

INTERVENSI MANAJEMEN HIPERGLIKEMIA PADA KASUS KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH

Agustina¹, Arruan Bamba², Sukri³

¹⁻³Program Studi D3 Keperawatan, STIKES Fatima Parepare

*Correspondence**: agustinabernadus@gmail.com

Received: 1 Desember 2025 | Revised: 20 Desember 2025 | Accepted: 30 Desember 2025 | Published: 30 Desember 2025

Published by: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatima Parepare

<https://www.lppmfatimaparepare.org/index.php/acitya/index>

ABSTRAK

Latar belakang: Hiperglikemia atau peningkatan kadar glukosa darah dapat di sebabkan oleh kegagalan sekresi insulin atau kerja insulin, poliuria, polidipsia, dan poligafia dan jika penderita hiperglikemia mengalami masalah tersebut dapat menyebabkan kerusakan pada organ mata, Ginjal, Saraf, Jantung, dan pembuluh darah. Sehingga hiperglikemia ini membutuhkan manajemen untuk mencegah peningkatan kadar glukosa darah, seperti memberikan edukasi agar tetap menjaga pola makan, Rutin berolahraga dan Istirahat yang cukup. Tujuan: Untuk mengetahui "Implementasi Manajemen Hiperglikemia Pada Pasien Diabetes Mellitus (DM) Dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Tinggi. Metode: Desain pada penelitian ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus. Hasil: Dari hasil penelitian yang dilakukan selama 3 hari pasien 1 di pulangan di hari ke 3 karena kondisinya sudah membaik dengan GDS 195 mg/dl. Dan pada pasien II setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari pasien masih membutuhkan perawatan selanjutnya karena GDS masih di atas normal (310) dan membutuhkan perawatan luka. Kesimpulan: Hasil pengkajian yang sudah dilakukan pada kedua pasien di dapatkan bahwa pada pemeriksaan fisik serta tanda dan gejala yang di alami oleh klien yang masuk dalam batasan karakteristik pasien Diabetes Melitus. Saran: bagi pasien dan keluarga bisa melakukan perawatan dan membantu pasien untuk selalu mematuhi diet sehat, mengontrol porsi makanan.

Kata Kunci: Diabetes Mellitus, Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah, Manajemen Hiperglikemia.

ABSTRACT

Background: Hyperglycemia or increased blood glucose levels can be caused by failure of insulin secretion or insulin action, polyuria, polydipsia and polygaphya and if hyperglycemia sufferers experience these problems it can cause damage to the eyes, kidneys, nerves, heart and blood vessels. So this hyperglycemia requires management to prevent an increase in blood glucose levels, such as providing education about maintaining a healthy diet, exercising regularly and getting enough rest. Objective: To determine the implementation of hyperglycemia management in diabetes mellitus (DM) patients with unstable high blood glucose levels. Method: The design of this research uses a descriptive method in the form of a case study. Results: From the results of research conducted over 3 days, patient 1 was discharged on day 3 because his condition had improved with GDS

195mg/dl. And in patient II, after nursing procedures were carried out for 3 days, the patient still needed further treatment because the GDS was still above normal (310) and needed wound care. Conclusion: The results of the studies that have been carried out on both patients show that the physical examination and the signs and symptoms experienced by the client fall within the limits of the characteristics of Diabetes Mellitus patients. Suggestion: for patients and families, they can carry out treatment and help patients to always comply with the diet healthy, control food portions.

Keywords :*Diabetes Mellitus, Instability of Blood Glucose Levels, Management of Hyperglycemia.*

PENDAHULUAN

Hiperglikemia merupakan salah satu tanda dari Diabetes Melitus. Diabetes Melitus adalah gangguan metabolisme yang disebabkan oleh ketidakmampuan pankreas untuk menghasilkan hormon insulin yang cukup. Penyakit ini dapat dikatakan sebagai penyakit kronis karena dapat bersifat menahun penyakit ini ditandai dengan hiperglikemia karena kurangnya kerja sekresi insulin secara mutlak maupun relatif serta kendala karbohidrat dan protein. Penyakit Diabetes Melitus dianggap sebagai pemicu kematian prematur di dunia(Syokumawena et al., 2024).

Berdasarkan penelitian *World Health Organization* (WHO) memperkirakan bahwa lebih dari 346 juta orang di seluruh dunia mengidap diabetes. Jumlah ini kemungkinan akan lebih dari dua kali lipat pada tahun 2030 tanpa intervensi. Hampir 80% kematian diabetes terjadi di Negara berpenghasilan rendah dan menengah (Harismanto et al., 2021).

IDF diabetes atlas melaporkan prevalensi diabetes global pada usia 20-79 tahun pada tahun 2021 diperkirakan 10,5% (536,6 juta orang), meningkat menjadi 12,2% (783,2 juta) pada 2045. Prevalensi diabetes mirip antara pria dan wanita dan tertinggi pada mereka yang berusia 75 – 79 tahun. Prevalensi (tahun 2021) diperkirakan lebih tinggi di perkotaan (12,1%) daripada pedesaan (8,3%), dan di negara – negara berpenghasilan tinggi (11,1%) dibandingkan dengan Negara-negara berpenghasilan rendah (5,5%). Peningkatan relatif terbesar dalam prevalensi diabetes antara tahun 2021 dan 2045 diperkirakan terjadi di negara – negara berpenghasilan menengah (21,1%) dibandingkan dengan negara – negara berpenghasilan tinggi (12,2%) dan rendah (11,9%). Pengeluaran kesehatan terkait diabetes global diperkirakan mencapai 966 miliar USD pada 2021, dan diproyeksikan mencapai 1.054 miliar USD pada tahun 2045 (Rilwanu et al., 2022).

Pada tahun 2021, *International Diabetes Federation* (IDF) mencatat Indonesia menempati urutan kelima dengan 19,47 juta penderita diabetes dari jumlah penduduk 179,72 juta. Hal ini membuat prevalensi diabetes di Indonesia menjadi 10,6%. (Rilwanu et al., 2022). Di Indonesia prevalensi diabetes mellitus terjadi peningkatan 8,5% pada tahun 2018, dengan provinsi DKI Jakarta menempati urutan pertama terbesar sebanyak 250.000 orang (Pranata et al., 2020).

Khusus di Provinsi Sulawesi Selatan, berdasarkan Data Dinas Kesehatan setempat jumlah penderita penyakit Diabetes Melitus. Sebelumnya (2021) jumlah kasus

Diabetes Melitus (DM) di Sulawesi Selatan tercatat sebanyak 41.497. Artinya dalam setahun (2021-2022) di sulawesi selatan terjadi peningkatan sebanyak 12.510 kasus DM (sya'diya et al, 2020).

Berdasarkan hasil penelitian (Ridho Fridayasano Madani, 2024), Gejala penyakit metabolism yang dikenal sebagai diabetes melitus (DM) adalah Hiperglikemia atau peningkatan glukosa darah yang dapat di sebabkan oleh kegagalan sekresi insulin atau kerja insulin, Poliuria, pilodipsia, dan piligafia. Oleh karena, itu jika penderita mengalami masalah tersebut dapat menyebabkan kerusakan, katidakfungsian, dan kegagalan pada berbagai organ seperti mata, ginjal, saraf, jantung dan pembuluh darah. Sehingga hiperglikemia ini membutuhkan manajemen untuk mencegah peningkatan kadar gula dalam darah, seperti Memberikan edukasi agar tetap menjaga pola makan, Rutin berolahraga, Beristirahat dengan cukup, Menangani stres dengan baik, Rajin memantau kadar glukosa darah secara rutin agar tetap dalam rentang normal (70-140 mg/dl) karena semakin tinggi kadar gula dalam darah maka semakin tinggi resiko yang dapat menyebabkan kegagalan sekresi insluin. Oleh karena itu, Sangat penting untuk menangani hipeglikemia secara efektif dan efesien untuk mencegah terjadinya komplikasi.

Berdasarkan penelitian Farid (2022) Menyatakan bahwa Hiperglikemia terjadi karena adanya peningkatan kadar glukosa dalam darah melebihi batas normal 200 mg/dl yang di buktikan melalui pemeriksaan laboratorium kadar glukosa darah dan gambaran klinis pasien.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Arijqoh et al. (2022) intervensi yang dilakukan dengan masalah ketidakstabilan kadar gula darah pada diabetes mellitus adalah manajemen hiperglikemia dengan cara memantau kadar gula darah sesuai indikasi, pemantauan tanda hiperglikemia, poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, kelesuan, malaise, penglihatan kabur atau sakit kepala.

METODOLOGI

A. Desain Penelitian

Menurut Dewi (2019), Desain penelitian adalah suatu proses Keseluruhan penelitian yang dilakukan secara tertulis yang digunakan oleh penulis dalam penelitian dimulai dari perencanaan sampai pelaksanaan penelitian yang dilakukan dengan cara pemilihan, pengumpulan, dan analisis data. Jenis penelitian ini dalam bentuk studi kasus yaitu dimana penulis melakukan eksplorasi secara mendalam terhadap program, kejadian, proses, aktivitas terhadap individu yang terkait oleh waktu. Desain pada penelitian ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus. Metode ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana cara mengimplementasikan Manajemen Hiperglikemia pada Pasien DM yang di rawat inap dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Tinggi Di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare 2024.

B. Subjek Penelitian

Populasi merupakan suatu wilayah generalisasi yang terdiri dari subyek maupun obyek yang memiliki kuantitas dan karakteristik tertentu sehingga dapat melakukan penelitian sesuai dengan pencapaian dan peneliti dapat meneliti dan mendapatkan

penelitian. Populasi dalam studi kasus ini adalah semua pasien yang menderita Diabetes Melitus (DM) dengan kadar glukosa darah tinggi yang di rawat inap di RSUD A. Makkasau Kota Parepare.

Menurut Sugiyono (2018), sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut, sampel yang diambil dari populasi harus benar-benar representative atau mewakili populasi yang akan di teliti (Rismaningsih, et al., 2021). Sampel dalam studi kasus ini adalah memilih 2 pasien DM untuk dilakukan Implementasi Manajemen Hiperglikemia Pada Pasien DM yang di rawat inap Dengan Kadar Glukosa Darah Tinggi Di Rsud Andi Makkasau Kota Parepare 2024.

C. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data dalam kegiatan ini adalah format pangkajian KMB sampai evaluasi. Cara pengumpulan data dimulai dari anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi. Adapun alat yang digunakan dalam pengkajian adalah lembar atau format pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah yang meliputi: pengkajian identitas, riwayat kesehatan, pengkajian pola fungsi kesehatan dan pemeriksaan fisik. Alat Kesehatan Yang Meliputi:

1. Tensi meter
2. Stetoskop
3. Alat pemeriksaan GDS/glukometer
4. Hasil laboratorium gula darah di RS

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian akan dilakukan di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare pada bulan Maret sampai juni tahun 2024.

E. Analisa dan Penyajian Data

Analisis dilakukan pada 2 pasien studi kasus dimana penulis melakukan manajemen implementasi hiperglikemia pada pasien DM dengan kadar glukosa darah tinggi dengan membandingkan kedua klien apakah memiliki kesamaan ataupun perbedaan dalam mewujudkan manajemen hiperglikemia pada pasien DM.

Penyajian data akan di deskripsikan secara naratif yang meliputi :

1. Pengkajian keperawatan yang terdiri dari: identitas klien, riwayat penyakit keluarga klien, pola fungsi kesehatan, pemeriksaan fisik dan terapi pengobatan serta pemeriksaan penunjang.
2. Diagnosa keperawatan dengan masalah kadar glukosa darah tinggi
3. Perencanaan Asuhan Keperawatan atau intervensi.
4. Implementasi keperawatan yang terdiri dari hari dan tanggal serta diagnosa keperawatan dengan masalah kadar glukosa darah tinggi.
5. Evaluasi keperawatan yang terdiri dari hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, kemudian evaluasi keperawatan dan terakhir paraf bagi yang melakukan evaluasi tindakan keperawatan.

