

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Pengkajian

Pasien dengan inisial Ny.H nomor RM 335510 berusia 45 tahun, beragama islam pekerjaan IRT datang ke IGD RSUD Syekh Yusuf Gowa pada tanggal 22 Maret 2024 pukul 10:15 WITA. Pasien mengeluh nyeri pada kaki sebelah kiri, dikarenakan kadar glukosa tidak stabil, sejak 1 bulan yang lalu. Nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk, skala 6 dengan durasi kurang lebih 10 menit, pasien mengatakan nyeri bertambah ketika ditekan dan saat beraktivitas kemudian nyeri berkurang ketika pasien berbaring. Pasien tampak meringis, gelisah, terdapat luka pada kaki sebelah kiri, tampak ulkus pada punggung kaki kiri, jari III, jari IV, dan tampak nekrotik. Dari hasil tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah : 104/66mmHg, nadi : 101x/menit, suhu : 36,2°C, pernafasan : 20x/menit, SpO₂ : 99%

Perawat melakukan pengkajian primer terlebih dahulu meliputi pemeriksaan airway, breathing, circulation, distability, exposure, folley kateter, gastric tube dan heart monitor yang didapatkan hasil tidak ditemukan masalah. Dengan hasil pemeriksaan airway jalan nafas paten dan tidak terdapat obstruksi baik melalui lidah, cairan, benda asing, maupun sputum. Pemeriksaan breathing didapatkan hasil pengkajian gerakan dada simetris, irama nafas normal, pola nafas teratur, otot bantu nafas tidak ada, sesak nafas tidak ada, jejas tidak ada, deviasi trakea tidak ada, distensi vena jugularis tidak ada. Pemeriksaan circulation akral teraba hangat, tidak mengalami perdarahan, nadi teraba normal dengan frekuensi 101x/menit, CRT < 2 detik, tidak ada sianosis. Pemeriksaan disability dari hasil observasi respon pasien menggunakan verbal, kesadaran compos mentis dengan nilai GCS 15 (E4V5M6), refleks cahaya ada, pupil isokor dengan diameter 2mm. Pemeriksaan exposure

tidak menemukan masalah. Berdasarkan hasil pengkajian pasien tidak mengalami deformitas, contusio, abrasi, panetrasi, laserasi, edema maupun keluhan lainnya. Pemeriksaa folley kateter tidak ditemukan masalah dikarenakan pasien tidak terpasang kateter. Pemeriksaan gastric tube tidak ditemukan masalah dikarenakan pasien tidak terpasang NGT. Pemeriksaan monitor tidak mengancam nyawa pasien dengan hasil SpO₂: 99%.

Selanjutnya dilakukan pengkajian sekunder, perawat melakukan anamnesa terlebih dahulu dimana perawat mengkaji riwayat penyakit pasien saat ini ditemukan hasil, pasien mengeluh nyeri sudah 1 bulan pada area kaki kiri disertai luka, pasien mengeluh dikarenakan kadar glukosa tidak stabil, pasien mengeluh pusing, penglihatan kabur sejak 2 hari yang lalu dan pasien merasa lemas serta pasien mengatakan bahwa sering merasa haus dan buang air kecil terutama pada malam hari. Pasien mengatakan, pasien kerumah sakit ketika keluhan nyeri nya sudah terasa berat. Pasien mengungkapkan sudah menderita penyakit Diabetes Mellitus sejak 3 bulan yang lalu dan telah dilakukan pemeriksaan GDS dengan hasil 331 mg/dL. Setelah itu, dilakukan pengkajian trauma melalui pemeriksaan AMPLE meliputi *Allergies* pada pasien tidak ada, *Medication* dari hasil pengkajian pasien pernah masuk rumah sakit 2 bulan yang lalu melakukan operasi potong jari tengah sebelah kanan, *Past Medical History* didapatkan pasien memiliki riwayat penyakit Dibaetes Mellitus, *Last Meals* dari pengkajian yang didapatkan pasien mengatakan makan terakhir pada pukul 09:00 sebelum ke rumah sakit dan *Events* dari hasil observasi tidak ketahui apa peristiwa penyebabnya. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan *Provoking* nyeri ketika beraktivitas, *Quality* tertusuk-tusuk, *Region* nyeri pada kaki sebelah kiri, *Severity* dengan skala 6, *Time* dirasakan secara terus menerus.

