di suntikkan dengan dosis 12 U/mL 1x1 di malam hari sebelum makan (100 U/mL)

8) Aktivitas hidup sehari-hari

Aktivitas hidup sehari-hari Ny. S mendapatkan skor A dengan skor A dalam kategori Indeks Katz A yakni kemandirian dalam 6 aktivitas terdapat pada lampiran 9.

Keterangan :

- Indeks Katz A yakni kemandirian dalam 6 aktivitas.
- Indeks Katz B yakni kemandirian dalam 5 aktivitas
- Indeks Katz C yakni kemandirian dalam semua hal kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
- Indeks Katz D yakni kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan
- Indeks Katz E yakni kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan
- Indeks Katz F yakni kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.
- Indeks Katz G yakni ketergantungan dalam 6 aktivitas

9) Pemeriksaan umum

BB : 50 Kg
TL/TB : 24,5 cm/150 cm
IMT : 19,56 kg/m² (normal)
Vital Sign :
Suhu : 36,3 °C
Nadi : 90x/menit
Tekanan Darah :
Duduk : 125/80 mmHg
Berdiri : 130/80 mmHg
Tidur : 125/80 mmHg

10) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

- a) Oksigenasi : Ny. S mengatakan tidak ada gangguan pernafasan
- b) Cairan dan elektrolit : Ny. S mengatakan minum kurang lebih 7-8 gelas per hari atau ± 1.200 cc
- c) Nutrisi : Ny. S mengatakan makan 3x sehari habis dalam satu porsi
- d) Eliminasi : Ny. S mengatakan sering berkemih sebanyak 6-7 x sehari atau ± 1.000 cc dan BAB biasanya 1x sehari pagi hari dengan feses berwarna coklat dan konsistensi padat serta berbau khas.
- e) Aktivitas : Ny. S mengatakan mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, seperti makan, minum, berpakaian, toileting, mandi, membersihkan halaman, sembahyang, melakukan kegiatan sosial dan bekerja memenuhi kebutuhannya.
- f) Istirahat tidur : Ny. S mengatakan dalam sehari tidur 6 jam di malam hari dari pukul 23:00 – 05:00 WITA dengan lelap tanpa ada gangguan.
- g) *Personal hygiene* : Ny. S tampak bersih dan rapi, Ny. S mengatakan biasanya mandi 2x sehari yaitu pada pagi dan sore hari.
- h) Seksual : Ny. S mengatakan tidak memiliki gangguan dalam hubungan seksual.
- i) Rekreasi : Ny. S mengatakan biasanya jika suaminya libur bekerja satu keluarga berlibur ke alam.
- j) Psikologis

(1) Persepsi pasien : Ny. S mengatakan memiliki persepsi yang positif tentang dirinya sendiri dan kondisinya

(2) Konsep diri : Ny. S mengatakan memiliki konsep diri yang positif dan stabil, serta Ny. S mengatakan bahwa dirinya masih memiliki nilai dan kemampuan yang sama seperti sebelum terkena DM

(3) Emosi : Ny. S dapat mengontrol emosi dengan baik

(4) Adaptasi : Ny. S mengatakan telah beradaptasi dengan kondisinya dan membuat perubahan gaya hidup yang diperlukan serta mengembangkan strategi untuk mengelola stres dan emosi negatif.

(5) Mekanisme pertahanan diri : Ny. S mengatakan menerima kondisinya dan membuat keputusan yang tepat untuk kesehatannya

11) Tinjauan sistem

a) Keadaan umum

- (1) Kondisi umum : Baik
- (2) Tingkat kesadaran : Composmentis
- (3) GCS : E4V5M6

b) Tanda-tanda vital :

(1) Tekanan darah

- (a) Duduk : 130/70 mmHg
- (b) Berdiri : 130/80 mmHg
- (c) Tidur : 120/70 mmHg

(2) Nadi : 90x/menit

(3) Suhu : 36,3°C

(4) Respirasi : 90x/menit

c) Pemeriksaan umum (*head to toe*) :

(1) Kepala : Bentuk simetris, rambut beruban dan bersih, tidak ada luka atau lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak ditemukan hematoma.