Kesimpulan, data-data yang disajikan akan dibahas dan dibandingkan dengan hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis serta akan ditarik kesimpulan dengan metode induksi, apakah data yang dikumpulkan sangat berkaitan dengan data

pengkajian terhadap klien, diagnosis dan perencanaan tindakan serta melakukan evaluasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Andi Makkasau Kota Parepare. Pengelolaan dilakukan pada Ny. R Pada tanggal 19-21 April 2024 di ruang perawatan Seruni 1 Dan Ny.R Pada tanggal 22-24 April 2024 di ruang Seruni 1. Studi kasus ini mencakup 5 tahap proses keperawatan yang meliputi pengkajian, doagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Dengan penjelasan berikut.

1. Pengkajian

a. Identitas klien I & II

Tabel 1 Tabel Pengkajian

IDENTITAS PASIEN	PASIEN I	PASIEN II
Nama	Ny. R	Ny. R
Umur	32 Tahun	65 Tahun
Jenis Kelamin	Perempuan	perempuan
Alamat	Pinrang	parepare
Status	Menikah	Cerai
Suku	Bugis	Bugis
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	SLTA
Pekerjaan	IRT	IRT
Ruang	Seruni I	Seruni I
Diagnosa Medis		

2. Riwayat Kesehatan Pasien

a. Kesehatan Pasien

Tabel 2 Tabel Riwayat Penyakit

RIWAYAT PENYAKIT	PASIEN I	PASIEN II
Keluhan utama saat dikaji	mengeluh merasapusing Kadar GDS:361mg/dl	mengeluh merasapusing Kadar GDS: 372 mg/dl
Keluhan tambahan saat dikaji	Pasien mengatakan lemas, mual Pasien mengatakan Sering merasa muntah, mudah mengantuk lapar, rasa ngantuk yang berlebih, sering merasa lapar dan paseir nyeri pada kaki post amputasi kaki juga mengatakan berat badan kanannya 1 minggu yang lalu, lemas, menurun dari 61 kg menjadi 5! pasien mengatakan berat badan menurun, Pasien mengatakan tidak	

RIWAYAT PENYAKIT	PASIEN I	PASIEN II
Alasan masuk RS	Pasien mengatakan Pusing sejak 1 hari yang lalu sehingga menyebabkan mual dan muntah, dan pasien juga mengatakan sering merasa lapar tetapi tidak ada nafsu makan dan mudah mengantuk dan sering kencing sehingga meminta keluarganya untuk di bawa ke rumah sakit RSUD Andi Makkasau kota Parepare	ada nafsu makan, pasien mengatakan tidak bisa mengerakkan kaki kanannya.
Riwayat penyakit sekarang	Pasien mengatakan sebelum mengalami penyakit DM di rumah sering makan makanan yang manis dan minuman yang manis sehingga membuat pasien lemas, mual, muntah, mudah mengantuk, sering merasa lapar dan pasien juga mengatakan berat badan menurun dari 61 kg menjadi 55 kg.	Pasien mengatakan pusing di rasakan sejak 2 hari yang lalu dan tidak ada nafsu makan sehingga pasien lemas dan nyeri pada kaki sebelah kanan post amputasi sejak 1 minggu yang lalu, sehingga meminta keluarganya untuk di bawa ke rumah sakit RSUD Andi Makkasau Kota Parepare.
Riwayat penyakit yang lalu	Pasien mengatakan tidak ada riwayat keluarga yang menderita DM, pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit seperti DM, Hipertensi dan lain lain.	Pasien mengatakan sebelum mengalami penyakit Diaetes Melitus pasien tidak menjaga pola makan dengan baik pasien mengatakan sering makan makanan manis dan minuman manis sehingga pasien mengalami pusing saat bergerak, Pasien mengatakan sering merasa lapar tetapi tidak ada nafsu makan, Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan post amputasi 1 minggu yang lalu.
Alergi	Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan lain kecuali telur, dan tidak ada alergi obat-obatan dan minuman	Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan, Minuman, obat-obatan.

3. Pola fungsi kesehatan
 - a. Pola pemeliharaan kesehatan

Tabel 3 Pola Pemeliharaan Kesehatan

POLA KESEHATAN	PASIEN I	PASIEN II
-----------------------	-----------------	------------------

POLA KESEHATAN	PASIEN I	PASIEN II
Pola pemeliharaan kesehatan	<p>Sebelum sakit, pasien mengatakan Selama ini pasien sering makan makanan yang tidak sehat seperti terlalu berlebihan makan makanan manis dan minuman yang manis tanpa memikirkan komplikasi yang terjadi pada dirinya, pasien mandi 2x sehari, sikat gigi 3x sehari, keramas 1x sehari, jika pasien mengalami gangguan kesehatan pasien sering ke Puskesmas untuk periksa dan tidak ada obat yang dikonsumsi di rumah ,tidak ada penggunaan obat herbal dan pasien mengatakan tidak ada penggunaan obat yang menganggu kesehatannya dan tidak ada konsumsi minuman beralkohol . Selama sakit, Keadaan pasien sedang, pasien tampak pusing, lemas, mual-muntah, pasien sering merasa lapar tetapi tidak ada nafsu makan dan BB menurun, dan pasien mengeluh sering mengantuk. Tindakan keperawatan yang diberikan yaitu pemberian obat-obatan yang sesuai anjuran dari dokter dan memberikan edukasi tentang makanan yang boleh dikonsumsi, pasien terpasang infus dengan cairan RL- NaCl 0,9 20 / tpm dan obat-obatan yang diberikan yaitu Asam mefenamat 3x1/oral, Amoxicillin 500 gram 2x1/ oral, Betametason 3x1/oral, Ranitidine 500mg/12 jam/IV, cefriaxone1gram/12jam/I, nefridioaxole0,5mg/8jam/IV, Pasien mengetahui tentang penyakit yang diderita dan pasien mengatakan mengetahui tentang cara mencegah penyakit yang di derita.</p>	<p>Sebelum sakit, pasien mengatakan selama di rumah pasien tidak bisa menjaga pola makan dengan baik, pasien selalu makan manis berlebihan dan minuman manis berlebihan tanpa memikirkan komplikasi yang terjadi pada dirinya baik, Pasien mandi 1x sehari, sikat gigi 2x sehari, keramas 1x dalam 2 hari, Jika pasien mengalami gangguan kesehatan pasien beli obat di apotik, Pasien mengatakan tidak ada obat yang dikonsumsi di rumah, tidak ada penggunaan obat verbal, dan pasien mengatakan tidak ada penggunaan obat yang menganggu kesehatannya pasien mengatakan tidak pernah mengonsumsi alkohol.</p> <p>Selama sakit, keadaan pasien sedang, Pasien mengatakan pusing saat bergerak, Pasien mengatakan sering merasa lapar tetapi tidak ada nafsu makan, Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan post amputasi 1 minggu yang lalu. Tindakan medik yang di berikan yaitu klien di berikan terapi insulin apidra 10 unit/SC dan terpasang infus di tangan kanan cephalica RL 20 tpmIUFD RL, NaCl 0,9 20 tpm, Paracetamol 500 mg/ 8 jam/ Drips, Furosimide 40 mg/ 24 jam/ IV, Metronidazole 500 mg/ 8 jam/Drips, Cefriaxone 1 gr /12 jam/IV, Levofloxacin/ 500 mg /24 jam/ Drips, Cilostazol/50 mg/ 2x1/ Oral, Miniaspi 80 mg/ 24 jam/ Oral, Clindamicyn 150 mg/24 jam /Oral, Atorvastatin 20 mg/24 jam/Oral, Kidmin/ 100 ml/ 24 jam/ IV, Ranitidine/ 500 mg/ 12 jam/ IV, Pasien mengatakan mengetahui tentang</p>

POLA KESEHATAN	PASIEN I	PASIEN II
Pola nutrisi-metabolik	<p>Sebelum sakit, Pasien mengatakan selama di rumah pasien sering makan yang berlebihan seperti makanan dan minuman yang manis makan secara mandiri tanpa bantuan orang lain dengan frekuensi 3-5x sehari/porsi yang dihabiskan, pasien mengatakan tidak ada makanan yang tidak disukai kecuali telur dan tidak ada minuman yang tidak disukai kecuali yang beralkohol, tidak ada pembatasan diet makan, tidak ada gangguan mengunyah dan menelan dengan minum 5-6 gelas/hari, perubahan BB 6 bulan terakhir dari 61 kg menjadi 55 kg. Selama sakit, Pasien mengatakan ada pembatasan diit makanan seperti makanan atau minuman manis, nasi putih, goreng-gorengan, dan makanan yang biasa di makan di rs yaitu nasi merah dengan lauk sayuran hijau dengan porsi makan dihabiskan. dan tidak ada pembatasan cairan pasien mengatakan minum 4-5 gelas/hari, tidak menggunakan alat bantu makan ataupun minum, pasien mengeluh Mual-muntah, tidak ada nafsu makan, rasa lapar terus.</p>	<p>Sebelum sakit, Pasien mengatakan sebelum tediagnosis DM pasien sering menyukai makanan yang manis dan minuman manis tanpa memikirkan kopolikasi yang terjadi pada dirinya, Pasien makan secara mandiri tanpa bantuan orang lain dengan frekuensi 3x sehari porsi yang dihabiskan, pasien mengatakan semua makanan dan minuman disukai kecuali yang beralkohol, tidak ada pembatasan diet makanan, tidak ada gangguan mengunya atau menelan dengan minum 4-5 gelas/hari, perubahan BB 6 bulan terakhir dari 65 kg menjadi 60 kg.</p> <p>Selama sakit, Pasien mengatakan ada pembatasan diit dari dokter seperti nasi putih, gorengan, dan minuman manis. Adapun makanan yang biasa di makan selama di rs yaitu bubur dengan lauk sayuran hijau dengan porsi makan ½ dihabiskan, Dan tidak ada pembatasan cairan, pasien mengatakan 3-4 gelas air putih di minum/24 jam, Pasien tidak menggunakan alat bantu makan ataupun minum, Pasien mengeluh mual dan muntah, tidak ada nafsu makan dan merasa lapar terus.</p>
Pola eliminasi	<p>Sebelum sakit, Pasien mengatakan frekuensi BAB 2x sehari dengan warna feses kuning konsistensi feses lunak dan tidak ada obat-obatan yang di pakai untuk memperlancar BAB pasien mengatakan tidak ada keluhan saat BAB, Pasien mengatakan BAK lancar dengan frekuensi 4-8x/sehari dengan warna urine kuning jernih, pasien mengatakan tidak</p>	<p>Sebelum sakit, Pasien mengatakan frekuensi BAB 1x sehari dengan warna feses kuning konsistensi feses lunak dan tidak ada obat-obatan yang dipakai untuk memperlancar BAB pasien mengatakan tidak ada keluhan saat BAB. Pasien mengatakan BAK lancar dengan frekuensi 5-9x/ hari dengan warna urine kuning jernih, pasien mengatakan penyakitnya dan pencegahannya.</p>