Pada pemeriksaan fisik tidak menemukan masalah pada pasien meliputi rambut, wajah, mata, hidung, telinga, mulut, leher, dada, abdomen, pelvis dan ekstermitas atas. Kecuali pada ekstermitas bawah

dari hasil observasi terdapat ulkus diabetik pada punggung kaki sebelah kiri, jari III dan IV dengan berwarna kehitaman, serta dari hasil palpasi terdapat nyeri tekan.

Pemeriksaan diagnostik telah dilakukan pasien dengan foto rontgen pada kaki sebelah kiri pada pukul 11:14, dari hasil pemeriksaan didapatkan tidak tampak destruksi tulang, celah-celah sendi baik, diffuse soft tissue swelling pedis dengan gas formation cukup banyak, bentuk tampak linear di subcutan area sisi medial pdis dengan kesan *cellulitis + suspect necrotizing fasciitis*.



Gambar 3.1 Foto Rontgen

Pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan pada pasien, didapatkan hasil WBC $17.6 \times 10^3/\mu\text{L}$ meningkat, Neutrophil# $13.74 \times 10^3/\mu\text{L}$ meningkat, Neutrophil% 80.6 % meningkat, Lymphocyte% 13.4 % menurun, RBC $2.37 \times 10^6/\mu\text{L}$ menurun, Haemoglobin 6.5 g/dL menurun, HCT 21.0 % menurun, MCHC 27.2 pg menurun, Platelet $499 \times 10^3/\mu\text{L}$ meningkat, PCT 0.414 % meningkat, dan Gula darah sewaktu 331 mg/dL meningkat.

Hasil pengkajian yang telah dilakukan pada Ny.H saat awal masuk IGD menempatkan pasien pada triage kuning yang telah disediakan lalu dipindahkan pada ruangan tindakan sehingga pasien mengalami Diabetes Mellitus akan diberikan intervensi utama manajemen hiperglikemia.

2. Analisa Data

Berdasarkan dari hasil pengkajian yang didapatkan, penulis menyusun analisa data untuk menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan kasus. Data yang pertama didapatkan pada subjektif pasien mengeluh nyeri sudah 1 bulan pada kaki sebelah kiri, penglihatan kabur sejak 2 hari yang lalu, memiliki riwayat penyakit Diabetes mellitus sejak setahun yang lalu dan pada data objektif didapatkan hasil GDS : 331 mg/dL, terdapat luka pada kaki sebelah kiri, pasien tampak lesu, mulut tampak kering sehingga menegakkan diagnosa keperawatan adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah.

Data yang kedua didapatkan pada data subjektif pasien mengeluh nyeri pada kaki sebelah kiri, pasien mengatakan nyeri bertambah ketika ditekan dan saat beraktivitas, kualitas nyeri seperti tertusuk pada area kaki sebelah kiri dengan skala 6 secara terus menerus dan pada data objektif didapatkan pasien tampak meringis, gelisah, terdapat luka pada kaki sebelah kiri, tampak ulser pada punggung kaki, jari III, jari IV dan nekrotik sehingga diagnosa keperawatan yang diangkat adalah nyeri akut.

Selanjutnya data yang ketiga didapatkan pada data objektif pasien nampak memiliki ulkus diabetik pada punggung kaki sebelah kiri, jari III dan IV sehingga diagnosa keperawatannya adalah gangguan integritas kulit dan jaringan.

3. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa data diatas, terdapat 3 masalah keperawatan yang muncul dan disusun berdasarkan prioritas masalah keperawatan.

Diagnosa keperawatan yang pertama yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027) berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan pasien tampak lesu dan hasil GDS 331 mg/dL.

Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengeluh nyeri dan nyeri yang dirasakan bertambah ketika beraktivitas,

nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk pada kaki sebelah kiri dengan skala 6 secara terus menerus.

Diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu gangguan integritas kulit/jaringan (D.0192) berhubungan dengan Neuropati perifer ditandai dengan kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

4. Intervensi Keperawatan

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

Tujuan pada intervensi keperawatan tersebut, setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan luaran ketidakstabilan kadar glukosa darah (L.05022) membaik dengan kriteria hasil pusing menurun, lelah / lesu menurun, mulut kering menurun, rasa haus menurun, dan kadar glukosa dalam darah membaik

Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah manajemen hiperglikemia (I.003115) meliputi identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, berikan asupan cairan oral, ajarkan pengelolaan diabetes dan kolaborasi pemberian insulin.