(2) Mata -telinga-hidung

(a) Mata : Sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak pucat, dan mengeluh penglihatan agak kabur.

(b) Telinga : Telinga simetris, bersih, tidak ada serumen. Pendengaran masih berfungsi dengan baik.

(c) Hidung : Hidung tampak bersih, tidak ada sumbatan, fungsi penciuman baik.

(3) Leher : Tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada benjolan, nadi karotis teraba, tidak ada nyeri tekan

(4) Dada dan punggung

(a) Paru-paru : Frekuensi napas teratur, suara napas vesikuler normal, tidak ada ronki/wheezing.

(b) Jantung : Bunyi jantung reguler, tidak ada murmur, suhu akral hangat.

(c) Payudara : tidak terkaji

(5) Abdomen dan pinggang

(a) Sistem pencernaan : BAB 1x/hari, warna kecokelatan, konsistensi lembek, tidak ada nyeri tekan.

(b) Sistem genitaurinari : Tidak ada nyeri saat BAK.

(6) Ekstremitas atas dan bawah : Ekstremitas tampak simetris, kekuatan otot 5/5, tidak ada tremor, tidak ada edema. Pasien masih mampu berjalan tanpa bantuan tongkat atau apapun

- (7) Sistem imun : Tidak terkaji
- (8) Genetalia : Tidak terkaji
- (9) Reproduksi : Tidak terkaji
- (10) Persarafan : Ny. S mengatakan penglihatan sedikit kabur
- (11) Pengecapan : Klien mengatakan rasa makanan normal
- 12) Hasil pengkajian kognitif dan mental

a) *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)*

Pengkajian *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)* Pada Ny. S menjawab pertanyaan dengan benar semua dengan skor kesalahan 0 yaitu fungsi mental utuh pengkajian terlampir di lampiran 10.

Keterangan :

- Kesalahan 0-2 : fungsi mental utuh
- Kesalahan 3-4 : kerusakan intelektual ringan
- Kesalahan 5-7 : kerusakan intelektual sedang
- Kesalahan 8-10 : kerusakan intelektual berat

b) *Mini-Mental State Exam (MMSE)*

Dari hasil pengkajian *Mini-Mental State Exam (MMSE)* Ny. S mendapatkan skor 30 poin yaitu normal, pengkajian terlampir di lampiran 11.

Pedoman Skor kognitif global (secara umu) :

- Nilai : 24 -30 : normal
- Nilai : 17 -23 : proable gangguan kognitif
- Nilai : 0-16 : definite gangguan kognitif

Catatan : Dalam membuat penilaian fungsi kognitif harus diperhatikan tingkat pendidikan dan usia.

c) Inventaris Depres GDS (*Geriatric Depression Scale*)

Dari hasil pengkajian Inventaris Depres GDS (*Geriatric Depression Scale*) Ny. S mengalami depresi ringan dengan skor 6, pengkajian terlampir di lampiran 12.

Penilaian *Geriatric Depression Scale* :

- Skor 0- 5 : Normal
- Skor 6 – 10 : Depresi ringan
- Skor 11 – 15 : Depresi Berat

13) Data penunjang

- a) Laboratorium : Hasil GDS tanggal 13 Februari 2026 pukul 08.10 adalah 245 mg/dL
- b) Radiologi : -
- c) EKG : -
- d) USG : -
- e) CT-Scan : -
- f) Obat-obatan : -

14) Analisa data keperawatan

Hasil dari pengkajian didapatkan analisis data dengan data fokus meliputi data subjektif, data objektif, interpretasi dan masalah yang akan dijelaskan pada tabel

4.