POLA KESEHATAN	PASIEN I	PASIEN II
	<p>ada keluhan saat BAB dan tidak menggunakan alat bantu. Selama sakit, pasien mengatakan frekuensi BAB 1x sehari dengan konsistensi feses lunak dengan warna cokelat tidak ada keluhan saat BAB dan tidak menggunakan alat bantu BAB. Pasien mengatakan frekuensi BAB sering sehari dengan warna urine kuning, pasien mengatakan tidak ada keluhan saat BAK.</p>	<p>tidak ada keluhan saat BAK dan tidak ada menggunakan alat bantu. Selama sakit, pasien mengatakan frekuensi BAB 1x sehari dengan konsistensi feses lunak dengan warna cokelat tidak ada keluhan, Pasien mengatakan frekuensi BAB sering dengan warna urine kuning.</p>
Pola aktivitas dan latihan	<p>Sebelum sakit, Pasien mengatakan kegiatan yang dilakukan dalam sehari seperti memasak dan membersihkan rumah, menurut pasien aktivitas tersebut ringan, pasien mengatakan mulai kegiatan dari pukul 06.00 WITA – 10.00 WITA dan tidak ada keluhan saat beraktivitas ADL dilakukan secara mandiri tanpa bantuan orang lain, Pasien mengatakan tidak ada melakukan rekreasi dan latihan. Selama sakit, Pasien mengatakan tidak ada aktivitas yang dilakukan dan pasien saat ini bedrest di tempat tidur, pasien mengatakan pusing saat bangun dari tempat tidur dengan posisi supinasi dan tidak menggunakan oksigen dan tidak ada latihan yang dilakukan.</p>	<p>Sebelum sakit, Pasien mengatakan kegiatan yang dilakukan dalam sehari yaitu membantu anaknya dirumah menjaga cucunya dan membersihkan rumah menurut pasien aktivitas tersebut ringan, pasien mengatakan mulai kegiatan dari pukul 06.00 WITA – 10.00 WITA dan tidak ada keluhan saat beraktivitas ADL dilakukan secara mandiri tanpa bantuan orang lain, Pasien mengatakan tidak ada melakukan rekreasi dan latihan. Selama sakit, Pasien mengatakan tidak ada aktivitas yang dilakukan dan membutuhkan bantuan orang lain saat ingin beraktivitas (dibantu anaknya), pasien mengatakan pusing saat bangun dari tempat tidur dengan posisi supinasi dan tidak menggunakan oksigen dan tidak ada latihan yang dilakukan.</p>
Pola tidur dan istirahat	<p>Sebelum sakit, pasien mengatakan sering tidur siang dari pukul 13.00 WITA – 15.00 WITA dan pada malam hari 20.00 WITA – 06.00 WITA, Kebiasaan sebelum tidur pasien berdoa, nonton Tv ataupun main Hp dan tidak ada gangguan saat tidur pasien mengatakan puas dengan kualitas tidurnya dan tidak mengonsumsi obat tidur.</p>	<p>Sebelum sakit, pasien mengatakan sering tidur siang dari pukul 13.00 WITA – 15.00 WITA dan pada malam hari 20.00 WITA – 06.00 WITA, Kebiasaan sebelum tidur pasien berdoa, nonton Tv dan tidak ada gangguan saat tidur pasien mengatakan puas dengan kualitas tidurnya dan tidak mengonsumsi</p>

POLA KESEHATAN	PASIEN I	PASIEN II
	<p>Selama sakit, Pasien mengatakan keseringan tidur siang pada jam 13.00 WITA – 14.00 WITA dan pada malam hari mulai pukul 19.00 WITA – 06.00 WITA, Pasien mengatakan kebiasaan sebelum tidur berdoa, main Hp dan cerita tentang penyakitnya bersama suaminya dan tidak ada gangguan saat tidur dan pasien mengatakan puas dengan tidurnya tidak ada obat tidur yang dikonsumsi.</p>	<p>obat tidur.</p> <p>Selama sakit, Pasien mengatakan keseringan tidur siang pada jam 13.00 WITA – 15.00 WITA dan pada malam hari mulai pukul 19.00 WITA – 06.00 WITA, Pasien mengatakan kebiasaan sebelum tidur berdoa, dan cerita tentang penyakitnya bersama anaknya dan tidak ada gangguan saat tidur dan pasien mengatakan puas dengan tidurnya tidak ada obat tidur yang dikonsumsi.</p>
Pola kognitif-persepsi sensori	<p>Sebelum sakit, Pasien mengatakan mampu mengenali dirinya, waktu, orang lain, dan kejadian saat itu kesadaran pasien compos mentis, pasien mengatakan pendidikan terakhir SD bahasa yang digunakan bahasa bugis / bahasa indonesia pasien mengatakan mampu membaca dari jarak jauh dan kemampuan berkomunikasi baik tidak ada gangguan mental, pasien mengatakan tidak ada perubahan memori dan berkonsentrasi, bila cemas pasien panic. Persepsi/ Sensori, pasien mengatakan pendengaran baik tanpa menggunakan alat bantu kiri dan kanan, penglihatan baik, Pasien mengatakan tidak ada gangguan pengecap pasien mampu merasakan rangsangan atau sentuhan pada tubuh, pasien mengatakan mampu menciumbau aroma dengan baik tidak ada gangguan indra penciuman dan tidak ada nyeri.</p> <p>Selama sakit, pasien mengatakan masih mampu mengenali dirinya, waktu, orang lain, dan kejadian saat itu bahasa yang di gunakan bahasa bugis dan bahasa indonesia, pasien menjawab sesuai yang di tanyakan oleh perawat, tidak ada gangguan</p>	<p>Sebelum sakit, Pasien mengatakan mampu mengenali dirinya, waktu, orang lain, dan kejadian saat itu kesadaran pasien compos mentis, pasien mengatakan pendidikan terakhir SLTK bahasa yang digunakan bahasa bugis/bahasa indonesia pasien mengatakan tidak mampu membaca dari jarak jauh dan kemampuan berkomunikasi baik tidak ada gangguan mental, pasien mengatakan tidak ada perubahan memori dan berkonsentrasi, bila cemas pasien panic. Persepsi/ Sensori, pasien mengatakan pendengaran baik tanpa menggunakan alat bantu kiri dan kanan, penglihatan baik, Pasien mengatakan tidak ada gangguan pengecap pasien mampu merasakan rangsangan atau sentuhan pada tubuh, pasien mengatakan mampu mencium bau aroma dengan baik tidak ada gangguan indra penciuman dan tidak ada nyeri.</p> <p>Selama sakit, pasien mengatakan masih mampu mengenali dirinya, waktu, orang lain, dan kejadian saat itu bahasa yang di gunakan bahasa bugis dan bahasa indonesia, pasien menjawab sesuai yang di tanyakan oleh</p>

POLA KESEHATAN	PASIEN I	PASIEN II
	<p>mental, pasien mengatakan tidak ada perubahan memori pada dirinya bila cemas pasien panic. Persepsi/ Sensori, pasien mengatakan pendengaran baik tanpa menggunakan alat bantu kiri dan kana, penglihatan jelas pasien mengatakan ada gangguan pengecap tidak ada rasa makanan yang di makan (hambar) Pasien mampu merasakan rangsangan/ sentuhan pada tubuh, pasien dapat mencium aroma dengan baik, tidak ada gangguan indra penciuman.</p>	<p>perawat, tidak ada gangguan mental, pasien mengatakan ada perubahan memori pada dirinya bila cemas pasien panic. Persepsi/ Sensori, pasien mengatakan pendengaran baik tanpa menggunakan alat bantu kiri dan kana, penglihatan kurang jelas pasien mengatakan ada gangguan pengecap tidak ada rasa makanan yang di makan (hambar) Pasien mampu merasakan rangsangan/ sentuhan pada tubuh, pasien dapat mencium aroma dengan baik, tidak ada gangguan indra penciuman.</p>
Pola konsep diri – persepsi diri	<p>Sebelum sakit, Pasien mengatakan mampu mengenali dirinya, pasien dapat berinteraksi dengan lingkungan sekitar dalam lingkup keluarga, dalam menghadapi konflik pasien selalu meminta solusi ke keluarganya.</p> <p>Selama sakit, Pasien mampu mengenali dirinya, pasien cemas dalam menghadapi masalah penyakitnya sekarang ini, dan pasien mengatakan penyakitnya menganggu fungsi tubuhnya karena hanya terbaring di tempat tidur.</p>	<p>Sebelum sakit, Pasien mengatakan mampu mengenali dirinya, pasien dapat berinteraksi dengan lingkungan sekitar dalam lingkup keluarga, dalam menghadapi konflik pasien selalu meminta solusi ke keluarganya.</p> <p>Selama sakit, Pasien mampu mengenali dirinya, pasien cemas dalam menghadapi masalah penyakitnya sekarang ini, dan pasien mengatakan penyakitnya menganggu fungsi tubuhnya karena hanya terbaring di tempat tidur.</p>
Pola peran berhubungan dengan sesama	<p>Sebelum sakit, Pasien mengatakan dapat melakukan kegiatan sehari hari dengan baik. Kegiatan yang dilakukan adalah membereskan pekerjaan rumah, hubungan dengan keluarga, tetangga, kerabat dan temannya sangat baik.</p> <p>Selama sakit, pasien mengatakan peran sebagai ibu rumah tangga terganggu, hubungan dengan anggota keluarganya baik dan keluarga turut membantu</p>	<p>Sebelum sakit, Pasien mengatakan dapat melakukan kegiatan sehari hari dengan baik. Kegiatan yang dilakukan adalah menjaga cucunya dirumah dan membantu anaknya membereskan rumah, hubungan dengan keluarga, tetangga, kerabat dan temannya sangat baik.</p> <p>Selama sakit, pasien mengatakan peran sebagai ibu rumah tangga terganggu, hubungan dengan</p>

POLA KESEHATAN	PASIEN I	PASIEN II
	<p>mencukupi kebutuhannya selama di rumah sakit, pasien mengatakan hubungan dengan pasien lain dan petugas kesehatan baik, keluarga dan teman temannya selalu memberikan dukungan juga pasien tidak merasa kesepian karena selalu dijaga oleh keluarganya.</p>	<p>anggota keluarganya baik dan keluraga turut membantu mencukupi kebutuhannya selama di rumah sakit, pasien mengatakan hubungan dengan pasien lain dan petugas kesehatan baik, keluarga dan teman temannya selalu memberikan dukungan juga pasien tidak merasa kesepian karena selalu dijaga oleh keluarganya.</p>
Pola reproduksi - seksualitas	<p>Sebelum sakit, Pasien mengatakan tidak ada gangguan seksual, pasien juga mengatakan sangat paham terhadap fungsi seksual dan memiliki 2 orang anak, menarche pada umur 14 tahun, pasien mengatakan saat mentruasi selalu nyeri pada pinggang, tidak ada penggunaan obat-obatan terkait dengan reproduksi dan menggunakan KB (Implan). Selama sakit, Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada alat reproduksi status perkawinan 1x.</p>	<p>Sebelum sakit, Pasien mengatakan tidak ada gangguan seksual, pasien juga mengatakan sangat paham terhadap fungsi seksual dan memiliki 1 orang anak, menarche pada umur 14 tahun, pasien mengatakan tidak ada keluhan saat menstruasi, tidak ada penggunaan obat-obatan terkait dengan reproduksi dan tidak menggunakan KB. Selama sakit, Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada alat reproduksi status perkawinan 1x.</p>
Pola coping-toleransi terhadap stres	<p>Sebelum sakit, Pasien mengatakan dalam menyikapi suatu masalah pasien selalu sabar. Tidak ada hal-hal yang dilakukan jika mempunyai masalah, Pasien mengatakan selalu mengambil keputusan dengan berbicara kepada keluarganya, cara menangani jika ada masalah kesehatan yang terjadi pada dirinya pasien selalu ke puskesmas untuk periksa dan berdoa, berusaha agar masalah cepat selesai.</p> <p>Selama sakit, Pasien mengatakan hanya bisa berdoa dan sabar dengan keadaannya saat ini dan menyikapi dengan iklas. Hal-hal yang dilakukan dalam menghadapi masalahnya saat ini</p>	<p>Sebelum sakit, Pasien mengatakan dalam menyikapi suatu masalah pasien selalu sabar. Tidak ada hal-hal yang dilakukan jika mempunyai masalah, Pasien mengatakan selalu mengambil keputusan dengan berbicara kepada keluarganya, cara menangani jika ada masalah kesehatan yang terjadi pada dirinya pasien selalu ke puskesmas untuk periksa dan berdoa, berusaha agar masalah cepat selesai.</p> <p>Selama sakit, Pasien mengatakan hanya bisa berdoa dan sabar dengan keadaannya saat ini dan menyikapi dengan iklas. Hal-hal yang dilakukan dalam menghadapi masalahnya saat ini</p>

