

## BAB IV

### HASIL ASUHAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan menguraikan tentang hasil pengumpulan data asuhan keperawatan pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi pada pasien diabetes mellitus di Ruang kelas 1 RS Bhayangkara Polda Lampung Provinsi Lampung tahun 2023. Dilaksanakan pada tanggal 09 hingga 14 Januari 2023 didapatkan 2 subyek yang mendapat asuhan keperawatan gangguan nutrisi pada pasien diabetes mellitus. Asuhan keperawatan ini dilakukan 3 hari berturut-turut, proses keperawatan ini dimulai dari pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan hingga evaluasi keperawatan.

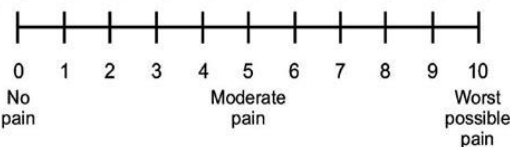


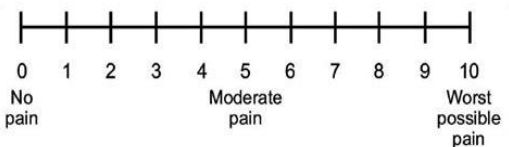
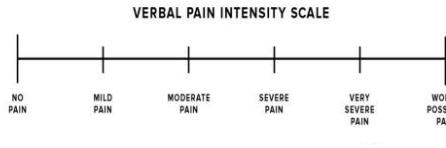

#### A. Hasil Asuhan

##### 1. Pengkajian Keperawatan

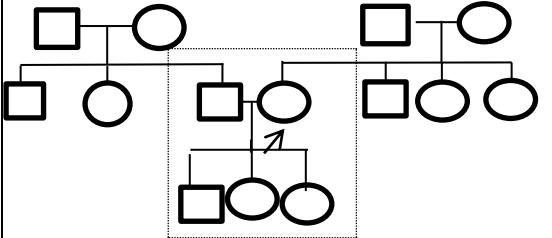




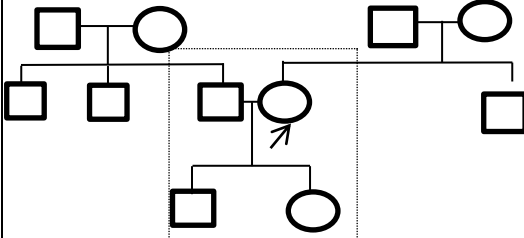




Pengkajian merupakan tahap awal dimana data atau informasi yang dibutuhkan dikumpulkan dan di analisa guna untuk menentukan diagnose keperawatan yang mungkin muncul. Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 9 Januari 2023 pukul 09.30 WIB dan 10.45 WIB

**Tabel 5 Pengkajian Keperawatan**

Ny.S	Ny.I
<b>a. Identitas Pasien</b>	
Nama : Ny.S	Nama : Ny.I
Umur : 68 Tahun	Umur : 40 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan	Jenis Kelamin : Perempuan
Pendidikan : Sma	Pendidikan : Diploma 2
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga	Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Tgl Masuk : 08 Januari 2023	Tgl Masuk : 08 Januari 2023
Waktu : 15.10 Wib	Waktu : 17.30 Wib
Dx. Medis : Diabetes Melitus	Dx. Medis : Diabetes Melitus
Alamat : Natar, Bandar Lampung	Alamat : Sukarame, Bandar Lampung
<b>b. Riwayat kesehatan</b>	
Cara Masuk : Melalui Poliklinik	Cara Masuk : melalui igd
Tgl Masuk : 08 Januari 2023	Tgl Masuk : 08 Januari 2023

Jam Masuk : 15.10 Wib				Jam Masuk : 17.30 wib					
Alat Masuk : kursi roda				Alat Masuk : kursi roda					
<b>c. Status Mental</b>									
Kesadaran : Composmentis				Kesadaran : Compos mentis					
Gcs : E 4 V 5 M 6				Gcs : E 3 V 6 M 5					
<b>d. Ttv Saat Masuk</b>									
TD : 170/100 mmHg		Sp : 99%		TD : 164/109 mmHg		Sp : 98%			
N : 98x/ menit		T : 36,6 <sup>0</sup> c		N : 87x/ menit		T : 36,5 <sup>0</sup> C			
RR : 27x/ menit				RR : 21 kali/menit					
<b>Nyeri</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>numeric rating scale</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>verbal rating scale</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>wong and baker face rating scale</li> </ul> 				<b>Nyeri</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>numeric rating scale</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>verbal rating scale</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>wong and baker face rating scale</li> </ul> 					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Penilaian resiko jatuh</li> </ul>									
No	Pengkajian	Skala		Nilai	No	Pengkajian	Skala		Nilai
1	Riwayat jatuh < 3 bulan terakhir	No	0	0	1	Riwayat jatuh < 3 bulan terakhir	No	0	0
		Yes	25				Yes	25	
2	Diagnosa medis skunder >1	No	0	0	2	Diagnosa medis skunder >1	No	0	0
		Yes	15				Yes	15	
3	Alat bantu jalan a. Bedrest dibantu perawat b. Penopang c. Berpegangan	a. 0 b. 15 c. 30		0	3	Alat bantu jalan a. Bedrest dibantu perawat b. Penopang c. Berpegangan benda sekitar	a. 0 b. 15 c. 30		0

	benda sekitar								
4	Menggunakan infus	Yes	20	20	4	Menggunakan infus	Yes	20	20
		No	0				No	0	
5	Gaya berjalan a. Normal b. Lemah c. Abnormal	a. 0 b. 10 c. 20		10	5	Gaya berjalan a. Normal b. Lemah c. Abnormal	a. 0 b. 10 c. 20		10
6	Status mental a. Sadar penuh b. Keterbatasan daya ingat	a. 0 b. 15		0	6	Status mental <b>a.</b> Sadar penuh <b>b.</b> Keterbatasan daya ingat	a. 0 b. 15		0
Jumlah score				30	Jumlah score				30
Score yang diperoleh : 1. ( ) score 0-24 tidak beresiko, tindakan perawatan dasar.(kode hijau) 2. (✓) score >25 resiko, lakukan tindakan pencegahan.(kode kuning)					Score yang diperoleh : 1.( ) score 0-24 tidak beresiko, tindakan perawatan dasar.(kode hijau) 2.(✓) score >25 resiko, lakukan tindakan pencegahan.(kode kuning)				
Keluhan utama : Pasien mengatakan sering saat pengkajian merasa kelelahan					Keluhan utama : Pasien mengatakan saat pengkajian badannya terasa kebas dan lemas.				
Riwayat penyakit : pasien datang diantar keluarga sekarang dalam keadaan lemas,Mukosa bibir kering, dan pucat. Sehingga keluarga merasa khawatir lalu mengantar pasien ke RS Bhayangkara Polda Lampung					Riwayat : pasien datang diantar keluarga dengan keluhan badan kebas kesemutan dan terasa lemas. Sehingga keluarga merasa khawatir lalu mengantar pasien ke RS Bhayangkara Polda Lampung				
Riwayat alergi : pasien tidak memiliki riwayat alergi					Riwayat alergi :Pasien tidak memiliki riwayat alergi				
Daftar obat : pasien tidak mengonsumsi obat herbal apapun sebelumnya.					Daftar obat :pasien tidak mengonsumsi obat herbal sebelumnya.				
Riwayat penyakit : pasien tidak memiliki riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang					Riwayat : pasien tidak memiliki riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang				