Tabel 4
Analisa Data Keperawatan Pada Ny. S dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Akibat Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas II Denpasar Timur Tahun 2026

No	Data (<i>Sign/Symptom</i>)	Interpretasi (<i>Etiologi</i>)	Masalah(<i>Problem</i>)
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Subektif	Usia, Obesitas, Pola hidup yang tidak sehat	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027)
	a) Pasien mengatakan sering merasa lelah atau lesu ketika beraktifitas	↓ Obesitas visceral	
	b) Pasien mengatakan sering merasa haus dan mulut terasa kering	↓ Timbunan lemak	
	c) Pasien mengatakan sering berkemih	↓ Sensitivitas insulin hepatic menurun	
	d) Pasien mengatakan pandangan kabur	↓ Akumulasi lemak di hati	
	Objektif		
	a) Kadar glukosa dalam darah tinggi (GDS : 245 mg/dL)	↓ Resistensi insulin	
	b) Jumlah urine NY. S tampak meningkat	↓ Diabetes melitus tipe 2	
	c) Pasien tampak kesulitan melihat jarak	↓ Glukosa dalam	

No	Data (<i>Sign/Symptom</i>)	Interpretasi (<i>Etiologi</i>)	Masalah(<i>Problem</i>)
(1)	(2)	(3)	(4)
	jauh karena pandangan kabur	darah tidak dapat di bawa masuk ke dalam sel ↓ Hiperglikemia ↓ Kadar glukosa darah tidak terkontrol ↓ Ketidakstabilan kadar glukosa darah	

b. Diagnosis keperawatan

Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.) *b.d* resistensi insulin *d.d* lelah atau lesu, kadar glukosa dalam darah tinggi, mudah haus, mulut kering dan jumlah urin meningkat

c. Intervensi keperawatan

Rencana Keperawatan yang akan diberikan pada pasien dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah akan disajikan pada tabel 10 yang terlampir di lampiran.

d. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang sudah diterapkan pada pasien Ny. S dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah akibat diabetes melitus tipe 2 akan dijelaskan pada tabel 11.

e. Evaluasi keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan yang didapatkan pada pasien ketidakstabilan kadar glukosa darah akan dijelaskan pada tabel 5.

Tabel 5
Evaluasi Keperawatan Pada Ny. S dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Akibat Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas II Denpasar Timur Tahun 2026

Tanggal/Hari	No. Dx	Evaluasi	TTD>Nama
(1)	(2)	(3)	(4)
16 Februari 2026 10.20 WITA	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	S : - Lelah menurun (5) - Mulut kering menurun (5) - Rasa haus menurun (5) O : - Kadar glukosa darah membaik 157 mg/dL (5) - Keadaan umum : baik - Tekanan darah Duduk : 120/80 mm/Hg Tidur : 120/70 mm/Hg Berdiri : 120/70 mmHg A : Masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi P : Intervensi dihentikan, anjurkan ke fasilitas kesehatan jika terdapat keluhan.	Diah

B. Pembahasan Laporan Kasus

1. Pengkajian keperawatan pada masalah keperawatan ketidakstabilan glukosa darah akibat diabetes melitus tipe 2

Pengkajian pada Ny. S dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah di wilayah kerja UPTD Puskesmas II Denpasar Timur yang dilakukan Pada tanggal 13 Februari 2026 pukul 08.00 WITA diperoleh hasil wawancara dan observasi dengan data yang meliputi identitas pasien dan penanggung jawab, riwayat keluarga, yang berupa genogram, riwayat pekerjaan, riwayat lingkungan hidup, riwayat rekreasi, sistem pendukung, status kesehatan utama selama 5 tahun terakhir, keluhan utama, obat-obatan yang dikonsumsi, aktivitas hidup sehari-hari yang meliputi pengkajian indeks katz, berat badan, tinggi badan, IMT, tanda-tanda vital, pemenuhan kebutuhan sehari-hari, tinjauan sistem yang meliputi keadaan umum, tingkat kesadaran, GCS, pemeriksaan fisik (*head to toe*), hasil pengkajian kognitif dan mental yang meliputi *Short Mental Status Questionnaire* (SPMSQ), *Mini-Mental State Exam* (MMSE), dan inventaris Depresi GDS (*Geriatric Depression Scale*), serta data penunjang yang berisi data-data tambahan seperti hasil laboratorium atau pemeriksaan diagnostik.