POLA KESEHATAN	PASIEN I	PASIEN II
	adalah banyak istirahat dan minum obat secara teratur.	adalah banyak istirahat dan minum obat secara teratur.
Pola Nilai dan Keyakinan	<p>Sebelum sakit, Pasien mengatakan beragama Islam kegiatan keagamaan selalu sholat 5 waktu, tidak ada ritual yang di yakini dapat memengaruhi kesehatan pasien.</p> <p>Selama sakit, Pasien mengatakan hanya berdoa dalam hati, dan membutuhkan pasien bantuan, dan pasien membutuhkan kunjungan rohaniawan.</p>	<p>Sebelum sakit, Pasien mengatakan beragama Islam kegiatan keagamaan selalu sholat 5 waktu dan ikut pengajian di masjid, tidak ada ritual yang di yakini dapat memengaruhi kesehatan pasien.</p> <p>Selama sakit, Pasien mengatakan hanya berdoa dalam hati, dan membutuhkan pasien bantuan, dan pasien membutuhkan kunjungan rohaniawan.</p>

4. Pengkajian Fisik

Tabel 4 Pengkajian Fisik

PENGKAJIAN FISIK	KLIEN I	KLIEN II
Pengukuran TB	: 158 cm	: 150 cm
Pengukuran BB	: 55 kg	: 60 kg
IMT	: 22	: 26
Tekanan darah	: 110/80 mmhg	120/82 mmhg
Diukur di	: Lengan kanan	Lengan kiri
Posisi pasien	: berbaring	berbaring
Nadi	: 86x / menit	100x/menit
Reguler/ Irreguler	: Reguler	Reguler
Suhu	: 36,5°C	36,6°C
Diukur di	: Axila	Axila
Respirasi	: 20x/ menit	20x/ menit
Reguler/ Irreguler	: Reguler	Reguler
Tingkat kesadaran	: Kuantitatif (Compos mentis)	Kuantitatif (Compos mentis)
Keadaan umum	: sedang	Sedang

5. Pemeriksaan Fisik

PEMERIKSAAN FISIK	PASIEN I	PASIEN II
Kepala :	: Bentuk kepala mesocephal, kulit kepala bersih, tidak ada luka, rambut tidak mudah rontok dan berminyak, kesan wajah simetris.	Bentuk kepala mesocephal, kulit kepala bersih, tidak ada luka, rambut mudah rontok dan berminyak, kesan wajah simetris.

: Tidak ada edema

Bentuk kepala mesocephal, kulit kepala bersih, tidak ada luka, rambut mudah rontok dan berminyak, kesan wajah simetris.

Tidak ada edema

PEMERIKSAAN FISIK	PASIEN I	PASIEN II
Palpasi		
Mata : Inspeksi	: Mata bersih, tidak tampak kemerahan pada mata, konjungtiva pucat, pupil isokor, Pasien mampu membaca dari jarak jauh. : Tidak ada nyeri tekan pada mata	: Mata bersih, tidak tampak kemerahan pada mata, konjungtiva pucat, pupil isokor, Pasien tidak mampu membaca dari jarak jauh. : Tidak ada nyeri tekan pada mata
Palpasi		
Telinga : Inspeksi	: Bentuk telinga simetris kiri dan kanan tidak tampak adanya luka, telinga tampak bersih tidak ada serumen : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.	: Bentuk telinga simetris kiri dan kanan tidak tampak adanya luka, telinga tampak bersih tidak ada serumen. : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.
Palpasi		
Hidung Inspeksi	: Tidak ada secret pada hidung, tidak ada pembesaran polip, tidak menggunakan alat bantu pernapasan. : Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada nyeri sinus	: Tidak ada secret pada hidung, tidak ada pembesaran polip, tidak menggunakan alat bantu pernapasan. : Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada nyeri sinus
Palpasi		
Mulut dan tenggorokan: Inspeksi	: Pasien mampu bicara dengan normal, bibir tampak pucat, tidak ada luka pada bibir dan gusi, warna lidah pucat, tidak ada pembesaran tonsil.	: Pasien mampu bicara dengan normal, bibir tampak pucat, tidak ada luka pada bibir dan gusi, warna lidah pucat, tidak ada pembesaran tonsil.
Leher: Inspeksi	: Tidak terdapat kelainan pada leher, tidak ada pembesaran vena jugularis dan kelenjar getah bening. : Tidak ada pembesaran Thyroid	: Tidak terdapat kelainan pada leher, tidak ada pembesaran jugularis dan kelenjar getah bening.

PEMERIKSAAN FISIK	PASIEN I	PASIEN II
Palpasi		: Tidak ada pembesaran Thyroid
Dada : Inspeksi	: Pengembangan dada simetris, tidak terdapat kelainan bentuk dada, tidak ada retraksi dada, jenis pernapasan eupnoe (Normal), Frekuensi napas 20x/ menit. : Vocal premitus pada dinding dada kanan dan kiri sama, ictus cordis teraba pada ics 3-5 mid clavicula kiti, tidak tedapat krepitasi tulang, tidak teraba adanya massa.	: Pengembangan dada simetris, tidak terdapat kelainan bentuk dada, tidak ada retraksi dada, jenis pernapasan eupnoe (Normal), Frekuensi napas 20x/ menit. : Vocal premitus pada dinding dada kanan dan kiri sama, ictus cordis teraba pada ics 3-5 mid clavicula kiti, tidak tedapat krepitasi tulang, tidak teraba adanya massa.
Palpasi	: Terdengar sonor pada lapang paru.	: Terdengar sonor pada lapang paru.
Perkusi	: Tidak terdengar bunyi napas tambahan, Vesicular, HR : 98x/ Menit.	: Tidak terdengar bunyi napas tambahan, Vesicular, HR : 98x/ Menit.
Auskultasi		
Payudara : Inspeksi	: Bentuk payudara simetris dan tampak bersih.	: Bentuk payudara simetris dan tampak bersih.
Punggung : Inspeksi	: Tidak ada kelainan pada bentuk vertebra. : Tidak ada nyeri tekan pada tulang vertebra.	: Tidak ada kelainan pada bentuk vertebra. : Tidak ada nyeri tekan pada tulang vertebra
Abdomen : Inspeksi	: Warna kulitsawo matang, tidak ada lesi, bentuk abdomen simetris, tidak terdapat benjolan. : Frekuensi perstaltik 13x/ menit. : Tidak terdapat cairan atau tumor dan nyeri ketuk pada organ-organ abdomen. : Tidak teraba adanya benjolan, tidak ada massa.	: Warna kulit sawo matang, tidak ada lesi, bentuk abdomen simetris, tidak terdapat benjolan. : Frekuensi perstaltik 13x/ menit. : Tidak terdapat cairan atau tumor dan nyeri ketuk pada organ-organ abdomen. : Tidak teraba adanya benjolan, tidak ada massa.
Auskultasi		
Perkusi		
Palpasi		

PEMERIKSAAN FISIK	PASIEN I	PASIEN II
Genitalia: Inspeksi	:Tidak terpasang kateter atau alat bantu medic , tidak ada perdarahan/ secret	:Tidak terpasang kateter atau alat bantu medic tidak ada perdarahan/ secret
Ekstremitas Atas: Inspeksi	: Kedua lengan atas lengkap, tidak ada luka pada ke dua tangan, tidak ada kelainan pada jari, Tidak di temukan <i>Clubbing finger</i> , klien mampu menggepalkan ke dua tangan. : CRT tidak lebih dari 2 detik, tidak ada edema.	: Kedua lengan atas lengkap, tidak ada luka pada ke dua tangan, tidak ada kelainan pada jari , Tidak di temukan <i>Clubbing finger</i> , klien mampu menggepalkan ke dua tangan.
Palpasi	: Tidak ada oedema, Ektremitas kiri dan kanan lengkap, Bentuk kaki normal, tidak ada kaki gajah dan tidak terdapat luka.	: CRT tidak lebih dari 2 detik, tidak ada edema.
Ektremitas Bawah: Inspeksi	: Tidak terdapat nyeri tekan.	: Terdapat oedema pada kaki kanan, kondisi kaki tidak lengkap karena post amputasi kanan 1 minggu yang lalu. : Terdapat nyeri tekan pada kaki kanan.

Palpasi

6. Pemeriksaan diagnostik
 a) Pemeriksaan laboratorium Klien I

Tabel 5 Tabel Hasil Laboratorium Pasien 1

PARAMETER	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
KOAGULASI			
Masa Pembekuan	10'00"	Menit	<15
Masa Perdarahan	1'00"	Menit	1-3
GULA DARAH			
Glukosa sewaktu	H 320	Mg/dl	80-140
SEROLOGI			
HbsAg Klualitatif	Non Reaktif		Non Reaktif

- b) Pemeriksaan Radiologi klien I
 Hasil pemeriksaan:
 FOTO THORAX AP:
 • Ground glass opacity paru kanan
 • Cor: bentuk, ukuran dan letak, normal aorta normal

- Sinus dan diafragma baik
- Tulang tulang yang tervisualisasi intak
- Soft tissue yang tervisualisasi baik

KESAN: **Suspek pneumonia dextra**

c) Pemeriksaan Laboratorium klien II

Tabel 6 Tabel Pemeriksaan Laboratorium klien II

PARAMETER	HASIL	NILAI NORMAL	SATUAN
KIMIA DARAH			
Glukosa sewaktu	321	mg/dl	80-140
Ureum darah	124	mg/dl	10-50
Kreatinin Darah	2.0	mg/dl	0,5-0,9
ELEKTROLIT			
Elektrolit			
Natrium Darah	142	mmol/L	136-145
Kalium darah	4,4	mmol/L	3,5-5,1
Klorida darah	117	mmol/L	98-107

7. Penatalaksanaan

a) Terapi yang diberikan Klien I

Tabel 7 Tabel Terapi yang diberikan Klien I

Nama obat	Dosis	Waktu	Cara pemberian
IUFD RL, NaCl 0,9	20 tpm		
Paracetamol	500 mg	8 jam	Drips
Furosimide	40 mg	24 jam	IV
Metronidazole	500 mg	8 jam	Drips
Cefriaxone	1 gr	12 jam	IV
Levofloxacine	500 mg	24 jam	Drips
Cilostazol	50 mg	2x1	Oral
Miniaspi	80 mg	24 jam	Oral
Clindamicyn	150 mg	24 jam	Oral
Atorvastatin	20 mg	24 jam	Oral
Kidmin	100 ml	24 jam	IV
Ranitidine	500 mg	12 jam	IV

b) Terapi yang diberikan Klien II

Tabel 8 Tabel Terapi yang diberikan Klien II

Nama obat	Dosis	Waktu	Cara pemberian
IUFD RL	20 Tpm		
Paracetamol	500 mg	8 jam	Drips

Furosimide	40 mg	8 jam	IV	
Metrodinazole	500 mg	8 jam	Drips	
Cefriaxone	1 gr	12 jam	IV	
Lantus	0-0-20	24 jam	SC	
Kidmin	100 ml	24 jam	IV	
Ranitidine	50 mg	12 jam	IV	
Apidra	50 unit dalam 50 cc NaCl 0,9%	3 cc/ jam	IV	

1. Klasifikasi Data

Tabel 9 Tabel Klasifikasi Data

Pasien I	Pasien II
DS: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan pusing saat beraktivitas. • Pasien mengatakan mual muntah • Pasien mengatakan mudah mengantuk • Pasien mengatakan sering merasa lapar tetapi mudah mengantuk • Pasien mengatakan berat badan menurun dari 61 kg menjadi 55 kg dalam 6 bulan terakhir. DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemas • Pasien tampak mual muntah • Pasien tampak pucat • GDS : 361 mg/dl • Observasi TTV: TD : 110/80 mmhg Nadi : 86x/ menit Pernafasan : 20x/ menit Suhu : 36,5°C Spo2 : 96% 	DS: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan merasa pusing. • Pasien mengatakan sering merasa lapar • Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan. • Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan post amputasi 1 minggu yang lalu. • Pasien mengatakan lemas • Pasien mengatakan mual muntah • Pasien mengatakan BB menurun dari 65 kg menjadi 60 kg dalam 6 bulan terakhir. DO : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemas • Pasien tampak pucat • Pasien tampak mual-muntah • Pasien menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi bubur yang di berikan • GDS : 372 mg/dl • Observasi TTV : TD : 120/82 mmhg Nadi : 100x/ menit Pernafasan : 20x/ menit Suhu : 36,6°C Spo2 : 96%

2. Analisa Data

Tabel 10 Tabel Analisa Data

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
Pasien I DS : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan pusing saat beraktivitas. • Pasien mengatakan mual muntah • Pasien mengatakan mudah mengantuk • Pasien mengatakan sering merasa lapar tetapi mudah mengantuk • Pasien mengatakan berat badan menurun dari 61kg menjadi 55 kg dalam 6 bulan terakhir. DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemas • Pasien tampak mual muntah • Pasien tampak pucat • GDS : 361 mg/dl • Observasi TTV: TD : 110/80 mmhg Nadi : 86x/ menit Pernafasan: 20x/ menit Suhu : 36,5°C Spo2 : 96% 	Hiperglikemia	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

3. Diagnosa Keperawatan
- a) Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Hiperglikemia
4. Intervensi Keperawatan

Tabel 4 11 Tabel Intervensi Keperawatan

Pasien I

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Keperawatan	
		Intervensi	Rasional
DS : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dilakukan mengatakan intervensi pusing saat keperawatan beraktivita. • Pasien mengatakan jam maka mual kestabilan muntah Kadar Glukosa 	Setelah intervensi pusing saat keperawatan selama 3x24 jam maka kestabilan Kadar Glukosa	Observasi:.. 1.Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2.Monitor kadar glukosa	1.untuk mengetahui Penyebab tingginya kadar glukosa darah Pasien. 2.Untuk mengetahui GDS pasien.

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Keperawatan Intervensi	Rasional
• Pasien mengatakan mudah mengantuk	Darah meningkat (L.03022) dengan	darah 3.Monitor tanda dan gejala	3.Untuk mengetahui gejala hiperglikemia
• Pasien mengatakan sering merasa lapar tetapi tidak nafsu makan	Kriteria hasil : - Mengantuk menurun (5)	hiperglikemia. 4.Monitor intake dan output cairan.	4.Untuk mengetahui Cairan Yang ada dalam tubuh pasien
• Pasien mengatakan berat badan menurun dari 61 kg menjadi 55 kg dalam 6 bulan terakhir.	- Pusing menurun (5) - Lelah/lesu menurun (5)	Edukasi: 5.Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250mg/dl. 6.Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga	5.Untuk menghindari terjadinya komplikasi pada pasien
DO:		Kolaborasi : 7.Kolaborasi pemberian cairan IV.	6.Untuk meningkatkan kesehatan pasien 7.Untuk membantu Proses penyeimbuhan.
• Pasien tampak lemas			
• Pasien mual muntah			
• Pasien tampak pucat			
• GDS : 361 mg/dl			
• Observasi TTV: TD:110/80mm hg Nadi : 86x/ menit Pernafasan:20x / menit Suhu : 36,5°C Spo2 : 96%			

Pasien II

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Keperawatan	
		Intervensi	Rasional
DS : <ul style="list-style-type: none">• Pasien mengatakan merasa pusing.• Pasien mengatakan sering merasa lapar selama 3x24 jam maka tidak ada nafsu makan.• Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan post amputasi 1 minggu yang lalu.• Pasien mengatakan lemas• Pasien mengatakan mual muntah• Pasien mengatakan BB menurun dari 65 kg menjadi 60 kg dalam 6 bulan terakhir	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka kestabilan Kadar Glukosa Darah meningkat (L.03022) dengan Kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none">- Mengantuk menurun (5)- Pusing menurun (5)- Lelah/lesu menurun (5)	Observasi:.. 1.Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2.Monitor kadar glukosa darah 3.Monitor tanda dan gejala hiperglikemia. 4.Monitor intake dan output cairan. Edukasi: 5.Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250mg/dl. 6.Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga Kolaborasi : 7.Kolaborasi pemberian cairan IV.	1.untukmengetahui Penyebab tingginya kadar glukosa darah Pasien. 2.Untuk mengetahu i GDS pasien. 3.Untuk mengetahui gejala hiperglikemia 4.Untuk mengetahui Cairan Yang ada dalam tubuh pasien 5.Untuk menghindari terjadinya komplikasi pada pasien 6.Untuk meningkatkan kesehatan pasien 7.menjaga volume sirkulasi sentral dan perifer adekuat
DO : <ul style="list-style-type: none">• Pasien tampak lemas• Pasien tampak pucat• Pasien tampak mual-muntah• Pasien menghabiskan ½ porsi bubur yang di berikan• GDS : 372 mg/dl• Observasi TTV : TD: 120/82mmhgNadi: 100x/menitPernafasan: 20x/ menitSuhu : 36,6°C			

Spo2 : 96%

5. Implementasi Keperawatan

Tabel 12 Tabel Implementasi Keperawatan

Pasien I		Hari/Tgl	No.DP	Jam	Implementasi	Paraf
Jumat, 19				08.00	Memberi salam, membina saling percaya,	A
April 2024					menjelaskan maksud dan tujuan tindakan yang	R
					akan dilakukan, Melakukan pengkajian identitas	R
				08.30	pasien, Riwayat kesehatan, pola gordon dan	U
					pengkajian Fisik	A
					Hasil : Pasien menjawab salam, Pasien mengatakan	N
				09.00	bersedia menjadi respondent	B
					Merapikan tempat tidur pasien	A
	1.1			09.15	Hasil : Pasien tampak nyaman saat tempat tidur	M
					sudah dirapikan	B
					Mengkaji keluhan pasien	A
	1.3			09.30	Hasil: Pasien mengatakan pusing saat beraktivitas	
					Mengidentifikasi kemungkinan penyebab	
					Hiperglikemia	
				09.40	Hasil : Pasien mengatakan selama ini selalu makan	
					makanan yang bertentangan dengan penyakitnya	
					dan pasien sering merasa lapar tetapi tidak ada	
					nafsu makan.	
					Memonitor tanda dan gejala Hiperglikemia	
					Hasil : Pasien mengatakan pusing, lemas, sering	
					merasa lapar tetapi tidak nafsu makan, mudah	
	1.2			11.00	mengantuk.	
					Mengobservasi TTV :	
	1.5			11.10	Hasil:	
					TD : 110/80 mmhg	
					N : 86x/ menit	
					S : 36,5°C	
	1.6			11.40	R : 20x/ menit	
					Spo2 : 96%	
					Memonitor kadar glukosa darah	
	1.7			12.00	Hasil: Pemeriksaan GDS 361 mg/dl.	
					Menganjurkan pasien tidak beraktivitas saat kadar	
					glukosa darah lebih dari 200 mg/dl.	
				12.30	Hasil : Pasien mengatakan bersedia untuk tidak	
					melakukan aktivitas dan pasien tampak Bed Rest.	
					Menjelaskan mengenai penyakit Diabetes Mellitus	

Hari/Tgl	No.DP	Jam	Implementasi	Paraf
	1.2	13.00	<p>Hasil :</p> <p>Pasien mengatakan sudah sedikit lebih paham mengenai penyakit DM.</p> <p>Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga.</p> <p>Hasil:</p>	
	1.4	14.00	<p>Pasien mengatakan bersedia untuk mengatur pola makannya.</p> <p>Memberikan makanan kepada pasien.</p> <p>Hasil:</p> <p>Pasien menghabiskan makanan yang diberikan</p> <p>Kolaborasi pemberian insulin.</p>	E V Y
		14.50	<p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan belum pernah menggunakan insulin 	
		15.00	<ul style="list-style-type: none"> - Diberikan terapi - Metronidazole 500 mg/tab 	
		16.00	<ul style="list-style-type: none"> - Paracetamol 500mg/Drips <p>Memonitor intake dan output cairan</p>	
		19.00	<p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebutuhan cairan tubuh pasien 2.200 cc/24 jam - Intake :Pasien minum 1.100 cc/ hari - Output : 1000 cc/ hari - Skema cairan Infus RL- NaCl 0,9 20 tpm/ 24 jam 	N U R U L
		21.00	<p>Mengganti cairan infus</p>	
		22.00	<p>Hasil:</p> <p>Cairan RL 20 tpm</p>	
		23.00	<p>Memonitor GDS</p>	
		00.05	<p>Hasil: GDS 290 mg/dl</p> <p>Melakukan TTV</p> <p>Hasil : TD: 120/70 mmhg , N: 95x/ menit, P:20x/ menit, S: 36°C</p>	
Sabtu, 20 April 2024		08.00	<p>Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Hasil :</p>	
		08.30	<ul style="list-style-type: none"> - Kebutuhan cairan tubuh pasien 2.200 cc/24 jam 	
		08.35	<ul style="list-style-type: none"> - Intake :Pasien minum 1000 cc/ hari - Output : 1000 cc/ hari - Skema cairan Infus RL 20 tpm/ 24 jam 	A R
	1.1	08.45	<p>Memonitor GDS</p> <p>Hasil: 400mg/dl</p> <p>Mengganti cairan infus</p> <p>Hasil: Ciran NaCl 0,9% 20 tpm</p>	R U A

Hari/Tgl	No.DP	Jam	Implementasi	Paraf
	1.3		Memonitor GDS	N
		08.55	Hasil: 350 mg/dl	B
			Memonitor infus pasien	A
				M
		09.15	Memberi salam kepada pasien lalu melanjutkan pengkajian	B
	1.5		Hasil: Pasien menjawab salam	A
		10.00	Memonitor kadar glukosa darah	
			Hasil: Pemeriksaan GDS 400 mg/dl	
			Merapikan tempat tidur pasien	
	1.6		Hasil:	
		10.30	Pasien tampak nyaman saat selesai dirapikan tempat tidurnya.	
			Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia	
	1.2	11.00	Hasil:	
			Pasien mengatakan sebelum sakit pasien sangat menyukai makan dan minuman manis tanpa memikirkan penyakit yang terjadi pada dirinya.	
		11.30	Hasil:	
			Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia.	
			Hasil:	
			Pasien mengatakan masih merasa lemas.	
		12.30	Mengkaji keluhan pasien	
			Hasil:	
			Keadaan pasien sedang, Pasien mengatakan masih sering mengalami pusing, mual dan muntah dan pasien tampak lemas.	
	1.7	13.00	Hasil:	
			Menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 200 mg/dl	
	1.4	14.00	Hasil:	
			Pasien masih di anjurkan untuk tidak melakukan aktivitas karena kadar glukosanya belum stabil.	
			Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan	
		14.50	olahraga	
			Hasil:	
			Pasien mengatakan sudah mengetahui tentang	A
		15.00	diitnya dan cara mengatur pola makan yang benar.	Q
			Memonitor kadar glukosa darah	I
		16.00	Hasil:	L
			Pemeriksaan GDS 376 mg/dl	A
		19.00	Mengobservasi TTV :	
			TD : 120/80 mmhg	
			Nadi : 90x/menit	

Hari/Tgl	No.DP	Jam	Implementasi	Paraf
			Pernapasan : 20x/menit Suhu : 36.8 °C Spo2 : 97%	N U
		21.00	Membagikan makanan pasien Hasil:	R U
		22.00	Pasien menghabiskan 1 porsi bubur nasi merah yang diberikan	L
		23.00	Memonitor intake dan output cairan Hasil:	
		00.05	- Kebutuhan cairan tubuh pasien 2.200 cc/24 jam	A R
Minggu, 21 April 2024		08.00	- Intake :Pasien minum 1.300/ hari - Output : 1000 cc/ hari - Skema cairan Infus RL- NaCl 0,9 20 tpm/ 24 jam	R U A N
	1.2		Mengganti cairan infus Hasil: Cairan RL 20 tpm	B A M
		08.30	Memonitor GDS Hasil: GDS 320 mg/dl	B A
	1.6		Melakukan TTV Hasil : TD: 110/70 mmhg , N: 90x/ menit, P:20x/ menit, S: 36,5°C Memonitor intake dan output cairan Hasil :	
		09.00	- Kebutuhan cairan tubuh pasien 2.200 cc/24 jam - Intake :Pasien minum 1000 cc/ hari - Output : 1000 cc/ hari - Skema cairan Infus RL 20 tpm/ 24 jam	
	1.7		Memonitor GDS Hasil: 400mg/dl Mengganti cairan infus Hasil: Ciran NaCl 0,9% 20 tpm	
		11.30	Memonitor GDS Hasil: 350 mg/dl	
		12.30	Memonitor infus pasien	
			Memberi salam dan melanjutkan pengajian tentang keluhan pasien Hasil: Pasien menjawab salam, pasien mengatakan keadaan mulai membaik dan pusing sudah berkurang Memonitor kadar glukosa darah	

Hari/Tgl	No.DP	Jam	Implementasi	Paraf
			<p>Hasil: Pemeriksaan GDS : 195 mg/dl</p> <p>Merapikan tempat tidur pasien</p> <p>Hasil:</p> <p>Pasien mengatakan merasa nyaman setelah tempat tidur sudah dirapikan</p> <p>Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga.</p> <p>Hasil:</p> <p>Pasien mengatakan diit makanan yang dikonsumsi sudah sesuai dengan diit DM yang diberikan di RS</p> <p>Mengobservasi TTV :</p> <p>TD : 120/70 mmhg</p> <p>Nadi : 88x/menit</p> <p>Pernapasan : 20x/menit</p> <p>Suhu : 36.6 °C</p> <p>Spo2 : 97%</p> <p>Berkolaborasi pemberian insulin:</p> <p>Hasil: Pasien tidak mendapatkan therapy insulin</p> <p>Memberi makanan kepada pasien</p> <p>Hasil:</p> <p>Pasien makan 1 porsi</p>	

Pasien II

No			Implementasi	Paraf
Hari/Tgl	DP	Jam		
Senin,22 April 2024		08.00	Memberi salam, membina hubungan saling percaya, menjelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan, melakukan pengkajian identitas, riwayat kesehatan, pola Gordon dan pengkajian fisik.	
		08.10	Hasil : Pasien menjawab salam, pasien mengatakan sudah mengetahui tentang perawatan yang sudah dijelaskan dan akan dilakukan 3 hari kedepan , pasien juga bersedia menjadi respondent.	
	1.1	08.15	Merapikan tempat tidur pasien	
			Hasil: Pasien merasa nyaman saat tempat tidur sudah dirapikan	
	1.3	08.20	Memonitor kadar glukosa darah	
			Hasil: 615 mg/dl	
			Memberi therapy insulin Novorapid 25 unit/SC	
			Mengidentifikasi kemungkinan penyebab	
		08.50	hiperglikemia	
			Hasil:	
		09.00	Pasien mengatakan sebelum masuk RS, pasien	

- sering makan makanan yang bertentangan dengan penyakitnya.
- 1.3 Memonitor kadar glukosa darah
09.15 Hasil: 412 mg/dl
Menjelaskan mengenai penyakit Diabetes Mellitus
- 1.1 Hasil :
09.30 Pasien mengatakan sudah sedikit lebih paham mengenai penyakit DM yang sudah di jelaskan
Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia
- 10.00 Hasil:
Pasien mengatakan lemas, sakit kepala, pandangan sedikit kabur dan sering merasa lapar
- 1.4 10.30 Menganjurkan menghindari olahraga saat glukosa darah lebih dari 250 mg/dl
Hasil:
Pasien bedrest di atas tempat tidur dan ADL di bantu oleh keluarga
Memberikan edukasi kepada pasien tentang diit DM
- 11.00 Hasil:
Pasien mengatakan sudah mengetahui dan mengerti tentang diit DM yang sudah di jelaskan
- 1.6 Mengobservasi TTV :
TD : 110/70 mmhg
- 1.7 12.00 Nadi : 78x/menit
12.30 Pernapasan : 18x/menit
- 1.5 Suhu : 37 °C
12.40 Spo2 : 99%
- Memonitor kadar glukosa darah
13.00 Hasil: 371 mg/dl
Memberi therapy insulin novorapid 20 unit/SC
- 14.50 Memberikan makan kepada pasien
Hasil:
Pasien makan 1porsi bubur
- 15.00 Menginjeksi obat pasien
Hasil: Furosimide 40 mg/ 8 jam/IV
Memonitor tekanan darah
- 16.00 Hasil: TD: 130/80 N: 100x/ menit P: 20x/menit
Menganjurkan terhadap kepatuhan diet
- 19.00 Hasil: Pasien mengatakan mengerti tentang diet yang diberikan oleh dokter
- 21.00 Memonitor intake dan output cairan
Hasil: intake :1.300 cc
Output:900 cc
Mengganti cairan infus
- 22.00 Hasil:

			Cairan RL 20 tpm
	23.00	Memonitor GDS	Hasil: GDS 390 mg/dl
	00.05	Melakukan TTV	Hasil : TD: 110/60 mmhg , N: 90x/ menit, P:20x/ menit, S: 36,5°C
		Memonitor intake dan output cairan	
		Hasil :	
		intake :1.300 cc	
		Output:900 cc	
		Memonitor GDS	
		Hasil: 400mg/dl	
		Mengganti cairan infus	
		Hasil: Ciran NaCl 0,9% 20 tpm	
		Memonitor GDS	
		Hasil: 460 mg/dl	
		Memonitor infus pasien	
Selasa, 23	08.00	Memberi salam kepada pasien lalu melanjutkan pengkajian	
April			
2024	1.3	08.15 Hasil: Pasien menjawab salam	
		Memonitor kadar glukosa darah	
	1.7	08.20 Hasil: Pemeriksaan GDS 350 mg/dl	
		08.30 Memberi therapy insulin Novorapid 20 unit/SC	
		Merapikan tempat tidur pasien	
		Hasil:	
	1.1	09.00 Pasien tampak nyaman saat tempat tidur sudah dirapikan	
	1.2	10.00 Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia	
		10.30 Hasil:	
		Pasien mengatakan selama ini di rumah sering makan dan minum yang manis manis tanpa memikirkan komplikasi yang akan terjadi pada dirinya.	
		Memonitor kadar glukosa darah	
	1.5	11.00 11.30 Hasil: Pemeriksaan GDS 325 mg/dl	
		Menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 200 mg/dl	
		Hasil:	
		Pasien masih di anjurkan untuk tidak melakukan aktivitas karena kadar glukosa darah belum stabil.	
	12.10	Mengobservasi TTV :	
		TD : 120/80 mmhg	
	12.30	Nadi : 86 x/menit	
		Pernapasan : 20x/menit	

			Suhu : 36.9 °C Spo2 : 97%
		13.00	Memonitor kadar glukosa darah Hasil: Pemeriksaan GDS 310 mg/dl Memberi therapy insulin Novorapid 20 unit /SC Membagikan makanan pasien
		14.50	Hasil: Pasien menghabiskan 1 porsi bubur nasi merah yang diberikan
		15.00	Memonitor intake dan output cairan Hasil:
		16.00	- Intake :1.200 cc - Output : 900 cc
		19.00	Mengganti cairan infus Hasil: Cairan RL 20 tpm Memonitor GDS
		21.00	Hasil: GDS 390 mg/dl Melakukan TTV
		22.00	Hasil : TD: 110/60 mmhg , N: 90x/ menit, P:20x/ menit, S: 36,5°C
		23.00	Memonitor intake dan output cairan Hasil :
		00.05	intake :1.300 cc Output:900 cc Memonitor GDS Hasil: 400mg/dl Mengganti cairan infus Hasil: Ciran NaCl 0,9% 20 tpm Memonitor GDS Hasil: 460 mg/dl Memonitor infus pasien
Rabu 24 April 2024	1.3	08.00	Memberi salam kepada pasien lalu melanjutkan pengkajian
	1.2	08.10	Hasil: Pasien menjawab salam Memonitor kadar glukosa darah
		08.20	Hasil: 300 mg/dl
		08.30	Memberi therapy Novorapid 18 unit/SC Merapikan tempat tidur pasien
		1.5	Hasil: Pasien berterima kasih dan mengatakan merasa nyaman setelah tempat tidur terlihat rapih dan bersih Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia Hasil:

- 10.00 Pasien mengatakan selama ini tidak mematuhi diet makanan dan Pasien mengatakan lemas dan sakit kepala sudah berkurang serta pandangan sudah mulai membaik
Memonitor kadar glukosa darah
Hasil: 290 mg/dl
Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga.
- Hasil:
Pasien mengatakan sudah mulai mengontrol diit makanannya sesuai dengan diit DM yang di berikan dan belum mampu melakukan olahraga karena kadar glukosa darah masih belum stabil.
- 11.30 Mengobservasi TTV :
TD : 110/60 mmhg
Nadi : 86 x/menit
- 12.00 Pernapasan : 20x/menit
Suhu : 36 °C
Spo2 : 96%
- 12.10 Ajarkan pengelolaan diabetes terutama penggunaan insulin saat di rumah pada pasien dan keluarga
Hasil:
Pasien dan kelurga mulai mengerti dan mengetahui cara penggunaan insulin secara mandiri
Memonitor kadar glukosa darah
Hasil: 300 mg/dl
- 14.50 Memberi therapy Novorapid 18 unit/SC
Memberi makanan kepada pasien
Hasil:
- 15.00 Pasien makan 1 porsi bubur
Memonitor intake dan output cairan
- 16.00 Hasil: Intake: 1.200 cc
Output :800 cc
- 19.00 Mengganti cairan infus
Hasil:
Cairan RL 20 tpm
Memonitor GDS
- 21.00 Hasil: GDS 390 mg/dl
Melakukan TTV
- 22.00 Hasil : TD: 110/60 mmhg , N: 90x/ menit, P:20x/ menit, S: 36,5°C
- 23.00 Memonitor intake dan output cairan
Hasil :
- 00.05 intake :1.300 cc
Output:900 cc

Memonitor GDS
Hasil: 400mg/dl
Mengganti cairan infus
Hasil: Ciran NaCl 0,9% 20 tpm
Memonitor GDS
Hasil: 460 mg/dl
Memonitor infus pasien

6. Evaluasi

Tabel 4 13 Tabel Evaluasi

Pasien I

Hari /tgl	No.	Jam	Evaluasi	Paraf
DP				
Jumat, 19 April 2024	1	23.00	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Hiperglikemia. S: - Pasien mengatakan pusing saat beraktivitas - Pasien mengatakan sering merasa lapar tetapi tidak nafsu makan - Pasien mengatakan lemas O: - GDS: 412 mg/dl - Pasien tampak lemas A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) 1) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2) Monitor kadar glukosa darah 3) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 4) Monitor intake dan output cairan 5) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 200mg/dl 6) Anjurkan kepatuhan terhadap diit 7) Kolaborasi pemberian insulin	
Sabtu, 20 April 2024	I	23.00	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Hiperglikemia. S: - Pasien mengatakan sudah mulai tidak merasa pusing - Pasien mengatakan lemas O: - Pasien tampak lemas - GDS : 376 mg/dl A: Masalah belum teratasi	

Hari /tgl	No. DP	Jam	Evaluasi	Paraf
			<p>P: Intervensi dilanjutkan (1, 2, 3, 4, 5, 6, ,7)</p> <p>1) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</p> <p>2) Monitor kadar glukosa darah</p> <p>3) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p>4) Monitor intake dan output cairan</p> <p>5) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 200mg/dl</p> <p>6) Anjurkan kepatuhan terhadap diit</p> <p>7) Kolaborasi pemberian insulin</p>	
Minggu,21 April 2024	I	23.00	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Hiperglikemia</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak merasa pusing - Pasien mengatakan lemas sudah mulai berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDS: 195 mg/dl <p>A: Masalah belum teratas</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan (2, 6, 7)</p> <p>1) Monitor kadar Glukosa darah</p> <p>2) Anjurkan kepatuhan terhadap diit</p> <p>3) Kolaborasi pemberian insulin</p>	

Pasien II

Hari/tgl	No.DP	Jam	Evaluasi	Paraf
Senin,22 April 2024	II	23.00	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa darah berhubungan dengan Hiperglikemia.</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan Pusing saat beraktivitas - Pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan post amputasi 1 minggu yang lalu. - Pasien mengeluh lemas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDS: 412 	

Hari/tgl	No.DP	Jam	Evaluasi	Paraf
Selasa, 23 April 2024	II	23.00	<p>mg/dl</p> <p>- Pasien tampak lemas</p> <p>- Tampak luka pada kaki kanan pasien post amputasi 1 minggu yang lalu.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)</p> <p>1) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</p> <p>2) Monitor kadar glukosa darah</p> <p>3) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p>4) Monitor intake dan output cairan</p> <p>5) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 200mg/dl</p> <p>6) 5) Anjurkan kepatuhan terhadap diit</p> <p>7) 6) Kolaborasi pemberian insulin</p>	
			<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa darah berhubungan dengan Hiperglikemia.</p> <p>S:</p> <p>- Pasien mengatakan masih pusing saat beraktivitas</p> <p>- Pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan post amputasi 1 minggu yang lalu.</p> <p>- Pasien mengatakan lemas</p> <p>O:</p> <p>- GDS: 310</p> <p>mg/dl</p>	

Hari/tgl	No.DP	Jam	Evaluasi	Paraf
			<ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak lemas- Tampak luka pada kaki kanan pasien post amputasi 1 minggu yang lalu. <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)</p> <ol style="list-style-type: none">1) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia3. 2) Monitor kadar glukosa darah4. 3) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia5. 4) Monitor intake dan output cairan6. 5) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 200mg/dl7. 6) Anjurkan kepatuhan terhadap diit8. 7) Kolaborasi pemberian insulin	
Rabu, 24 April 2024	II	23.00	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa darah berhubungan dengan Hiperglikemia.</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan masih pusing saat beraktivitas- Pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan post amputasi 1 minggu yang lalu.- Pasien mengatakan lemas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- GDS: 310 mg/dl	

Hari/tgl	No.DP	Jam	Evaluasi	Paraf
			<ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak lemas- Tampak luka pada kaki kanan pasien post amputasi 1 minggu yang lalu. <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)</p> <ul style="list-style-type: none">1) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia9. 2) Monitor kadar glukosa darah10. 3) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia11. 4) Monitor intake dan output cairan12. 5) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 200mg/dl13. 6) Anjurkan kepatuhan terhadap diit7) Kolaborasi pemberian insulin	

B. Pembahasan

Implementasi Manajemen Hiperglikemia Pada Pasien DM Dengan Kadar Glukosa Darah Tinggi di RSUD Andi Makkasau kota Parepare di Ruang Seruni I pada Ny.R pasien I) dan Ny. R (Pasien II) mulai dari tahap Pengkajian, Penegakan diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi serta akan di bahas antara kasus yang di kelola di Rumah sakit dengan konsep teori.

a. Pengkajian

Pada tahap pengkajian, penulis menemukan persamaan data yang terjadi pada pasien I dan Pasien II dimana keduanya dengan diagnose DM+H, pada pasien 1 didapatkan data bahwa pasien mengatakan dirinya baru megetahui terkena penyakit diabetes mellitus setelah masuk rumah sakit dengan keluhan pusing saat beraktifitas, sering merasa lapar tapi tidak nafsu makan, lemas, mual muntah, dan sering merasa mengantuk. Setelah dilakukan pemeriksaan GDS dengan hasil 400 mg/dl. Pada pasien 2 didapatkan data bahwa pasien didiagnosa diabetes mellitus sejak 5 tahun yang lalu dan post amputasi pada kaki sebelah kanan sejak 1 minggu yang lalu. Pasien mengeluh pusing saat beraktifitas, sering merasa lapar tapi tidak nafsu makan, lemas, mual

muntah, sering merasa mengantuk, dan mengeluh nyeri pada kaki post amputasi. Hasil pemeriksaan GDS 412mg/dl.

Menurut (Farid 2014), Hiperglikemia terjadi karena adanya peningkatan kadar glukosa dalam darah melebihi batas normal atau kadar glukosa darah sewaktu melebihi 200 mg/dl yang dibuktikan melalui pemeriksaan laboratorium kadar glukosa darah dan gambaran klinis pasien. Dan menurut (ADA, 2021; Su et al) keluhan dan tingginya kadar glukosa darah yang dialami pada pasien hiperglikemia adalah salah satunya kelemahan yang dimana terjadi karena kurangnya invasi gula dalam sel-sel tubuh, menghasilkan lebih sedikit energi dan menghasilkan kelemahan.

Menurut peneliti dari hasil pengkajian diatas dari keluhan kedua pasien menunjukkan pasien megalami ketidakstabilan glukosa darah yang ditandai dengan dengan keluhan pusing saat beraktifitas, sering merasa lapar tapi tidak nafsu makan, lemas, mual muntah, dan sering merasa mengantuk.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah cara mengidentifikasi, dan mengatasi kebutuhan spesifik serta respon terhadap masalah actual, resiko tinggi maupun potensial.

Dari data yang diperoleh pada pasien 1 dan pasien 2 di temukan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hiperglikemia dengan data :

Pada pasien 1 diperoleh data subjektif pasien mengatakan dirinya baru megetahui terkena penyakit diabetes mellitus setelah masuk rumah sakit dengan keluhan pusing saat beraktifitas, sering merasa lapar tapi tidak nafsu makan, lemas, mual muntah, dan sering merasa mengantuk. Data objektif yang didapatkan dari hasil pemeriksaan GDS dengan hasil 400 mg/dl.

Pada pasien 2 diperoleh data subjektif pasien mengatakan sudah didiagnosa diabetes mellitus sejak 5 tahun yang lalu. Pasien mengeluh pusing saat beraktifitas, sering merasa lapar tapi tidak nafsu makan, lemas, mual muntah, sering merasa mengantuk, dan mengeluh nyeri pada kaki post amputasi. Data objektif yang didapatkan dari hasil pemeriksaan GDS 412mg/dl dan post amputasi pada kaki sebelah kanan sejak 1 minggu yang lalu. Menurut SDKI PPNI (2016) ketidakstabilan kadar glukosa darah ialah variasikadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal.

Menurut Siswanti et al (2021) jika pasien Diabetes Mellitus mengalami Hiperglikemia dengan GDS >200 mg/dl maka bisa di rumuskan diagnose ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia.

c. Intervensi

Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah di sebabkan oleh makan secara berlebih, serta perubahan gaya hidup yang tidak sehat, intervensi yang diberikan ialah manajemen hiperglikemia dan tujuan dari intervensi yang dilakukan selama 3x24 jam, dengan kriteria hasil : mengantuk menurun (5), pusing menurun (5), lelah atau lesuh menurun (5), rasa lapar menurun (5), kadar glukosa dalam darah membaik (5).

Adapun intervensi yang dilakukan oleh peneliti menurut (PPNI, 2016) adalah sebagai berikut:

Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia

- 1) Monitor kadar glukosa darah
- 2) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia
- 3) Monitor intake dan output cairan

4) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 200mg/dl

5) Anjurkan kepatuhan terhadap diit

6) Kolaborasi pemberian insulin.

d. Implementasi

Penulis melakukan implementasi kepada kedua klien berdasarkan intervensi yang telah di rencanakan. Hal ini dilakukan untuk mempertahankan dan memulihkan kesehatan klien.

Implementasi atau pelaksanaan merupakan realisasi dari rencana yang telah disesuaikan dengan diagnose keperawatan yang telah dirumuskan pada kasus dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah yang telah diteliti pada tanggal jumat 19-24 April 2024 di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare ruangan Seruni 1. Implementasi yang telah dilaksanakan, yaitu:

1) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia

2) Memonitor kadar glukosa darah

3) Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia

4) Memonitor intake dan output cairan

5) Menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 200mg/dl

6) Menganjurkan kepatuhan terhadap diit

7) Mengkolaborasi pemberian insulin.

Aktifitas fisik yang dilakukan pasien dengan durasi tiga kali dalam seminggu juga dapat + mengoptimalkan glukosa darah (Houle et al., 2015b). Selain itu peneliti juga mengedukasi pentingnya olahraga pada penderita DM. Olahraga dapat meningkatkan sensitivitas insulin, sedikit meningkatkan kontrol glikemik, mengurangi risiko cardiovaskular, berkontribusi terhadap penurunan berat badan, meningkatkan kesejahteraan. Latihan fisik harus sesuai dengan umur dan status kesegaran fisik serta I dilakukan secara berkala (Dipiro et al., 2020). Latihan pada penderita diabetes meningkatkan sensitivitas insulin dan memungkinkan kontrol kadar gula darah. Latihan yang dianjurkan adalah bentuk bentuk latihan aerobik seperti jalan cepat, bersepeda santai, jogging, dan berenang (Febrinasari et al., 2020).

e. Evaluasi

Evaluasi merupakan bagian terpenting dari proses keperawatan setelah pengkajian berkelanjutan yang dilakukan pada tahap implementasi. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui apakah ada perkembangan yang dialami oleh pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan terhadap kedua pasien selama 3 hari, peneliti mengevaluasi dengan hasil yaitu : pada pasien 1 masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi dimana mengantuk menurun, pusing menurun, lelah atau lesuh menurun, rasa lapar menurun, dan kadar glukosa dalam darah membaik (GDS: 195mg/dl). Sedangkan pada pasien 2 masalah yang dialami tidak teratasi sepenuhnya dimana pasien mengatakan masih pusing saat beraktivitas, pasien mengatakan masih nyeri pada kaki sebelah kanan post amputasi 1 minggu yang lalu, pasien mengatakan lemas. Tampak luka pada kaki kanan pasien post amputasi 1 minggu yang lalu, pasien tampak lemas, dan GDS: 310 mg/dl. Namun setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah mulai menurun, akan

tetapi waktu tersebut sangat kurang untuk memonitor kadar glukosa darah dan memonitor intake dan output pasien.

Maka kesimpulan setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari berturut-turut didapatkan hasil pada pasien 1sudah mengalami penurunan kadar glukosa darah dan pasien dapat dipulangkan pada hari ke-3. Sedangkan pada pasien 2 didapatkan hasil dimana masalah yang dialami tidak teratasi dan masih membutuhkan tindakan keperawatan yang lebih lanjut.

KESIMPULAN

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada kedua klien dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah (Hiperglikemia). Penelitian ini dilakukan di RSUD Andi Makkasau Kota Parepare di ruang seruni 1, Maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang di buat berdasarkan laporan kasusu adalah sebagai berikut:

- 1) Hasil pengkajian yang sudah dilakukan pada kedua pasien di dapatkan bahwa pada pemeriksaan fisik serta tanda dan gejala yang di alami oleh klien yang masuk dalam batasan karakteristik pasien Diabetes Melitus dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia), Namun kedua pasien terdapat perbedaan. yakni Pasien 1 dengan GDS 361 mg/dl dan tidak memiliki Luka, Sedangkan pada pasien II GDS 412 mg/dl dan memiliki luka pada kaki kanan (post amputasi) seminggu yang lalu.
- 2) Diagnosa keperawatan yang digunakan sesuai dengan SDKI 2017, SLKI 2019, SIKI 2018 yaitu Ketidaksatilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Hiperglikemia berdasarkan hasil data pengkajian pada Ny. S dan Ny. S. Adapun tanda dan gejalanya yaitu meningkatnya kadar glukosa darah (Hiperglikemia) pada kedua pasien.
- 3) Perencanaan atau intervensi yang di berikan kepada kedua klien dengan diagnose ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Hiperglikemia berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).
- 4) Implementasi Pelaksanaan pengelolaan keperawatan dasar berdasarkan intervensi yang telah di susun oleh penulis, Hal ini dilakukan untuk mempertahankan dan memulihkan kesehatan pasien.
- 5) Evaluasi setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari berturut-turut didapatkan hasil pada pasien 1sudah mengalami penurunan kadar glukosa darah dan pasien dapat dipulangkan pada hari ke-3. Sedangkan pada pasien 2 didapatkan hasil dimana masalah yang dialami tidak teratasi dan masih membutuhkan tindakan keperawatan.

SARAN

- 1) Bagi pasien dan keluarga

Diharapkan bagi pasien dan keluarga bisa melakukan perawatan dan membantu pasien untuk selalu mematuhi diet sehat, mengontrol porsi makanan, membatasi konsumsi gula dan karbohidrat serta minum air yang cukup agar proses penyembuhan luka cepat.

2) Bagi tenaga kesehatan

Untuk tenaga kesehatan terkhusus perawat dalam melakukan Asuhan keparawatan pada Pasien DM dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) agar di tingkatkan tindakannya untuk mendorong klien dan memberikan edukasi untuk menjaga pola hidup sehat dalam sehari hari dalam membantu proses penyembuhan.

3) Bagi Penulis selanjutnya

Hasil Laporan dapat digunakan sebagai bahan informasi dan referensi penulis selanjutnya yang berkaitan dengan asuhan keperawatan diabetes mellitus dengan fokus studi ketidakstabilan kadar glukosa darah (Hiperglikemia).

DAFTAR PUSTAKA

- Adiningsih, P. (2022). Askep Pada Pasien DM Tipe 2 Dengan Manajemen hiperglikemia.<https://tinyurl.com/ye7rzpex>.
- Adrian, K. (2022). Berapa Banyak Gula Untuk Penderita Diabetes Yang Diperbolehkan?ALODOKTER.<https://www.alodokter.com/berapa-banyak-gula-untuk-penderita-diabetes-yang-diperbolehkan>.
- American Diabetes Melitus, U. N., Wurjanto, M. A., Kusariana, N., & Susanto, H. S. (2022) Hubungan Kualitas Tidur dengan Kontrol Glikemik pada Penderita Diabetes Melitus Systematic Review Jurnal Epidemiologi Kesehatan Komunitas,7(1), 411-422 <https://doi.org/10.14710/jekk.v7i1.13310>
- Azis, W. A., Muriman, L. Y., & Burhan, S. R. (2020). Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Gaya Hidup Penderita Diabetes Mellitus. Jurnal Penelitian Perawat Profesional, 2(1), <https://doi.org/10.37287/jppp.v2i1.52> 105-114.
- Bhatt, H., Saklani, S., & Upadhyay, K. (2016). Anti-oxidant and anti-diabetic activities of ethanolic extract of Primula Denticulata Flowers. Indonesian Journal of Pharmacy,27(2),<https://doi.org/10.14499/indonesianjpharm27iss2pp74-74-79>.
- Dewi, R. (2022). Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diabetes Mellitus.DEEPUBLISH.<https://tinyurl.com/yrjsyjef>.
- Dewi, Sumardiyono, & Suri, I. K. (2019) Neuropan Diabetika Kontribusi Karakteristik Individu Lama Saku Merokok, dan Hiperglikemi. Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia, 17, 1-5.
- Dina, R., Kusuma, N., Sebayang, S. M., & Wibowo, T. H. (2023). Asuhan Keperawatan pada pasien dengan kadar glukosa darah tinggi, <https://journals.prosciences.net/index.php/jnep/article/view/141/76> 235-241.

Fatmawaty, D. (2019). Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Mellitus dengan Masalah Keperawatan Tingginya kadar glukosa dalam darah di RSUD Dr. Hardjono Ponorogo. <http://eprints.umpo.ac.id/5036/>

Farid, Nash, D., Wan, D., & Anand, S. S. (2022) Building Your Peripheral Artery Disease Toolkit Medical Management of Peripheral Artery Disease m 2022. CanadianJournalofCardiology,38(5),634-644.
<https://doi.org/10.1016/j.cjca.2022.02.004>

Febryanti,& Emiliandry. (2022). Perawatan Diabetes.CV, MEDIA SAINS INDONESIA.<https://www.studocu.com/id/document/universitas-tanjungpura/program-studi-profesi-ners/sop-perawatan-luka-dm/32703040>.

Febrinasari, Nash, D., Wan, D., & Anand, S. S. (2020) Building Your Peripheral Artery Disease Toolkit Medical Management of Peripheral Artery Disease m 2022. CanadianJournalofCardiology,38(5),634-644.
<https://doi.org/10.1016/j.cjca.2022.02.004>

Gustini & Scuyohoto, L. S. 1. (2022) Mohd Izku P

Hall. J. E.,& Guyton. (2023). Text Book of Medical Physiologi (14th ed.). Elyse O'Grady.https://www.google.co.id/books/edition/Guyton_and_Hall_Textbook_ofMedical_Phys/H1rrDwAAQBAJ?hl=id&gbv=1&dqdbook-tonedical+ph

Handayani, L. T. (2022). Studi Meta Analisis Perawatan Hiperglikemia PadaPasien DiabetesDengan Modern Luh Tits Handayani, 6(2), 149- 159.

Handayani, V. (2020).2 Fungsi Utama Pankreas Pada Tubuh. HALODOC <https://tinyurl.com/yze9s5fu>

Harismanto, D. (2021). Telaah Komprehensif Diabetes Melitus: Klasifikasi, Gejala, Diagnosis, Pencegahan, Dan Pengobatan. Jurnal Bioteknologi & Biosains Indonesia (JBBI), 7(2), 304-317. <https://doi.org/10.29122/jbbi.v7i2.4209>

Humaidah, & Arzika, V. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Pada Diabetes Mellitus Tipe 2 Di RS Islam Masyithoh Bangil Pasuruan. Dm, 12-26. <https://tinyurl.com/2ktu5xvh>

Kartika, R. W. (2020). Pengelolaan Tingginya kadar glukosa dalam darah. Continuing Medical Education-Cardiology, 44(1), 18-22.

Kemenkes RI. (2019). Apa saja komplikasi dan akibat dari diabetes. P2PTM.

Kementerian Kesehatan RL. (2020). Infodatin tetap produktif, cegah, dan atasi Diabetes

Melitus 2020.In Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI (pp. 1-10).

Kementerian Kesehatan RI. (2022). Diabetes Mellitus Adalah Masalah Kita.<https://tinyurl.com/mkshsd4y>

Kurniawan, W., & Agustini, A. (2021).Metodologi Penelitian Kesehatan dan Keperawatan. CV. RUMAH PUSTAKA. <https://tinyurl.com/bdz6zec6>

Larastining Retno Wulandari. (2022). Mengenal Anatomi pankreas.Hellosehat.<https://hellosehat.com/penyakit-kulit/struktur-kulit-manusia/>

Lestari, Zulkarnain, & Sijid, S. A. (2021). Diabetes Melitus: Review Etiologi, Patofisiologi, Gejala, Penyebab, Cara Pemeriksaan, Cara Pengobatan dan Cara Pencegahan. UIN Alauddin Makassar, November, 237-241. <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/psb>

Lii., & Indah, S. W (2023) Habungan Antara Diabetes Melius Dengas Glaukoma. 04(02), 3280-3292.

Maria, I. (2021). Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus dan Asuhan Keperawatan.

McAlister.Lis plunt, R. (2021).Anatomy, Skin (Integument), Epidermis.StatPearls.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>.

Mangkuliguna dan Ramadhan.(2021). Kejadian ulkus berulang pada penderitan diabetes mellitus. Jurnal Kesehatan, 4 No 209), 91-100.

Mansyah (2021) Pengelolaan Gangren Kaki Datetik, Continuing Education: Jakarta. Continuing Medical Folicum, FAIL 18-22

Mawaddah, yusrotur nurul (2022).Pengelolaan Pada Pasien Dengan Kadar glukosa darah tinggi Diabetes Mellitus Di Ruang ICU RSU Medika Purbalingga.Diabetes Mellitus.<https://tinyurl.com/2s4jpdb9>

Nursing, Merentek, G. A., & Yunus, S. (2014) Ipswich Touch Test Sebagai Metode Sederhana Dalam Mendeteksi Diabetic

Pangestika, H. Ekawati, D., & Murni, N. S. (2022). FaktorR-FaktorYang Berhubungan Dengan Kejadian Diabtes Mellitus Tipe 2 Pendahuluan Saat ini penyakit Diabetes Melitus (DM) merupakan masalah kesehatan yang sering dikeluhkan oleh masyarakat di dunia karena pola kejadiannya Organisasi mengalami Internat. 7, 132-150.

PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator

Diagnostik (1st ed.). DPP PPNI

Pranata.(2020) Asuhan keperawatan pada pasien DM dengan Hiperglikemia.,Jurnal penelitian.

Rahma, & Walid (2019) Dasar Metodologi Penelitian, 1-109.

Ramadhina, A., Sulistyaningsih, D. R., & Wahyuningsih, I. S. (2022).Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus (DM) dengan Kadar Glukosa Darah pada Pasien DM di RS Islam Sultan Agung Semarang. Jurnal Ilmiah Sultan Agung, September, 857-868.

Raimundus, Sulistyaningsih, D. R., & Wahyuningsih, I. S. (2022).Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus (DM) dengan Kadar Glukosa Darah pada Pasien DM di RS Islam Sultan Agung Semarang. Jurnal Ilmiah Sultan Agung, September, 857-868.

saputra, L. D. (202). Hydroterapi Minum Air Putih Untuk Menurunkan Kadar Gula Darah Sewaktu (GDS). Holistik Jurnal Kesehatan, 16(5), 464-470.

Sulastri, Yuniatun, R. S., & Susanto, A. (2021). Implementasi Jus Buah Pare pada Perawatan Pasien Diabetes Mellitus Dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Gula Darah Di Ruang Kenari Atas RSUD Ajibarang. Jurnal Inovasi Penelitian, 3(4), 5717-5724.

Suryanti, Asikin, M., & Semana, A. (2021).Hubungan Efektivitas Pelayanan Perawat dengan Kepuasan Pasien Diabetes Melitus di Rumah Sakit Umum Lasinrang Kabupaten Pinrang.Jurnal Ilmiah Kesehatan, 17(3), 32-36.