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Tujuan pada intervensi keperawatan tersebut, setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan luaran tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, dan gelisah menurun

Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah manajemen nyeri (I.08238) meliputi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi kualitas intensitas nyeri, skala nyeri, respon nyeri non verbal dan faktor yang memperberat maupun memperingan nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri, strategi meredakan nyeri, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, serta berkolaborasi pemberian analgetik.

c. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer

Tujuan pada intervensi keperawatan tersebut, setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan luaran integritas kulit dan jaringan (L.14125) meningkat dengan kriteria kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun, dan nekrosis menurun.

Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah perawatan luka (I.14564) meliputi monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau), bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksis, bersihkan jaringan nekrotik, pasang balutan sesuai jeis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, jelaskan tanda dan gejala infeksi.

5. Implementasi Keperawatan

Setelah menetapkan intervensi yang akan diberikan kepada pasien, penulis melakukan implementasi pada diagnosa pertama dengan intervensi keperawatan yaitu manajemen hiperglikemia meliputi pada pukul 13:30 dilakukan mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia dengan hasil yang didapatkan pasien mengatakan sering merasa haus dan buang air kecil terutama pada malam hari, pukul 13:40 memonitor kadar glukosa darah dengan hasil yang didapatkan GDS 282 mg/dL, pukul 13:45 memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil yang didapatkan pasien mengatakan penglihatan kabur sejak 2 hari yang lalu, merasa pusing dan lemas, pukul 13:55 memberikan asupan cairan oral dengan hasil pasien mengatakan sudah minum air putih sebanyak 4 gelas atau $\pm$ 100ml, pukul 14:05 mengajarkan pengelolaan diabetes (penggunaan insulin) dengan hasil pasien mengatakan akan berusaha mengelola diabetes dengan lebih rutin menggunakan obat insulin, berkolaborasi pemberian insulin dengan hasil diberikan insulin novorapid 8iu subcutan, dan pada pukul 10:30 berkolaborasi pemberian cairan IV dengan hasil diberikan cairan RL 28tpm.

Implementasi pada diagnosa kedua yaitu manajemen nyeri meliputi pada pukul 14:00 mengidentifikasi lokasi nyeri pada kaki sebelah kiri ketika beraktivitas, seperti ditusuk-tusuk dengan durasi secara terus menerus, pukul 14:10 mengidentifikasi skala nyeri 6, pukul 14:15 mengidentifikasi respon nyeri non-verbal yang ditunjukkan pasien tampak meringis dan gelisah, pukul 14:25 mengidentifikasi faktor yang meningkatkan nyeri ketika pasien bergerak dan faktor mengurangi nyeri ketika pasien beristirahat, pukul 14:35 memberikan teknik nonfarmakologi dengan instruksi teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri, pukul 14:45 memfasilitas istirahat dan tidur dengan hasil pasien tampak beristirahat dengan tenang di bed, pukul 14:50 pasien tampak memahami penjelasan yang diberikan terkait penyebab dan periode pemicu nyeri oleh perawat, pukul 15:00 memberikan penjelasan metode meredakan nyeri dan hasil yang dilihat pasien tampak memahami metode relaksasi nafas dalam untuk meredakan nyeri, pukul 15:10 mengajarkan teknik nonfarmakologis dengan hasil pasien tampak mampu melakukannya, dan pada pukul 11:00 melakukan kolaborasi pemberian analgetik yaitu ketorolac 1mg dengan durasi setiap 8jam

Implementasi pada diagnosa ketiga yaitu perawatan luka meliputi pada pukul 14:00 memonitor karakteristik luka dengan hasil terdapat ulkus diabetic pada punggung kaki sebelah kiri, jari III, dan IV, berwarna kehitaman serta berbau khas luka Diabetes Mellitus, pukul 14:20 membersihkan luka dengan cairan natrium klorida, pukul 14:30 membersihkan jaringan nekrotik, pukul 14:40 memasang balutan kassa pada luka diabetes mellitus pasien, pukul 14:50 mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka sesuai dengan standar operasional prosedur, serta pada pukul 15:00 menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada pasien sehingga hasil yang didapatkan pasien tampak paham terhadap penjelasan tanda dan gejala infeksi.

6. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi pada diagnosa pertama ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin didapatkan hasil GDS 331 mg/dL

Pre-Evaluasi	Implementasi	Post-Evaluasi
Pasien mengungkapkan bahwa sering mengalami haus dan buang air kecil, terutama pada malam hari	Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia	Pasien mengatakan masih sering merasa haus, dan buang air kecil
GDS 331 mg/dL	Memonitor kadar glukosa darah	GDS 282 mg/dL
Pasien mengatakan penglihatan kabur sejak 2 hari yang lalu, pusing dan lemas	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia	Pasien mengatakan penglihatan masih tampak kabur sejak 2 hari yang lalu, pusing dan lemas
Pasien mengungkapkan sudah minum air putih sebanyak 2 gelas	Memberikan asupan cairan oral	Pasien mengatakan sudah minum air putih sebanyak 4 gelas atau $\pm$ 100ml
Pasien mengatakan tidak tahu cara pengelolaann diabetes	Mengajarkan pengelolaann diabetes	Pasien mengatakan akan berusaha mengelola diabetes dengan lebih rutin menggunakan obat insulin
Pasien datang ke IGD belum diberikan obat	Berkolaborasi pemberian insulin	Pasien diberikan Insulin Novorapid

Insulin		dengan 8 μ subcutan
Pasien datang ke IGD dengan keadaan lesuh dan tidak terpasang infus	Berkolaborasi pemberian cairan IV	Pasien dipasangkan akses IV dengan cairan RL 28tpm

Assesment yang diperoleh pada diagnosa pertama yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi sehingga *planning* pada intervensi tetap dilakukan dengan manajemen hiperglikemia meliputi melakukan memonitor glukosa darah, berkolaborasi pemberian insulin, berkolaborasi pemberian cairan IV.

Pada evaluasi diagnosa keperawatan kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan kerusakan jaringan atau lapisan kulit, hasilnya menunjukkan bahwa pasien mengeluh nyeri pada kaki sebelah kiri, nyeri dirasakan semakin bertambah ketika ditekan dan saat beraktivitas, seperti ditusuk-tusuk, dengan skala nyeri 6 secara terus menerus.

Pre-Evaluasi	Implementasi	Post-Evaluasi
Pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri ketika bergerak, seperti ditusuk-tusuk dengan durasi secara terus menerus	Mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Lokasi nyeri pada kaki sebelah kiri ketika ditekan seperti ditusuk-tusuk dengan durasi masih secara terus menerus
Skala nyeri 6	Mengidentifikasi skala nyeri	Nyeri mulai berkurang dengan Skala 5
Pasien tampak meringis dan gelisah	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Pasien masih tampak meringis dan gelisah

Pasien mengatakan faktor yang memperberat nyeri ketika pasien beraktivitas dan faktor memperingan nyeri ketika pasien beristirahat	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Pasien mengatakan faktor yang memperberat nyeri ketika pasien beraktivitas dan faktor memperingan nyeri ketika pasien beristirahat
Pasien mengeluh nyeri dan tampak meringis	Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Pasien tampak mampu teknik relaksasi nafas dalam untuk membantu mengurangi rasa nyeri
Pasien mengatakan nyeri dan terlihat meringis	Memfasilitasi istirahat dan tidur	Pasien tampak beristirahat dengan tenang di bed
Pasien mengeluh nyeri dan tampak meringis	Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	Pasien tampaknya mengetahui penyebab, periode, dan pemicu nyeri yang dirasakan
Pasien mengeluh nyeri dan tampak meringis	Menjelaskan strategi meredakan nyeri	Pasien tampaknya memahami strategi dalam meredakan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam

Pasien mengeluh nyeri dan tampak meringis	Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Tampaknya pasien dapat menggunakan teknik relaksasi nafas dalam ketika merasakan nyeri
Pasien mengeluh nyeri dan tampak meringis	Melakukan kolaborasi pemberian analgetik	Diberikan ketorolac 1 amp dengan durasi setiap 8 jam

Assesment yang diperoleh pada diagnosa kedua yaitu nyeri akut belum teratasi sehingga *planning* pada intervensi tetap dilakukan dengan melakukan manajemen nyeri meliputi memberikan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur, dan melakukan kolaborasi pemberian analgetik.

Pada evaluasi diagnosa keperawatan ketiga yaitu gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan Neuropati perifer ditandai dengan kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit.

Pre-Evaluasi	Implementasi	Post-Evaluasi
Terdapat ulkus diabetic pada punggung kaki sinistra, jari III, dan IV, berwarna kehitaman serta berbau khas luka Diabetes Mellitus	Memonitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau)	Terdapat ulkus diabetic pada punggung kaki sinistra, jari III, dan IV
Terdapat ulkus diabetic pada punggung kaki sinistra, jari III, dan IV, berwarna kehitaman serta berbau khas luka	Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksis	Perawat melakukan perawatan luka menggunakan cairan NaCl

Diabetes Mellitus		
Terdapat ulkus diabetic pada punggung kaki sebelah kiri, jari III, dan IV, berwarna kehitaman serta berbau khas luka Diabetes Mellitus	Membersihkan jaringan nekrotik	Jaringan nekrotik pada luka diabetes mellitus pasien dibersihkan
Terdapat ulkus diabetic pada punggung kaki sebelah kiri, jari III, dan IV, berwarna kehitaman serta berbau khas luka Diabetes Mellitus	Memasang balutan sesuai jenis luka	Terpasang balutan kassa pada luka diabetes mellitus pasien
Terdapat ulkus diabetic pada punggung kaki sinistra, jari III, dan IV, berwarna kehitaman serta berbau khas luka Diabetes Mellitus	Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	Perawatan luka dilakukan oleh perawat sesuai dengan standar operasional prosedur dan teknik steril
Terdapat ulkus diabetic pada punggung kaki sinistra, jari III, dan IV, berwarna kehitaman serta berbau khas luka Diabetes Mellitus	Jelaskan tanda dan gejala infeksi	Pasien tampak paham tanda dan gejala jika luka mengalami infeksi

Assesment yang diperoleh pada diagnosa kedua yaitu gangguan integritas kulit/jaringan teratasi sehingga *planning* pada intervensi dipertahankan.

B. Pembahasan

1. Pengkajian

Hasil pengkajian tanggal 22 Maret 2024 pukul 10:15 WITA ditemukan data : Ny.H (pasien) mengungkapkan bahwa glukosa darahnya seringkali tidak stabil, pasien memeriksa kadar glukosa darah ketika merasa tidak enak badan, pasien mengeluh nyeri sejak 1 bulan yang lalu pada ekstermitas bawah sinistra, nyeri muncul ketika beraktivitas, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala 6, dengan ekspresi wajah tampak meringis, punggung kaki sinistra mengalami luka ulkus, dan tampak nekrotik, sehingga pasien di bawa ke rumah sakit ketika nyeri yang dirasakan sudah tak tertahan. Ny.H terdiagnosis diabetes mellitus sejak setahun yang lalu, pasien mengungkapkan bahwa sering mengalami rasa haus, buang air kecil terutama pada malam hari, pasien terlihat gelisah dan hasil dari pemeriksaan tanda-tanda vital tekanan darah pasien 104/66 mmHg, nadi 101x/menit, suhu 36,2°C, pernafasan 20x/menit, saturasi oksigen 99%, serta gula darah sewaktu (GDS) 331 mg/dL.

Dalam kasus kelolaan, keluhan pasien sesuai dengan kenyataan dan hipotesis terkait tanda maupun gejala hiperglikemia, diantaranya pasien sering merasa haus sesuai dengan teori *polydipsia* yang menunjukkan peningkatan osmolalitas serum sebagai akibat kadar dari peningkatan kadar glukosa serum (Wulandari et al., 2021) dan pasien sering buang air kecil (*poliuria*) biasanya pada malam hari karena hiperglikemia menyebabkan ambang filtrasi glukosa ginjal menurun (batas ambang 160-180 mg/100ml) mengakibatkan terjadinya diuresis osmotik (Cahyati, 2020).

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada kasus kelolaan adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah, mudah merasa lelah, dan kehausan yang sering serta mulut tampak kering. Tekanan darah pasien 104/66 mmHg, nadi 101x/menit, suhu 36,2°C, pernafasan 20x/menit,

saturasi oksigen 99%, gula darah sewaktu (GDS) 331 mg/dL, serta pasien sering buang air kecil.

Ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah diagnosis keperawatan yang diberikan kepada pasien kasus kelolaan. Sesuai dengan konsep yang digunakan untuk menetapkan diagnosis keperawatan, menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia terdiri dari 80 hingga 100 % tanda dan gejala mayor, didukung oleh tanda dan gejala minor yang muncul selama melakukan pemeriksaan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Hal ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan (Lorenza, 2021) yang dilakukan di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu dengan judul “Asuhan Keperawatan dengan Manajemen Hiperglikemia pada pasien Diabetes Mellitus Tipe 2”. Penelitian tersebut mencatat bahwa ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Diabetes Mellitus.

Penelitian “Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Masalah Ketidakstabilan Gula Darah : Studi Kasus” (Kadek et al., 2022) menemukan bahwa pasien mengalami kelelahan, lemas, mulut kering dan rasa haus yang meningkat. Dari hasil penelitian ini, diagnosis keperawatan utama adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah.

Berdasarkan hasil penelitian (Syokumawena et al., 2024), yang menggunakan 2 responden penderita Diabetes Mellitus didapatkan pada kedua responden tersebut mengalami masalah keperawatan yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.

Diagnosis keperawatan kedua pada kasus kelolaan yaitu nyeri akut terkait dengan agen pencedera fisik dengan tanda-tanda yang meliputi pasien mengeluh nyeri pada ekstermitas bawah sinistra, nyeri yang dirasakan bertambah ketika ditekan dan saat beraktivitas nyeri yang dirasakan berkurang, pasien tampak meringis, tampak gelisah dan terdapat luka ulkus pada punggung kaki, jari III, dan jari IV.

Penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan (Olira et al., 2021) “Studi Kasus pada Pasien Ulkus Diabetik Diabetes Mellitus Pedic Dextra pada Tn.M dengan Nyeri Akut di Ruang Edelewis RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga” disebutkan bahwa keluhan pasien yang muncul adalah kaki kanan sulit untuk digerakkan dan ketika digerakkan terasa nyeri seperti ditusuk-tusuk skala 6 serta nyeri yang dirasakan hilang timbul, sehingga diagnosis yang muncul berdasarkan hasil pengkajian yaitu nyeri akut.

Diagnosis keperawatan ketiga pada kasus kelolaan yaitu gangguan integritas jaringan terkait dengan jaringan neuropati dengan tanda pasien memiliki ulkus diabetic pada punggung kaki sinistra, jari III dan IV.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Seputri et al., 2022) dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Gangguan Integritas Kulit dengan Pemberian Range of Motion (ROM) pada Pasien Diabetes Mellitus” disebutkan pasien nyeri pada luka diabetes dengan kerusakan jaringan dan lapisan kulit, serta tampak kemerahan, sehingga diagnosis yang muncul berdasarkan hasil pengkajian yaitu gangguan integritas kulit.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Putri, 2022), yang menggunakan 2 responden penderita Diabetes Mellitus didapatkan pada kedua responden tersebut mengalami masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah, nyeri akut dan gangguan integritas kulit / jaringan.

Sehubungan dengan data mayor dan minor dari kasus kelolaan yang diteliti, dapat disimpulkan bahwa ketidakstabilan kadar glukosa darah, nyeri akut, dan gangguan integritas jaringan adalah diagnosa keperawatan yang diangkat dari kasus tersebut. Oleh karena itu, pasien dengan diabetes mellitus, dengan ketidakstabilan kadar gluksoa darah adalah diagnosa keperawatan yang paling penting.

3. Intervensi Keperawatan

Hiperglikemia kronis yang disertai dengan berbagai gangguan metabolisme yang disebabkan oleh gangguan hormonal dikenal sebagai diabetes mellitus (Rendy & Margareth, 2019). Hiperglikemia pada penderita diabetes mellitus dapat disebabkan oleh resistensi terhadap insulin pada jaringan lemak, otot, hati, menyebabkan ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah (Saino et al., 2022).

Pada diagnosis tersebut maka penulis mengangkat satu intervensi utama untuk manajemen hiperglikemia diberikan kepada pasien, ini dilakukan sesuai dengan teori Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Pokja et al., 2017b).

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh (Ariqoh et al., 2022) solusi untuk masalah ketidakstabilan kadar gula darah pada *diabetes mellitus* tipe II melakukan intervensi manajemen hiperglikemia dengan cara memantau kadar gula darah sesuai indikasi, pemantauan tanda-tanda hiperglikemia, polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, kelesuan, malaise, penglihatan kabur atau sakit kepala.

Pasien yang mengalami diagnosis kedua yaitu nyeri akut, diberikan intervensi manajemen nyeri yang sesuai dengan teori Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Pokja et al., 2017b).

Penelitian ini sejalan dengan (Ridlo et al., 2022), diagnosa keperawatan nyeri akut melakukan intervensi manajemen nyeri dengan pemberian teknik relaksasi nafas dalam mampu menurunkan intensitas nyeri pada penyakit Diabetes Mellitus.

Diagnosis gangguan integritas jaringan, diberikan intervensi perawatan luka yang sesuai dengan teori Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Pokja et al., 2017b).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya (Sudarman et al., 2020), dengan diagnosa keperawatan gangguan integritas jaringan yang menunjukkan bahwa perawatan luka dengan pembalutan modern memengaruhi seberapa cepat luka Diabetes Mellitus sembuh.

Ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Putri, 2022), responden mengalami masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan intervensi keperawatan manajemen hiperglikemia, nyeri akut dengan intervensi keperawatan manajemen nyeri dan gangguan integritas kulit / jaringan dengan intervensi perawatan luka.

Pada kasus kelolaan, penulis berfokus pada memonitor kadar glukosa darah dan pemberian insulin pada pasien. Pankreas menghasilkan hormone alami yang disebut insulin untuk membantu penyerapan glukosa dari makanan ke dalam sel-sel tubuh untuk diubah menjadi energi yang dibutuhkan oleh jaringan dan otot (Indirawaty et al., 2021; Marbun et al., 2022; Murtiningsih et al., 2021; Tarigan, 2022). Selain itu, insulin merupakan salah satu obat yang paling efektif untuk mengendalikan diabetes mellitus. Diabetes mellitus menyebabkan peningkatan kadar gula darah karena tidak dapat menyerap dan menggunakan glukosa darah (Aliefia et al., 2024). Akibatnya, pemberian insulin sangat penting dalam pengendalian hiperglikemia.

4. Manajemen Hiperglikemia

Implementasi keperawatan adalah tindakan dari intervensi keperawatan telah ditetapkan. Implementasi diberikan kepada pasien setiap 1 kali kunjungan dan berlangsung selama 30 menit. Karya ilmiah ini telah diterapkan sesuai dengan intervensi utama yaitu manajemen hiperglikemia dengan pemberian terapi insulin. Dengan menekankan hormone yang biasanya menyebabkan peningkatan kadar gula darah pada penderita diabetes mellitus, terapi ini dianggap dapat membantu menurunkan kadar gula darah penderita diabetes mellitus.

Hasil penelitian yang didapatkan di RSUD Syekh Yusuf Gowa didapatkan bahwa pada penanganan pasien Diabetes Mellitus pada saat awal masuk ruang IGD, Langkah awal yang dilakukan adalah menempatkan pasien pada triage kuning yang telah disediakan saat pasien datang diantar oleh keluarganya masuk di ruang IGD. Selanjutnya, perawat melakukan pengkajian pada pasien untuk menanyakan kondisi pasien

hingga dilakukan tanda-tanda vital serta keadaan umum pasien saat awal masuk. Setelah dilakukan pengkajian maka dilanjut untuk konsulkan dengan dokter jaga yang bertugas, hingga dokter melakukan pengkajian lengkap dilanjutkan untuk pemasangan infus, pemindahan ke ruang tindakan untuk melakukan pengecekan kadar glukosa darah sebesar 331 mg/dL, dan perawatan luka diabetes mellitus. Setelah itu pemberian terapi insulin novorapid 8ui dilakukan kembali memonitor kadar glukosa darah bahwa terjadi penurunan dengan hasil 282 mg/dL. Selain itu, pasien merasa nyaman dan rileks.

Peningkatan glukagon pada penderita diabetes mellitus dapat menyebabkan pemecahan gula baru yang dikenal sebagai gluconeogenesis, yang menyebabkan metabolisme lemak lebih kuat. Hal ini dapat menyebabkan pembentukan keton. Asidosis dapat terjadi ketika kadar keton dalam urin meningkat dan kadar pH dan natrium menurun. Peningkatan kadar glukosa dihasilkan dari penurunan penggunaan glukosa oleh sel dan penurunan penggunaan glukosa oleh sel.