Berdasarkan hasil pengkajian diperoleh bahwa Ny. S dengan diabetes melitus tipe 2 yang mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah berumur 61 tahun dengan berpenampilan bersih dan rapi, tinggal bersama suami dan anak laki-laknya di lingkungan rumah yang bersih dengan derajat privasi yang baik. Status kesehatan Ny. S selama lima tahun terakhir tidak ada memiliki riwayat penyakit lainnya selain diabetes melitus terdiagnosis pada lima tahun yang lalu (2021) dengan hasil pengkajian status kesehatan dalam rentang sedang dengan

poin 3. Saat ini Ny. S masih mengonsumsi obat-obatan dan sudah mendapatkan imunisasi vaksin lengkap. Hasil pengkajian indeks katz Ny. S dikategorikan dengan indeks katz , yaitu kemandirian dalam 6 aktivitas, termasuk mandi, berpakaian, ke kamar mandi, berpindah, kontinen, serta makan. Saat dilakukan pemeriksaan fisik (head to toe) didapatkan hasil bahwa Ny. S tidak ada kelainan apapun dan semua dalam keadaan normal. Pengkajian kognitif dan mental Ny. T dilakukan dengan 3 penilaian, yaitu Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) dengan hasil penilaian yaitu jumlah kesalahan 0 yang dikategorikan dengan fungsi mental utuh, Mini-Mental State Exam (MMSE) dengan hasil penilaian yaitu skor total 30 yang dikategorikan dengan normal, dan Inventaris Depresi GDS (Geriatric Depression Scale) dengan hasil penilaian yaitu skor 6 yang dikategorikan dengan depresi ringan.

Adapun data subjektif yang didapatkan pada Ny. S yaitu Ny.S mengatakan sering merasa lelah atau lesu ketika beraktivitas, sering merasa haus dan mulut kering, sering berkemih, pandangan kabur dan kadar glukosa dalam darah tinggi.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Setiyorini,) didapatkan hasil pengkajian pada Ny. L mengatakan sering merasa lelah atau lesu ketika beraktivitas, sering merasa haus dan mulut kering, sering berkemih, pandangan kabur dan kadar glukosa dalam darah tinggi. Jadi, dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara data kasus kelolaan dengan teori yang ada di SDKI serta hasil dari penelitian terkait.

2. Diagnosis keperawatan pada masalah keperawatan ketidakstabilan glukosa darah akibat diabetes melitus tipe 2

Diagnosis keperawatan dalam laporan kasus ini diperoleh dari hasil pengkajian keperawatan yang kemudian di analisis atau di rumuskan menjadi diagnosis keperawatan pada Ny. S. Pasien dengan diabetes melitus tipe 2 yang di akibatkan oleh resistensi insulin. Adapun data subjektif yang didapatkan pada Ny. S yaitu Ny. S mengatakan lelah atau lesu ketika beraktifitas, mulut terasa kering dan sering merasa haus, sedangkan data objektif yang didapat yaitu kadar glukosa dalam darah tinggi jumlah urine meningkat. Berdasarkan hasil ini diperoleh masalah keperawatan pada Ny. S di wilayah kerja UPTD Puskesmas II Denpasar Timur adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah. Diagnosis tersebut dapat ditegakkan karena kriteria tanda/gejala mayor yang didapatkan pada saat pengkajian memenuhi kriteria 100%. Berdasarkan ketentuan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu diagnosis keperawatan dapat diambil jika kriteria tanda/gejala mayor memenuhi 80-100%.

3. Intervensi keperawatan pada masalah keperawatan ketidakstabilan glukosa darah akibat diabetes melitus tipe 2

UPTD Puskesmas II Denpasar Timur sudah memiliki program Prolanis yang ditujukan bagi penderita penyakit kronis seperti diabetes melitus tipe 2. Tetapi kurangnya kesadaran masyarakat terhadap keikutsertaan dalam program tersebut membuat program tersebut tidak bisa menjangkau secara menyeluruh kepada pasien yang terkena penyakit kronis. Intervensi yang digunakan dalam laporan kasus ini berdasarkan hasil diagnosis keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan intervensi utama yaitu manajemen hiperglikemia dan intervensi pendukung yaitu edukasi latihan fisik.