<p>Riwayat penyakit : keluarga mengatakan tidak keluarga memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan diabetes mellitus</p>	<p>Riwayat : pasien mengatakan nenek penyakit pasien menderita diabetes mellitus</p>
<p>Genogram</p>  <p><b>Keterangan</b></p> <p>simbol</p> <p>Laki-laki </p> <p>Perempuan </p> <p>Pasien </p> <p>Tinggal satu rumah </p> <p><b>Keterangan genogram</b></p> <p>Pasien merupakan anak pertama dari 4 bersaudara, pasien merupakan ibu dari 3 anaknya dan di antara keluarganya hanya pasien yang menderita diabetes melitus pasien tinggal satu rumah bersama suami dan ketiga anaknya</p>	<p>Genogram</p>  <p><b>Keterangan</b></p> <p>simbol</p> <p>Laki-laki </p> <p>Perempuan </p> <p>Pasien </p> <p>Tinggal satu rumah </p> <p><b>Keterangan genogram</b></p> <p>Pasien merupakan anak pertama dari 2 bersaudara dan pasien merupakan ibu dari ketiga anaknya, di dalam keluarganya nenek pasien juga menderita diabetes mellitus, pasien hidup bersama suami dan kedua anaknya</p>
<p><b>c. Anamnesis pengkajian</b></p>	
<p><b>1) Pola manajemen kesehatan</b></p>	
<p>Kondisi kesehatan : tampak sakit sedang umum</p>	<p>Kondisi : tampak sakit sedang kesehatan umum</p>
<p>Upaya menjaga : keluarga pasien /meningkatkan mengatakan Ny.S dan status kesehatan keluarga tidak mengetahui bahwa Ny.s menderita diabetes melitus sehingga masih terus mengonsumsi glukosa.</p>	<p>Upaya menjaga : pasien mengatakan biasanya saat badannya terasa kebas, suami pasien akan menggosokkan minyak kayu putih disekujur tubuh pasien, pasien juga mengatakan tidak tahu jika pasien menderita diabetes mellitus</p>
<p>a) Kategori fisiologis</p>	
<p>Respirasi : Pola nafas pasien lebih dari 20x/menit yaitu</p>	<p>Respirasi : Pola nafas pasien lebih dari 20x/menit yaitu</p>

	27x/menit dan tidak terdengar suara nafas tambahan.		21x/menit dan tidak terdengar suara nafas tambahan.
Sirkulasi	: Tekanan darah pasien tinggi yaitu 170/100 mmHg, crt kurang dari 2 detik dan nadi pasien dalam batas normal yaitu 98x/menit	Sirkulasi	: Tekanan darah pasien tinggi yaitu 164/109 mmHg, crt kurang dari 2 detik dan nadi pasien dalam batas normal yaitu 87x/menit
Nutrisi dan cairan	: pasien mengatakan saat sehat pola makannya sedikit dan setelah sakit pasien hanya mau makan roti rotian saja. Pasien saat ini terpasang RL 20 tetes permenit	Nutrisi dan cairan	: pasien mengatakan saat sehat pola makannya bagus yaitu 3x setiap hari dengan porsi makan orang dewasa, namun saat badannya terasa kebas pasien hanya makan sedikit. Pasien saat ini terpasang RL 20 tetes permenit
Eliminasi	: pasien mengatakan sebelum sakit BAK 4-8 kali/hari dan BAB 1x/hari. Setelah sakit pasien BAK 3-7 kali/hari dan BAB 1x/hari	Eliminasi	: pasien mengatakan sebelum sakit BAK 5-8 kali/hari dan BAB 2x/hari saat pagi dan sore. Setelah sakit pasien BAK 4-7 kali/hari dan BAB 1x/hari
Aktivitas dan istirahat	: pasien mengatakan sebelum sakit biasanya tidur 6-7 jam namun setelah sakit pasien hanya bisa tidur 3-4 jam, pasien sering terjaga saat malam hari sehingga saat pagi tubuh pasien tidak segar	Aktivitas dan istirahat	: pasien mengatakan sebelum sakit biasanya tidur 6-7 jam namun setelah sakit pasien hanya bisa tidur 3-4 jam, pasien sering terjaga saat malam hari sehingga saat pagi tubuh pasien terasa tidak segar
Neurosensori	: pasien mengatakan sakit pada bagian kepalanya	Neurosensori	:pasien mengeluh sakit pada kepala bagian kirinya
Reproduksi dan seksualitas	: pasien sudah memasuki usia menopause, sehingga fungsi organ reproduksi sudah menurun.	Reproduksi dan seksualitas	: pasien belum memasuki usia menopause, dan pasien menstruasi secara teratur dengan siklus 30 hari.

b) Kategori psikologis			
Nyeri dan ketidaknyamanan :pasien mengatakan merasa kurang nyaman dikarenakan pasien merasa kurang tidur		Nyeri dan ketidaknyamanan : pasien mengatakan merasa tidak nyaman dikarenakan pola tidurnya yang berubah semenjak sakit	
c) Pemeriksaan fisik			
Keadaan umum : tampak sakit sedang		Keadaan umum : tampak sakit sedang	
Glasglow coma scale : e : 4, m : 6, v : 5		Glasglow coma scale : e :4, m : 6, v : 5.	
<b>Vital sign</b>			
Td : 170/ 100 mmHg	Spo2 : 99%	Td : 164/ 109 mmHg	Spo2 :98%
Nadi : 98x/ menit	Suhu : 36,6 <sup>0</sup> c	Nadi : 87x/ menit	Suhu :36,5 <sup>0</sup> C
Respirasi : 27x/ Menit		Respirasi : 21x/ menit	
<b>Kepala dan leher</b>			
Wajah Palpasi : wajah tampak tidak ada luka dan benjolan Inspeksi : wajah tampak lonjong dan simetris, rambut berwarna putih serta kulit kepala tampak bersih		Wajah Palpasi : wajah tampak tidak ada luka dan benjolan Inspeksi : wajah tampak bulat dan simetris, rambut berwarna hitam serta kulit kepala tampak bersih	
Mata Inspeksi : Mata kanan dan kiri simetris, sklera tidak iterik, konjungtiva ananemis, reflek pupil (+/+)		Mata Inspeksi : Mata kanan dan kiri simetris, sklera tidak iterik, konjungtiva ananemis, reflek pupil (+/+)	
Hidung Inspeksi : Hidung simetris.tidak ada polip, tidak ada secret Palpasi : Tidak ada benjolan maupun jejas		Hidung Inspeksi : Hidung simetris.tidak ada polip, tidak ada secret Palpasi : Tidak ada benjolan maupun jejas	
Mulut dan gigi : Inspeksi : Mulut simetris, mukosa bibir kering, pasien tidak menggunakan gigi palsu dan lidah pasien tampak bersih Palpasi :		Mulut dan gigi Inspeksi : Mulut simetris, mukosa bibir kering, pasien tidak menggunakan gigi palsu dan lidah pasien tampak bersih Palpasi :	

	Tidak ada benjolan pada area mulut		Tidak ada benjolan pada area mulut
Telinga	Inspeksi : Telinga kanan dan kiri simetris, menggunakan alat bantu dengar Palpasi : Tidak ada pembengkakan dan tidak ada bekas luka	Telinga	Inspeksi : Telinga kanan dan kiri simetris, tidak menggunakan alat bantu dengar Palpasi : Tidak ada pembengkakan dan tidak ada bekas luka
Leher	: Inspeksi : Bentuk simetris tidak ada pembesaran vena jugularis dan nadi karotis Palpasi : Tidak ada nyeri tekan	Leher	Inspeksi : Bentuk simetris tidak ada pembesaran vena jugularis dan nadi karotis Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
<b>Paru-paru</b>			
Inspeksi	: simetris kanan dan kiri, bentuk dada normal, pernafasan saat inspirasi dan ekspirasi normal	Inspeksi	:simetris kanan dan kiri, bentuk dada normal, pernafasan saat inspirasi dan ekspirasi normal
Palpasi	: tidak ada luka, tidak ada benjolan maupun nyeri tekan	Palpasi	: tidak ada luka, tidak ada benjolan maupun nyeri tekan
Perkusi	: terdengar suara sonor	Perkusi	: terdengar sonor
Auskultasi	: tidak ada suara nafas tambahan	Auskultasi	: tidak ada suara nafas tambahan
<b>Jantung</b>		<b>Jantung</b>	
Inspeksi	: tidak ada luka dan thorax rata	Inspeksi	: tidak ada luka dan thorax rata
Palpasi	: tidak ada nyeri tekan, denyut nadi teraba, CRT <2 detik	Palpasi	: tidak ada nyeri tekan, denyut nadi teraba, CRT <2 detik
Perkusi	: terdengar sonor	Perkusi	: terdengar sonor
Auskultasi	: bunyi jantung S1 dan S2 normal, tidak ada suara nafas tambahan	Auskultasi	: bunyi jantung S1 dan S2 normal, tidak ada suara nafas tambahan
<b>Abdoment</b>			
Inspeksi	: umbilikus tampak datar masuk ke dalam, hernia	Inspeksi	: umbilikus tampak datar masuk ke dalam,

	tidak tampak		abdomen datar								
Auskultasi	: bising usus normal 8x/menit	Auskultasi	: bising usus normal 8x/menit								
Palpasi	: tidak teraba massa, tidak teraba hepar dan tidak ada nyeri tekan	Palpasi	: tidak teraba massa, tidak teraba hepar dan tidak ada nyeri tekan								
Perkusi	: tidak ada indikasi abdomen kembung	Perkusi	: tidak ada indikasi abdomen kembung								
Genetalia dan rectum	: Inspeksi : pasien tidak memakai kateter palpasi : tidak ada nyeri tekan atau pembesaran	Genetalia dan rectum	Inspeksi : pasien tidak memakai kateter palpasi : tidak ada nyeri tekan atau pembesaran								
Kekuatan otot	: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>5555</td><td>5555</td></tr><tr><td>5555</td><td>5555</td></tr></table>	5555	5555	5555	5555	Kekuatan otot	: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>5555</td><td>5555</td></tr><tr><td>5555</td><td>5555</td></tr></table>	5555	5555	5555	5555
5555	5555										
5555	5555										
5555	5555										
5555	5555										
<b>Neurologi</b>											
Sensorik	: sensorik pasien baik, kelima indera dapat berfungsi dengan baik	Sensorik	: sensorik pasien baik, kelima indera dapat berfungsi dengan baik								
Motorik	: sistem motoric pasien baik, eksremitas atas dan bawah berfungsi dengan normal	Motorik	: sistem motoric pasien baik, eksremitas atas dan bawah berfungsi dengan normal								
<b>d. Pemeriksaan diagnostik</b>											
Laboratorium 09 Januari 2023			Laboratorium 09 Januari 2023								
Subjek	Hasil	Batas	Subjek	Hasil	batas						
Hemoglobin	12,9	Lk : 14-18% Wn : 12-15%	Hemoglobin	10,5	Lk : 14-18% Wn : 12-15%						
Hematocrit	38	Wn : 35-49%	Hematocrit	30	Wn : 35-49%						
Erirosit	4,1	Wn : 4,0- 5,4 jt ul	Erirosit	3,6	Wn : 4,0- 5,4 jt ul						
a) MCV	92	80-94 fl	a) MCV	82	80-94 fl						
b) MCH	31	29-32 pg	b) MCH	28	29-32 pg						
c) MCHC	33	32-36 g/dl	c) MCHC	35	32-36 g/dl						
Leukosit	7.700	4.500-11.500 ul	Leukosit	41.300	4.500-11.500 ul						
a) Basophil	0	0-2%	a) Basophil	0	0-2%						
b) Eosinophil	0	1-3%	b) Eosinophil	0	1-3%						
c) Neutrophil	1	2-6%	c) Neutrophil	1	2-6%						



batang d) Neutrophil segmen	65	50-70%	batang d) Neutrophil segmen	96	50-70%
e) Limfosit	26	18-42%	e) Limfosit	3	18-42%
f) Monosit	8	2-11%	f) Monosit	0	2-11%
Trombosit	313.000	159-400 rb ul	Trombosit	614.000	159-400 rb ul
Urea	34	10-40 mg/dl	Urea	35	10-40 mg/dl
Creatinine	0,9	Wn : 0,7-1,3 mg/dl	Creatinine	0,9	Wn : 0,7-1,3 mg/dl
Natrium	136	135-150 nmol/l	Natrium	138	135-150 nmol/l
Kalium	3,5	3,6 – 5,5 nmol/l	Kalium	2,3	3,6-5,5 nmol/l
Klorida	108	98-110 meq / L	Klorida	101	98 – 110 meq/L
Hbsag	Non reaktif		Hbsag	Non reaktif	
Covid19	Non reaktif		Covid19	Non reaktif	
<b>Gula darah sewaktu</b>					
<b>Tanggal &amp; waktu</b>	<b>Hasil</b>	<b>Normal</b>	<b>Tanggal &amp; waktu</b>	<b>Hasil</b>	<b>Normal</b>
Senin, 09 Januari 2023 08.00 Wib 13.00 Wib	325 mg/dl 219 mg/dl	Usia >60 tahun 160 mg/dl atau 8,9 mmol/L	Senin, 09 Januari 2023 08.00 Wib 13.00 Wib	375 mg/dl 415 mg/dl	Usia >20 tahun 180 mg/dl
Selasa, 10 Januari 2023 08.00 Wib 13.00 Wib	316 mg/dl 257 mg/dl	Usia >60 tahun 160 mg/dl atau 8,9 mmol/L	Selasa, 10 Januari 2023 08.00 Wib 13.00 Wib	295 mg/dl 268 mg/dl	Usia >20 tahun 180 mg/dl
Rabu, 11 Januari 2023 08.00 Wib 13.00 Wib	201 mg/dl 171 mg/dl	Usia >60 tahun 160 mg/dl atau 8,9 mmol/L	Rabu, 11 Januari 2023 08.00 Wib 13.00 Wib	195 mg/dl 187 mg/dl	Usia >20 tahun 180 mg/dl
<b>e. Daftar terapi</b>					
No	Dosis dan rute pemberian	mulai pemberian	No	Dosis dan rute pemberian	mulai pemberian
1	Ringer laktat (intravena) 20 tetes permenit	08 Januari 2023 16.00 Wib	1	Ringer laktat (intravena) 20 tetes permenit	08 Januari 2023 18.00 Wib
2	Ceftriaxone (intravena) 2x1 gram	09 Januari 2023 18.00 Wib	2	Ceftriaxone (intravena) 2x1 gram	09 Januari 2023 19.30 Wib

3	Lantus (intramuscular) 1x1,5 ml	09 Januari 2023 21.00 Wib	3	Lantus (intramuscular) 1x1,5 ml	09 Januari 2023 21.00 Wib
4	Novorapid slidis scale (Intramuscular) 25ui/6jam	10 Januari 2023 08.00 Wib	4	Novorapid slidis scale (intramuscular) 25ui/6 jam	10 Januari 2023 08.00 Wib
5	Captopril (oral) 1x 12,5 mg	09 Januari 2023 18.00 Wib	5	Captopril (oral) 1x 12,5 mg	09 Januari 2023 18.00 Wib

## f. Analisa Data

Tabel 6 analisa data Ny.S

No	Tanggal/Jam	Data	Masalah	Etiologi
1	09 Januari 2023 09.00 Wib	Subjektif : a. Pasien mengatakan merasa lelah b. Pasien mengatakan keinginan untuk minum meningkat c. Pasien mengatakan bibirnyaterasa kering  Objektif : a. Kadar glukosa dalam darah tinggi 325 Mg/dl b. Bibir pasien tampak kering	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Gangguan toleransi glukosa darah
2	09 Januari 2023 09.00 Wib	Subjektif : a. Pasien mengatakan sulit tidur saat malam hari b. Pasien mengatakan tidak puas dengan tidurnya c. Pasien mengatakan sering terbangun saat malam hari  Objektif a. Pasien tampak selalu mengantuk b. Kantung mata pasien tampak menghitam	Gangguan pola tidur	Kurang kontrol tidur
3	9 Januari 2023 09.00 Wib	Subjektif a. Pasien mengatakan belum mengetahui bahwa ia menderita Diabetes mellitus b. Pasien mengatakan belum tahu apa saja yang harus dihindari untuk penderita diabetes mellitus	Defisit pengetahuan	Kurang terpapar informasi

		Objektif a. Pasien tampak kebingungan saat ditanya mengenai Diabetes mellitus		
--	--	--	--	--

Tabel 7 analisa data Ny.I

No	Tanggal Jam	Data	Masalah Keperawatan	Etiologi
1	09 Januari 2023 10.30 Wib	Subjektif : a. Pasien mengatakan badannya terasa kebas b. Pasien mengatakan badannya terasa lemas c. Pasien mengatakan keinginan untuk minum meningkat d. Pasien mengatakan bibirnyaterasa kering  Objektif a. Kadar glukosa dalam darah tinggi 375 Mg/dl b. Bibir pasien tampak kering	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Gangguan toleransi glukosa darah
2	09 Januari 2023 10.30 Wib	Subjektif a. Pasien mengatakan sulit tidur saat malam hari b. Pasien mengatakan tidak puas dengan tidurnya c. Pasien mengatakan sering terbangun saat malam hari d. Pasien mengatakan pola tidurnya berubah semenjak sakit  Objektif a. Pasien tampak selalu mengantuk b. Kantung mata pasien tampak menghitam	Gangguan pola tidur	Kurang kontrol tidur
	9 Januari 2023 10.30 Wib	Subjektif a. Pasien mengatakan belum mengetahui bahwa ia menderita Diabetes mellitus	Defisit pengetahuan	Kurang terpapar informasi

		<p>b. Pasien mengatakan belum tahu apa saja yang harus dihindari untuk penderita diabetes mellitus</p> <p>Objektif</p> <p>a. Pasien tampak kebingungan saat ditanya mengenai Diabetes mellitus</p>		
--	--	--	--	--

## 2. Diagnosis Keperawatan

Hasil pengumpulan data yang penulis dapat bahwa diagnosis keperawatan pada pasien tersebut :

**Tabel 8 Analisa Data**

Ny.S			Ny.I		
No	Diagnosa	Etiologi	No	Diagnosa	Etiologi
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah D.0027	Gangguan toleransi darah	1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah D.0027	Gangguan toleransi darah
2	Gangguan pola tidur D.0055	Kurang kontrol tidur	2	Gangguan pola tidur D.0055	Kurang kontrol tidur
3	Defisit pengetahuan D.0111	Kurang terpapar informasi	3	Defisit pengetahuan D.0111	Kurang terpapar informasi

## 3. Rencana Tindakan Keperawatan

Setelah melakukan pengumpulan data dan didapat diagnosa keperawatan pada pasien, maka penulis membuat rencana tindakan keperawatan yang sesuai dengan diagnosa keperawatan yaitu.

**Tabel 9 Rencana Tindakan Keperawatan Ny.S**

No	Masalah Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasional
1	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Gangguan toleransi glukosa daerah	Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan kadar glukosa darah stabil, dengan kriteria hasil : 1. Mengantuk menurun 2. Lelah/lesu menurun 3. Mulut kering menurun 4. Rasa haus menurun 5. Kadar glukosa dalam darah membaik	<b>Intervensi terna : Manajemen Hiperglikemia (I.03115)</b> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. penyakit kambuhan) 3. Monitor kadar glukosa darah 4. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 5. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin) 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis	<b>Manajemen Hiperglikemia</b> 1. Mengetahui kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Mengetahui situasi penyebab kebutuhan insulin meningkat 3. Memantau kadar glukosa darah 4. Memenuhi kebutuhan cairan melalui oral 5. Mengajarkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri 6. Mengajarkan cara penggunaan insulin

			<p>7. Kolaborasi pemberian insulin</p> <p><b>Intervensi pendukung : Edukasi diet (I.12369)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi</li> <li>2. Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini</li> <li>3. Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu</li> <li>4. Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan</li> <li>5. Identifikasi keterbatasan finansial untuk menyediakan makanan</li> <li>6. Siapkan materi, media dan alat peraga</li> <li>7. Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan</li> <li>8. Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya</li> <li>9. Sediakan rencana makanan tertulis, Jika perlu</li> <li>10. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan</li> <li>11. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang</li> <li>12. Rujuk ke ahli gizi dan sertakan keluarga, Jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi latihan fisik (I.12389)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>4. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>5. Jelaskan manfaat kesehatan dan efek fisiologis olahraga</li> </ol>	<p>7. Memberikan insulin untuk mengontrol kadar glukosa darah</p> <p><b>Intervensi Pendukung Edukasi diet</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui kemampuan pasien dan keluarga untuk menerima informasi</li> <li>2. Mengetahui tingkat pengetahuan saat ini</li> <li>3. Mengetahui kebiasaan pola makan</li> <li>4. Mengetahui persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan</li> <li>5. Mengetahui keterbatasan finansial untuk menyediakan makanan</li> <li>6. Mengetahui jadwal yang tepat untuk edukasi diet</li> <li>7. Untuk merinci makanan yang dikonsumsi</li> <li>8. Mengetahui makanan yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi</li> </ol> <p><b>Edukasi latihan fisik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Mengetahui tingkat pengetahuan pasien dan keluarga</li> <li>3. Mengetahui manfaat dari kesehatan dan efek fisiologis olahraga</li> <li>4. Mengetahui jenis latihan yang sesuai dengan pasien</li> <li>5. Mengetahui frekuensi, durasi dan intensitas latihan yang diperlukan</li> <li>6. Mengetahui cara pemanasan dan</li> </ol>
--	--	--	--	---

			<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan jenis latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan</li> <li>7. Jelaskan frekuensi, durasi, dan intensitas program latihan yang diinginkan</li> <li>8. Ajarkan Latihan pemanasan dan pendinginan yang tepat</li> <li>9. Ajarkan teknik menghindari cedera saat berolahraga</li> </ol>	<p>pendinginan secara benar</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Mengetahui teknik menghindari cedera saat berolahraga</li> </ol>
2	Gangguan pola tidur	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pola tidur meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>3. Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>4. Keluhan istirahat tidak cukup</li> </ol>	<p><b>Intervensi utama : Dukungan tidur</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis)</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</li> <li>4. Tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>5. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>6. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur</li> </ol> <p><b>Intervensi pendukung : Fototerapi gangguan mood atau tidur (I.05175)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa program medis untuk fototerapi (frekuensi, jarak, intensitas, dan durasi fototerapi)</li> <li>2. Monitor efek samping terapi (mis. sakit kepala, kelelahan mata, mual, insomnia, hiperaktif)</li> <li>3. Sediakan sumber cahaya yang sesuai untuk terapi</li> <li>4. Fasilitasi menyesuaikan sumber cahaya dalam persiapan terapi, sesuai indikasi</li> <li>5. Hentikan terapi jika mengalami efek samping</li> <li>6. Jelaskan tujuan dan prosedur fototerapi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Mengetahui faktor pengganggu saat tidur</li> <li>3. Mengetahui makanan dan minuman pengganggu tidur</li> <li>4. Memberikan jadwal tidur rutin</li> <li>5. Mengajarkan untuk menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>6. Mengajarkan untuk menghindari makanan atau minuman yang bisa mengganggu tidur</li> </ol> <p><b>Intervensi pendukung Fototerapi gangguan mood atau tidur</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui program medis untuk fototerapi</li> <li>2. Mengetahui efek samping terapi</li> <li>3. Mengetahui sumber cahaya yang sesuai dengan kebutuhan</li> <li>4. Menghindari fk samping fototerapi</li> <li>5. Mengetahui tujuan dan prosedur fototerapi</li> </ol> <p><b>Teknik music</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui minat terhadap music</li> <li>2. Mengetahui music yang disukai</li> </ol>

			<p><b>Teknik musik (I.08250)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi minat terhadap music</li> <li>2. Identifikasi musik yang disukai</li> <li>3. Pilih musik yang disukai</li> <li>4. Posisikan dalam posisi yang nyaman</li> <li>5. Batasi rangsangan eksternal selama terapi dilakukan</li> <li>6. Atur volume suara yang sesuai</li> <li>7. Berikan terapi musik sesuai indikasi</li> <li>8. Hindari pemberian terapi musik dalam waktu yang lama</li> <li>9. Hindari pemberian terapi musik saat cedera kepala akut</li> <li>10. Jelaskan tujuan dan prosedur terapi music</li> <li>11. Anjurkan rileks selama mendengarkan musik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Mengetahui posisi yang nyaman untuk pasien</li> <li>4. Untuk mengurangi rangsangan eksternal selama terapi</li> <li>5. Mengetahui efek terapi sesuai indikasi</li> </ol>
3	Defisit pengetahuan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perilaku sesuai anjuran meningkat</li> <li>2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat</li> <li>3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan</li> <li>4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun</li> <li>5. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun</li> <li>6. Perilaku membaik</li> </ol>	<p><b>Intervensi utama : Edukasi kesehatan (I.12383)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>4. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> <p><b>Intervensi pendukung : Edukasi efek samping obat (I.12371)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi</li> <li>2. Persiapan materi dan media edukasi</li> <li>3. Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya</li> <li>4. Jelaskan tujuan obat yang diberikan</li> <li>5. Jelaskan Indikasi dan kontra indikasi obat yang akan dikonsumsi</li> <li>6. Jelaskan cara kerja obat secara umum</li> </ol>	<p><b>Intervensi utama Edukasi kesehatan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui kesiapan pasien menerima informasi</li> <li>2. Memberikan materi yang mudah dimengerti</li> <li>3. Memberikan waktu yang disetujui pasien untuk diberikan materi</li> <li>4. Mengetahui pemahaman pasien terkait materi yang diberikan</li> </ol> <p><b>Intervensi pendukung Edukasi efek samping obat</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi</li> <li>2. Mengetahui tingkat pengetahuan pasien dan keluarga</li> <li>3. Mengetahui tujuan obat</li> <li>4. Mengetahui</li> </ol>



			<p>7. Jelaskan dosis, cara pakai, waktu dan lamanya pemberian obat</p> <p>8. Jelaskan tanda dan gejala bila obat yang dikonsumsi tidak cocok untuk pasien</p> <p>9. Jelaskan reaksi alergi yang mungkin timbul saat atau setelah obat dikonsumsi</p> <p><b>Edukasi nutrisi (I.12395)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa status gizi, status alergi, program diet, kebutuhan dan kemampuan pemenuhan kebutuhan gizi</li> <li>2. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>3. Jelaskan pada pasien dan keluarga alergi makanan, makanan yang harus dihindari, kebutuhan jumlah kalori, jenis makanan yang dibutuhkan pasien</li> <li>4. Ajarkan cara melaksanakan diet sesuai program (mis. makanan tinggi protein, rendah garam, rendah kalori)</li> <li>5. Jelaskan hal-hal yang dilakukan sebelum memberikan makan (mis. perawatan mulut, penggunaan gigi palsu, obat-obat yang harus diberikan sebelum makan)</li> <li>6. Demonstrasikan cara membersihkan mulut</li> <li>7. Demonstrasikan cara mengatur posisi saat makan</li> <li>8. Ajarkan pasien atau keluarga memonitor asupan kalori dan makanan (mis. menggunakan buku harian)</li> </ol>	<p>kontraindikasi obat yang dikonsumsi</p> <p><b>Edukasi nutrisi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui status gizi, alergi, program diet</li> <li>2. Mengetahui tingkat pengetahuan pasien</li> <li>3. Mengetahui alergi makanan dan minuman yang harus dihindari oleh keluarga dan pasien.</li> </ol>
--	--	--	--	---

**Tabel 10 Rencana Tindakan Keperawatan Ny.I**

No	Masalah Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasional
1	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Gangguan toleransi glukosa daerah	Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan kadar glukosa darah stabil, dengan kriteria hasil : 1. Mengantuk menurun 2. Lelah/lesu menurun 3. Mulut kering menurun 4. Rasa haus menurun 5. Kadar glukosa dalam darah membaik	<b>Intervensi utama : Manajemen Hiperglikemia (I.03115)</b> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. penyakit kambuhan) 3. Monitor kadar glukosa darah 4. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 5. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin) 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis 7. Kolaborasi pemberian insulin  <b>Intervensi pendukung : Edukasi diet (I.12369)</b> 1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi 2. Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini 3. Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu 4. Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan 5. Identifikasi keterbatasan finansial untuk menyediakan makanan 6. Persiapkan materi, media dan alat peraga 7. Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan 8. Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya 9. Sediakan rencana makanan tertulis, Jika perlu 10. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan	<b>Manajemen Hiperglikemia</b> 1. Mengetahui kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Mengetahui situasi penyebab kebutuhan insulin meningkat 3. Memantau kadar glukosa darah 4. Memenuhi kebutuhan cairan melalui oral 5. Mengajarkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri 6. Mengajarkan cara penggunaan insulin 7. Memberikan insulin untuk mengontrol kadar glukosa darah  <b>Intervensi Pendukung Edukasi diet</b> 1. Mengetahui kemampuan pasien dan keluarga untuk menerima informasi 2. Mengetahui tingkat pengetahuan saat ini 3. Mengetahui kebiasaan pola makan 4. Mengetahui persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan 5. Mengetahui keterbatasan finansial untuk menyediakan makanan 6. Mengetahui jadwal yang tepat untuk edukasi diet 7. Untuk merinci makanan yang dikonsumsi 8. Mengetahui makanan yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi  <b>Edukasi latihan fisik</b> 1. Mengetahui kesiapan dan kemampuan

			<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang</li> <li>12. Informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, Jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi latihan fisik (I.12389)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>4. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>5. Jelaskan manfaat kesehatan dan efek fisiologis olahraga</li> <li>6. Jelaskan jenis latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan</li> <li>7. Jelaskan frekuensi, durasi, dan intensitas program latihan yang diinginkan</li> <li>8. Ajarkan Latihan pemanasan dan pendinginan yang tepat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>menerima informasi</li> <li>2. Mengetahui tingkat pengetahuan pasien dan keluarga</li> <li>3. Mengetahui manfaat dari kesehatan dan efek fisiologis olahraga</li> <li>4. Mengetahui jenis latihan yang sesuai dengan pasien</li> <li>5. Mengetahui frekuensi, durasi dan intensitas latihan yang diperlukan</li> <li>6. Mengetahui cara pemanasan dan pendinginan secara benar</li> <li>7. Mengetahui teknik menghindari cedera saat berolahraga</li> </ol>
2	Gangguan pola tidur	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pola tidur meningkat, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>3. Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>4. Keluhan istirahat tidak cukup</li> </ol>	<p><b>Intervensi utama : Dukungan tidur</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis)</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</li> <li>4. Tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>5. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>6. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Mengetahui faktor pengganggu saat tidur</li> <li>3. Mengetahui makanan dan minuman pengganggu tidur</li> <li>4. Memberikan jadwal tidur rutin</li> <li>5. Mengajarkan untuk menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>6. Mengajarkan untuk menghindari makanan atau minuman yang bisa mengganggu tidur</li> </ol>

			<p><b>Intervensi pendukung : Fototerapi gangguan mood atau tidur (I.05175)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa program medis untuk fototerapi (frekuensi, jarak, intensitas, dan durasi fototerapi)</li> <li>2. Monitor efek samping terapi (mis. sakit kepala, kelelahan mata, mual, insomnia, hiperaktif)</li> <li>3. Sediakan sumber cahaya yang sesuai untuk terapi</li> <li>4. Fasilitasi menyesuaikan sumber cahaya dalam persiapan terapi, sesuai indikasi</li> <li>5. Hentikan terapi jika mengalami efek samping</li> <li>6. Modifikasi terapi untuk menurunkan efek samping, sesuai indikasi</li> <li>7. Jelaskan tujuan dan prosedur fototerapi</li> </ol> <p><b>Teknik musik (I.08250)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi minat terhadap music</li> <li>2. Identifikasi musik yang disukai</li> <li>3. Pilih musik yang disukai</li> <li>4. Posisikan dalam posisi yang nyaman</li> <li>5. Batasi rangsangan eksternal selama terapi dilakukan (mis. lampu, suara, pengunjung, panggilan telepon)</li> <li>6. Atur volume suara yang sesuai</li> <li>7. Berikan terapi musik sesuai indikasi</li> </ol>	<p><b>Intervensi pendukung Fototerapi gangguan mood atau tidur</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui program medis untuk fototerapi</li> <li>2. Mengetahui efek samping terapi</li> <li>3. Mengetahui sumber cahaya yang sesuai dengan kebutuhan</li> <li>4. Menghindari fk samping fototerapi</li> <li>5. Mengetahui tujuan dan prosedur fototerapi</li> </ol> <p><b>Teknik music</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui minat terhadap music</li> <li>2. Mengetahui music yang disukai</li> <li>3. Mengetahui posisi yang nyaman untuk pasien</li> <li>4. Untuk mengurangi rangsangan eksternal selama terapi</li> <li>5. Mengetahui efek terapi sesuai indikasi</li> </ol>
3	Defisit pengetahuan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perilaku sesuai anjuran meningkat</li> <li>2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat</li> <li>3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan</li> <li>4. Pertanyaan tentang</li> </ol>	<p><b>Intervensi utama : Edukasi kesehatan (I.12383)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>4. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol>	<p><b>Intervensi utama Edukasi kesehatan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui kesiapan pasien menerima informasi</li> <li>2. Memberikan materi yang mudah dimengerti</li> <li>3. Memberikan waktu yang disetujui pasien untuk diberikan materi</li> <li>4. Mengetahui pemahaman pasien terkait materi yang diberikan</li> </ol>

		<p>masalah yang dihadapi menurun</p> <p>5. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun</p> <p>6. Perilaku membaik</p>	<p><b>Intervensi pendukung : Edukasi efek samping obat (I.12371)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi</li> <li>2. Persiapan materi dan media edukasi</li> <li>3. Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga</li> <li>4. Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya</li> <li>5. Jelaskan tujuan obat yang diberikan</li> <li>6. Jelaskan Indikasi dan kontra indikasi obat yang akan dikonsumsi</li> <li>7. Jelaskan cara kerja obat secara umum</li> <li>8. Jelaskan dosis, cara pakai, waktu dan lamanya pemberian obat</li> <li>9. Jelaskan reaksi alergi yang mungkin timbul saat atau setelah obat dikonsumsi</li> <li>10. Ajarkan cara mengatasi reaksi obat yang tidak diinginkan</li> </ol> <p><b>Edukasi nutrisi (I.12395)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa status gizi, status alergi, program diet, kebutuhan dan kemampuan pemenuhan kebutuhan gizi</li> <li>2. Identifikasi kemampuan dan waktu yang tepat menerima informasi dari</li> <li>3. Persiapkan materi dan media seperti jenis-jenis nutrisi, tabal makanan penunjang, cara mengelola cara menakar makanan</li> <li>4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>5. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>6. Jelaskan pada pasien dan keluarga alergi makanan, makanan yang harus dihindari, kebutuhan</li> </ol>	<p><b>Intervensi pendukung Edukasi efek samping obat</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi</li> <li>2. Mengetahui tingkat pengetahuan pasien dan keluarga</li> <li>3. Mengetahui tujuan obat</li> <li>4. Mengetahui kontraindikasi obat yang dikonsumsi</li> </ol> <p><b>Edukasi nutrisi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui status gizi, alergi, program diet</li> <li>2. Mengetahui tingkat pengetahuan pasien Mengetahui alergi makanan dan minuman yang harus dihindari oleh keluarga dan pasien.</li> </ol>
--	--	---	--	---

			jumlah kalori, jenis makanan yang dibutuhkan pasien	
			7. Ajarkan cara melaksanakan diet sesuai program (mis. makanan tinggi protein, rendah garam, rendah kalori)	
			8. Jelaskan hal-hal yang dilakukan sebelum memberikan makan	

#### 4. Implementasi dan Evaluasi

Setelah menyusun tindakan keperawatan maka penulis akan melakukan implementasi keperawatan dan akan mengevaluasi subyek asuhan yang telah diberikan tindakan keperawatan oleh penulis.

**Tabel 11 Implementasi dan Evaluasi Ny.S**

No	Waktu	Implementasi	Evaluasi (SOAP)
	Senin 09 Januari 2023		Senin, 09 Januari 2023 13.00 Wib Subjektif :
	1. 10.45 Wib	1. Melakukan pengkajian kemungkinan penyebab hiperglikemia	1. Pasien mengatakan badannya lemas
	2. 10.55 Wib	2. Melakukan identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat.	2. Pasien mengatakan selalu merasa kehausan
	3. 11.00 Wib	3. Melakukan identifikasi pola aktivitas dan tidur	3. Pasien mengatakan tidurnya tidak puas
	4. 11.10 Wib	4. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur	4. Pasien mengatakan sering terjaga saat malam hari
	5. 11.15 wib	5. Melakukan tanya jawab kesiapan dan kemampuan menerima informasi	5. Pasien mengatakan belum tahu tentang penyakitnya dan baru pertama kali merasakan lemas seperti ini.
			Objektif 1. Kesadaran pasien Composmentis 2. Bibir pasien terlihat kering 3. Hasil Gula Darah Sewaktu pasien 325 mg/dl 4. Pasien tampak selalu mengantuk

			<p>5. Pasien selalu menyakan perihai sakit yang diderita</p> <p>6. Pasien sudah diberikan captopril 12,5 mg/8 jam secara oral</p> <p>7. Pasien diberikan novorapid 25ui/8jam secara IM</p> <p>8. TTV TD : 170/100 mmHg Nadi : 98x/menit RR :27x/menit SPO2 : 99%</p> <p>Assesment</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah</li> <li>2. Gangguan pola tidur</li> <li>3. Defisit pengetahuan</li> </ol> <p>Planning</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kadar glukosa darah</li> <li>2. Kolaborasi dalam pemberian insulin</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur</li> <li>4. Tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>5. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> </ol>
	<p>Selasa 10 Januari 2023</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 08.00 Wib</li> <li>2. 08.15 Wib</li> <li>3. 08.25 Wib</li> <li>4. 09.00 Wib</li> <li>5. 10.00 Wib</li> <li>6. 10.30 Wib</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan monitor kadar glukosa darah</li> <li>2. Berkolaborasi dalam pemberian insulin</li> <li>3. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur</li> <li>4. Menetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>5. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> </ol>	<p>Selasa 10 Januari 2023</p> <p>15.00 Wib</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan setelah diberikan insulin badannya terasa lebih segar</li> <li>2. Pasien mengatakan mengerti tentang jadwal tidurnya</li> <li>3. Pasien mengatakan akan mematuhi jadwal yang telah dibuat</li> <li>4. Pasien mengatakan tidur pukul 01.00 wib dan terbangun pukul 05.00 Wib</li> </ol>

			<p>5. Pasien mengatakan mengerti dengan materi yang telah diberikan</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesadaran pasien composmentis</li> <li>2. Pasien tampak lebih segar setelah diberikan insulin</li> <li>3. Pasien terpasang infus RL 20 tetes permenit</li> <li>4. Hasil gula darah sewaktu pasien 285 mg/dl</li> <li>5. Pasien terlihat mengantuk</li> <li>6. TTV pasien TD : 140/97 mmHg Nadi : 87x/menit Respirasi :26x/menit SPO2 : 99%</li> </ol> <p>Assessment</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah</li> <li>2. Gangguan pola tidur</li> <li>3. Defisit pengetahuan tentang Diabetes mellitus teratasi</li> </ol> <p>Planning</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</li> <li>2. Ajarkan cara pengelolaan diabete ( penggunaan insulin)</li> <li>3. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>4. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur</li> <li>5. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>6. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol>



	<p>Rabu 11 Januari 2023</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 08.00 Wib</li> <li>2. 08.10 Wib</li> <li>3. 09.00 Wib</li> <li>4. 09.10 Wib</li> <li>5. 10.00 Wib</li> <li>6. 10.15 Wib</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</li> <li>2. Mengajarkan cara pengelolaan diabetes ( penggunaan insulin)</li> <li>3. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>4. Menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur</li> <li>5. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>6. Memberikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol>	<p>Rabu 11 Januari 2023 14.00 Wib</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan badannya terasa segar</li> <li>2. Pasien mengatakan memiliki alat untuk mengecek gula darah dirumah</li> <li>3. Pasien mengatakan mengerti cara menggunakan insulin</li> <li>4. Pasien mengatakan semalam sudah menepati jadwal tidur yang telah disepakati</li> <li>5. Pasien mengatakan sudah tidak makan atau minum menjelang tidur</li> <li>6. Pasien mengatakan paham dengan materi yang telah disampaikan</li> </ol> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesadaran pasien composmentis</li> <li>2. Pasien terpasang infus RL 20 tetes permenit</li> <li>3. Hasil gula darah sewaktu pasien 198 mg/dl</li> <li>4. TTV TD : 130/90 mmHg Nadi : 89x/menit Respirasi : 26x/menit SPO2 : 98%</li> </ol> <p>Assessment</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi</li> <li>2. Gangguan pola tidur teratasi sebagian</li> <li>3. Defisit pengetahuan teratasi</li> </ol> <p>Planning</p> <p>- Rawat jalan dan konsumsi obat</p>
--	--	--	---

Tabel 12 Implementasi dan Evaluasi Ny.I

No	Waktu	Implementasi	Evaluasi (SOAP)
	Senin 09 Januari 2023		Senin, 09 Januari 2023
	1. 11.30 Wib	1. Melakukan pengkajian kemungkinan penyebab hiperglikemia	13.45 Wib Subjektif 1. Pasien mengatakan badannya terasa kebas
	2. 11.45 Wib	2. Melakukan identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat.	2. Pasien mengatakan badannya kebas sejak 1 hari sebelum masuk RS 3. Pasien mengatakan merasa lemas
	3. 11.55 Wib	3. Melakukan identifikasi pola aktivitas dan tidur	4. pasien mengatakan aktivitasnya terganggu dikarenakan mengantuk
	4. 12.00 Wib	4. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur	5. pasien mengatakan sebelum tidur biasanya menonton hingga ketiduran
	5. 12.10 Wib	5. Melakukan tanya jawab kesiapan dan kemampuan menerima informasi	6. pasien mengatakan tidak tahu jika ia terkena diabetes mellitus
			Objektif 1. kesadaran pasien composmentis 2. pasien terlihat memijat-mijat badannya yang terasa kebas 3. pasien terlihat lemas 4. pasien terlihat selalu mengantuk 5. pasien terlihat tidak bersemangat dikarenakan mengantuk 6. pasien terpasang infus RL 20 tetes permenit 7. hasil GDS pasien 375 mg/dl 8. TTV TD : 164/109 mmHg Nadi : 87x/menit RR : 21x/ permenit SPO2 : 98%
			Assessment 1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah 2. Gangguan pola tidur 3. Defisit pengetahuan

			<p>Planning</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kadar glukosa darah</li> <li>2. Kolaborasi dalam pemberian insulin</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur</li> <li>4. Tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>5. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> </ol>
	<p>Selasa 10 Januari 2023</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 13.00 Wib</li> <li>2. 13.15 Wib</li> <li>3. 13.30 Wib</li> <li>4. 13.45 Wib</li> <li>5. 14.00 Wib</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan monitor kadar glukosa darah</li> <li>2. Berkolaborasi dalam pemberian insulin</li> <li>3. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur</li> <li>4. Menetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>5. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> </ol>	<p>Selasa 10 Januari 2023 15.30 Wib</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan setelah diberi insulin tubuhnya terasa segar</li> <li>2. Pasien mengatakan terbiasa mengkonsumsi kopi sebelum tidur</li> <li>3. Pasien mengatakan semalam tidur jam 01.00 Wib dan terbangun jam 04.00 Wib</li> <li>4. Pasien mengatakan akan mengikuti jadwal yang telah disepakati</li> <li>5. Pasien mengatakan akan mendengarkan materi yang disampaikan dengan seksama bersama suaminya</li> </ol> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesadaran pasien composmentis</li> <li>2. Pasien tampak lebih segar</li> <li>3. Pasien tampak masih mengantuk</li> <li>4. GDS pasien 295 mg/dl</li> <li>5. TTV TD : 145/98 mmHg Nadi : 89x/menit RR : 20x/menit SPO2 : 99%</li> </ol> <p>Assessment</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah</li> <li>2. Gangguan pola tidur</li> </ol>

			<p>3. Defisit pengetahuan</p> <p>Planning</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</li> <li>2. Ajarkan cara pengelolaan diabetes ( penggunaan insulin)</li> <li>3. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>4. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur</li> <li>5. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>6. Memberikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol>
	<p>Rabu 11 Januari 2023</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 10.00 Wib</li> <li>2. 10.10 Wib</li> <li>3. 10.30 Wib</li> <li>4. 10.40 Wib</li> <li>5. 10.45 Wib</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</li> <li>2. Mengajarkan cara pengelolaan diabetes ( penggunaan insulin)</li> <li>3. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>4. Menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur</li> <li>5. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>6. Memberikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol>	<p>Rabu, 11 Januari 2023 14.45 Wib</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan terasa lebih segar</li> <li>2. Pasien mengatakan sudah mulai mengurangi konsumsi kopi</li> <li>3. Pasien mengatakan semalam tidur ukul 22.00 dan terbangun pukul 03.00</li> <li>4. Pasien mengatakan mengerti tentang penggunaan insulin</li> <li>5. Pasien mengatakan memahami tentang diabetes mellitus</li> </ol> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lebih segar</li> <li>2. Hasil GDS pasien 195 mg/dl</li> <li>3. TTV TD : 135/90 mmHg Nadi : 80x/ menit RR : 22x/menit SPO2 : 99%</li> </ol>

			<p>Assessment</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</li><li>2. Gangguan pola tidur teratasi sebagian</li><li>3. Defisit pengetahuan teratasi</li></ol> <p>Planning</p> <p>Pasien rawat jalan dan tetap menjaga pola asupan agar dapat mengontrol kadar glukosa dalam darah</p>
--	--	--	---

## **B. Pembahasan**

Pada pembahasan ini penulis akan menguraikan pembahasan kasus pada pasien diabetes mellitus dengan gangguan kebutuhan nutrisi dengan tinjauan kepustakaan yang ada. Pengamatan kasus ini merupakan kenyataan yang terjadi pada pasien Diabetes Melitus dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Ruang Kelas 1 Rumah Sakit Bhayangkara Polda Lampung Provinsi Lampung.

### **1. Pengkajian**

Berdasarkan data yang diperoleh oleh penulis dari subyek asuhan merupakan pasien dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus dengan keluhan utama sering merasa kelelahan. Hasil pemeriksaan fisik pada subyek asuhan Ny.S antara lain, pasien Tampak lemah, kesadaran composmentis, tanda-tanda vital Tekanan darah : 170/100 mmHg, Nadi 98x/menit, Respirasi 27x/menit, SPO2 99% Gula Darah Sewaktu 325 md/dl dan suhu 36,6<sup>0</sup>c. Pasien mengatakan sering terjaga saat malam hari dan susah untuk tidur, pasien juga mengatakan tidak mengetahui tentang diabetes mellitus.

Berdasarkan data yang di peroleh oleh penulis dari subyek asuhan merupakan pasien dengan diagnosa medis Diabetes Melitus dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah dengan keluhan badan terasa lemas dan kebas. Hasil pemeriksaan fisik pada subyek asuhan Ny.I antara lain, pasien merasa badan kebas kesemutan dan terasa lemas. kesadaran composmentis, tanda-tanda vital Tekanan darah : 164/109 mmHg, 87x/menit, 21x/menit, 98%, 375 mg/dl, dan suhu 36,5<sup>0</sup>c . Pasien mengatakan sering terjaga saat malam hari dan susah untuk tidur, pasien juga mengatakan tidak mengetahui tentang diabetes mellitus.

Pada subyek asuhan menunjukkan adanya perbedaan hasil pada pemeriksaan Gula Darah Sewaktu dan Tanda-tanda vital pada asuhan keperawatan ini semakin menguatkan data untuk menegakkan Ketidakstabilan kadar Glukosa Darah dengan teori Kurniawati(2022).

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan data yang di peroleh penulis bahwa diagnosa yang muncul pada subyek asuhan Ny.S adalah ketidakstabilan kadar gula darah, Masalah dalam kasus tersebut ditandai dengan tingginya kadar glukosa darah pasien yaitu 325 mg/dl, pasien mengatakan merasa lelah keinginan untuk minum meningkat dan bibirnya terasa kering dan bibir pasien tampak kering

Berdasarkan data yang di peroleh penulis bahwa diagnosa yang muncul pada subyek asuhan Ny.I adalah ketidakstabilan kadar gula darah, Masalah dalam kasus tersebut ditandai dengan tingginya kadar glukosa darah pasien yaitu 375 mg/dl, Pasien mengatakan badannya terasa kebas dan lemas, keinginan untuk minum meningkat dan Bibir pasien tampak kering.

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan yang dilakukan oleh Kurniawati (2022). Pada pasien dengan diabetes melitus ditemukan diagnosis yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi darah, hal ini sesuai dengan hasil pengkajian yang telah dilakukan pada Ny.S dan Ny.I mengeluh badan terasa kebas dan lemas, keinginan untuk minum meningkat, bibir tampak kering, hasil pemeriksaan gula darah sewaktu Ny.S 325 mg/dl dan untuk Ny.I 375 mg/dl.

## **3. Intervensi Keperawatan**

Berdasarkan data diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan, pada tahap ini penulis akan membahas keterkaitan antara perencanaan yang dibuat kepada Ny.S dengan teori yang dipakai. Perencanaan asuhan keperawatan berdasarkan SIKI (2017) yang dilakukan pada masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah pada kedua subjek : 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. penyakit kambuhan), 3. Monitor kadar glukosa darah, 4. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri,

5. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin), 6. Kolaborasi pemberian insulin

Berdasarkan hasil asuhan keperawatan oleh Kurniawati (2022). dengan diagnose Ketidakstabilan kadar glukosa darah pada pasien diabetes mellitus merencanakan monitor kadar glukosa darah, edukasi kesehatan tentang diet diabetes mellitus, hal ini sesuai dengan rencana yang akan dilakukan terhadap Ny.S dan Ny.I yaitu monitor kadar glukosa darah, dan ada perbedaan pada rencana keperawatan yaitu edukasi kesehatan untuk Ny.S dan Ny.I berisi tentang pengelolaan diabetes mellitus yaitu cara penggunaan insulin.

#### **4. Implementasi**

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri (independen) adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain. (Tarwoto & Wartonah, 2021)

Implementasi keperawatan yang penulis lakukan kepada pasien Ny.S dan Ny.I tanggal 09 sampai 11 Januari 2023, Sebelum melakukan asuhan keperawatan gula darah sewaktu Ny.S 325 mg/dl. Setelah itu penulis melakukan implementasi dengan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya hiperglikemia, memonitor kadar glukosa darah. Setelah itu penulis melakukan tindakan pemberian insulin setelah makan

Implementasi yang penulis lakukan pada Ny.I tanggal 09 sampai 11 Januari 2023. Sebelum melakukan asuhan keperawatan Gula darah sewaktu Ny.I 375mg/dl setelah itu penulis melakukan implementasi dengan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya hiperglikemia, memonitor kadar glukosa darah. Setelah itu penulis melakukan tindakan



pemberian insulin setelah makan untuk mengurangi kadar glukosa darahnya.

Implementasi yang dilakukan oleh Kurniawati (2022) yaitu menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, penatalaksanaan diabetes mellitus, menjelaskan pengertian diet, makanan yang dihindari, makanan yang dianjurkan, perumusan diet 3 J serta pemberian insulin setelah makan dan dilakukan pengecekan. Terdapat perbedaan Implementasi pada Ny.S dan Ny.I dengan asuhan keperawatan oleh Kurniawati yaitu pada edukasi kesehatan yang diberikan sementara untuk persamaan pada asuhan keperawatan oleh Kurniawati (2022) dengan penulisi yaitu berupa monitor kadar glukosa darah dan pemberian insulin setelah makan pada pasien

## **5. Evaluasi**

Pada Ny.S diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darahnya mulai membaik dan berangsur stabil dengan hasil pemeriksaan Gula darah sewaktu sebelum dilakukan asuhan keperawatan 325 mg/dl menjadi 171 mg/dl pada hari ketiga asuhan.

Pada Ny.I diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darahnya mulai membaik dengan hasil pemeriksaan Gula darah sewaktu sebelum dilakukan asuhan keperawatan 375 mg/dl menjadi 187 mg/dl pada hari ketiga asuhan.

Hasil evaluasi oleh Kurniawati (2022) pada pasien diabetes mellitus yaitu kadar glukosa pada pasien membaik dengan hasil pemeriksaan gula darah sewaktu sebelum dilakukan asuhan keperawatan 337 mg/dl menjadi 198 mg/dl pada hari ketiga asuhan.

Hasil evaluasi penulis dengan Kurniawati (2022) berangsur membaik setelah diberikan insulin setelah makan dan diberikan pengetahuan tentang diabetes mellitus yang banyak orang lain belum mengerti, seperti cara pengelolaan insulin.