Menurut penelitian yang dilakukan (Syokumawena et al., 2024) “Manajemen Hiperglikemia pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah” menunjukkan betapa pentingnya pemantauan kadar glukosa darah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Ketika pasien mengetahui secara menyeluruh tentang penyakitnya, mereka dapat melakukan pemantauan glukosa darah yang efektif dapat mengurangi mortalitas dan morbiditas pada penderita Diabetes Mellitus.

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut (F. N. Siregar, 2020), evaluasi keperawatan adalah tahapan terakhir dari berbagai tahapan keperawatan yang digunakan untuk menentukan tingkan keberhasilan asuhan keperawatan yang diberikan. SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, Planning) adalah format di mana evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan (Cahya et al., 2023).

Berdasarkan teori komponen SOAP yaitu S (*subjektif*) adalah keluhan yang terus dirasakan pasien meskipun tindakan telah diberikan, O (*objektif*) adalah data yang berasal dari hasil atau pemeriksaan atau pengukuran langsung kepada pasien, A (*Assesment*) menjelaskan bagaimana kedua data subjektif dan objektif digunakan untuk menilai tujuan yang telah ditentukan, dan P (*Planning*) merupakan proses perencanaan yang dilakukan perawat untuk memenuhi tujuan pasien. Saat tujuan tercapai, perawat akan menghentikan rencana. Sebaliknya, perawat akan mengubah rencana dan melanjutkannya jika tujuan tidak tercapai.

Dengan menggunakan metode SOAP, evaluasi keperawatan yang dihasilkan untuk diagnosis ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitu *Subjektif* : pasien mengatakan sering minum dan sering buang air kecil, *Objektif* : pasien mampu bekerjasama, mampu melaksanakan terapi, bibir pasien tampak kering, ada penurunan kadar glukosa darah (282 mg/dL), *Assesment* : masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi, sehingga melakukan *Planning* : lanjutkan intervensi.

Evaluasi keperawatan yang diperoleh diagnosis nyeri akut pada *Subjektif* : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, *Objektif* : pasien tampak meringis menurun dan pasien tampak gelisah menurun, *Assesment* : masalah keperawatan nyeri akut teratasi, *Planning* : intervensi dipertahankan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh diagnosis gangguan integritas jaringan pada *Subjektif* : pasien mengatakan keluhan nyeri mulai berkurang, *Objektif* : kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nekrosis belum menurun, *Assesment* : masalah keperawatan gangguan integritas jaringan teratasi sebagian, *Planning* : lanjutkan intervensi.

Teori tentang masalah perencanaan tujuan dan kriteria hasil keperawatan pasien telah sesuai dengan evaluasi yang diinginkan pada kasus kelolaan (Pokja et al., 2017c). Pada pasien kelolaan dengan masalah keperawatan ketidakstabilan glukosa darah, evaluasi didapatkan yaitu :

keluhan lesu/lelah belum menurun, mulut masih tampak kering, masih sering merasa haus, buang air kecil belum berkurang, kadar glukosa darah menurun (282 mg/dL).

Berdasarkan hasil asuhan keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah pada kasus kelolaan, dapat disimpulkan dari hasil penelitian bahwa kadar glukosa darah sewaktu 331 mg/dL dan setelah diberikan terapi insulin dilakukan memonitor kadar glukosa darah sehingga mampu menurunkan kadar glukosa darah pada pasien Ny.H dengan hasil 282 mg/dL. Dalam kasus kelolaan yang diteliti terbukti bahwa setelah dilakukan manajemen hiperglikemia dengan pemberian terapi insulin mampu menurunkan kadar glukosa darah pada pasien Diabetes Mellitus dan menjadi salah satu terapi farmakologi yang dapat memberikan efektivitas dalam menurunkan kadar glukosa darah.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Syokumawena et al., 2024) “Manajemen Hiperglikemia pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah” kadar glukosa darah menurun setelah pemberian manajemen hiperglikemia. Temuan ini disebabkan oleh pasien yang telah diberikan asuhan keperawatan yang profesional dan komprehensif serta terapi farmakologi yang mendukung kondisi mereka, menunjukkan hasil positif.

Penelitian yang telah dilakukan oleh (Pasalli & Patattan, 2022) berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe II di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pelamonia Makassar” menunjukkan bahwa kadar GDS sebelum manajemen hiperglikemia 476 dan 218 mg/dL setelah diberikan manajemen hiperglikemia, sehingga mengalami perubahan kadar gula darah sebelum dan setelah diberikan manajemen hiperglikemia.