Melalui intervensi manajemen hiperglikemia dan edukasi latihan fisik sesuai Standar Luaran Keperawatan Indonesia, diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan data subjektif lelah menurun, mulut kering menurun, rasa haus menurun. Sedangkan, data objektif fokus pada kadar glukosa dalam darah membaik dan jumlah urine membaik.

1. Implementasi pada masalah keperawatan ketidakstabilan glukosa darah akibat diabetes melitus tipe 2

Implementasi keperawatan pada laporan kasus ini dilaksanakan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah dirancang dan disesuaikan berdasarkan kebutuhan pasien. Implementasi pada Ny. S dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah dilaksanakan selama empat hari dengan durasi 30 menit pada tanggal 13 – 16 Februari 2026. Pemberian asuhan keperawatan ini dilaksanakan di rumah pasien Banjar Tembau Kelod, Denpasar Timur, Denpasar dalam wilayah kerja UPTD Puskesmas II Denpasar Timur.

Implementasi yang diberikan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) adalah intervensi utama manajemen hiperglikemia yaitu mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, monitor glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, memberikan edukasi kepada pasien terkait menghindari olahraga saat kadar glukosa lebih dari 250 mg/dL, mengedukasi untuk memonitor glukosa secara mandiri, mengedukasi kepatuhan terhadap diet dan olahraga. Adapun intervensi pendukung adalah edukasi latihan

fisik yaitu mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan pasien dalam menerima informasi, memberikan edukasi terkait manfaat kesehatan melakukan senam kaki, jenis latihan, durasi dan frekuensi latihan, mengajarkan latihan pernafasan untuk memaksimalkan penyerapan oksigen selama latihan fisik dan meminta Ny. S untuk melakukan gerakan senam kaki.

Hasil penelitian dari (Hartono, 2022) menunjukkan bahwa setelah melakukan manajemen hiperglikemia, pasien mengalami penurunan kadar glukosa darah, pengurangan gejala seperti polidipsia.

Hasil penelitian dari (Raja Syafrizal, 2024) menunjukkan bahwa setelah melakukan edukasi latihan fisik, pasien mengalami penurunan kadar glukosa darah, peningkatan kenyamanan, perbaikan sirkulasi dan kekuatan otot serta pencegahan komplikasi.

Berdasarkan uraian di atas setelah pelaksanaan implementasi keperawatan Manajemen hiperglikemia dan Edukasi latihan fisik dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah akibat diabetes melitus tipe 2 selaras dengan teori dan hasil penelitian yang sudah ada.

2. Evaluasi pada masalah keperawatan ketidakstabilan glukosa darah akibat diabetes melitus tipe 2

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Hasil evaluasi keperawatan pada Ny. S setelah dilakukan asuhan keperawatan selama empat hari dengan durasi 30 menit adalah kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan data subjektif lelah menurun (5), mulut kering menurun (5), rasa haus menurun (5). Sedangkan data objektif fokus pada glukosa dalam darah

membaik (5) dan jumlah urine membaik (5). Pada bagian assesment didapatkan hasil berupa masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi, sedangkan pada bagian planing intervensi dihentikan, anjurkan ke fasilitas kesehatan jika terdapat keluhan.

C. Kelemahan Laporan Kasus

Dalam penyusunan laporan kasus ini, penulis menyadari masih terdapat beberapa keterbatasan selama proses pelaksanaan asuhan keperawatan. Salah satunya, peneliti tidak dapat memastikan apakah Ny. S benar-benar mematuhi diet nya atau tidak saat tidak dalam pengawasan langsung terutama terkait konsumsi jajanan lokal. Keterbatasan lainnya adalah keterbatasan pemantauan kadar glukosa darah harian pada Ny. S karena pasien tidak memiliki alat glukometer mandiri di rumah, sehingga pengecekan hanya bergantung pada jadwal kunjungan peneliti atau saat Ny. S datang ke faskes terdekat/ posyandu. harian Meskipun demikian, penulis tetap berupaya memberikan asuhan keperawatan secara optimal sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien.