

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengkajian

Berdasarkan studi kasus penulis melukan penelitian di RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang yang terleyak di Jalan Rumah Sakit Umum Serang No. 1 Cipare kec. Serang Kota Serang, Banten. Rumah sakit tersebut sudah beridiri sejak 1938 dengan nama awal RS. Umum Daerah kota serang.

Beberapa fasilitas yang ada di RSUD dr. Dradjat Prawiranegara antara lain pelayanan gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, pelayanan medis, peelayanan penunjang, dan pelayanan administrasi (rekam medik).

Dalam studi kasus ini penulis menggunakan ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang terdiri dari ruangan awal pemeriksaan pasien dan penggolongan pasien dari yang ringan sampai berat yaitu ruangan Triage dan ruangan selanjutnya adalah tempat pasien dengan kategori P1 sampai P4

4.1.2 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Tabel 4.1 Identitas Pasien

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Tn.S	Ny.B
Jenis kelamin	Laki-laki	Perempuan
Usia	77 Tahun	63 Tahun
Status Perkawinan	Cerai mati	Menikah
Agama	Islam	Islam
Suku Bangsa	Sunda	Sunda
Pendidikan	S1	SMA
Bangsa yang digunakan	Indonesia	Indonesia
Pekerjaan	Pensiunan	Wirausaha
Alamat	Kp. Salam, RT/RW 001/004, Kec. Sobang	Kp. Ciandur, RT/RW 009/001, Kec. menes
Tanggal Masuk	17-03-2022	24-03-2022
Tanggal Pengkajian	17-03-2022	24-03-2022
No. RM	00.45.97.88	00.29.72.62
Ruang	IGD	IGD
Sumber Informasi	Keluarga Pasien	Klien dan keluarga
DX. medis	Hipoglikemia	Hipoglikemia

2. Riwayat Penyakit

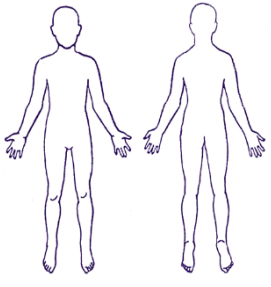
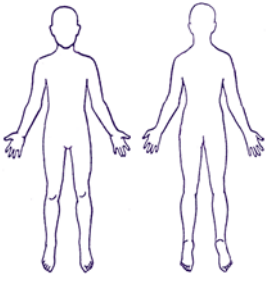
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama	Penurunan kesadaran.	Klien mengatakan lemas dan tidak bisa menggerakkan badanya.
Riwayat Penyakit Sekarang	<p>Pasien datang ke RS Dr. Dradjat Prawiranegara pada tanggal 17 maret 2022 dengan tak sadarkan diri, saat dikaji (17 maret 2022)</p> <p>P : Keluarga klien mengatakan sebelumnya pasien mengeluh lemas dan tidak nafsu makan</p> <p>Q : Sebelumnya pasien mengeluh sangat lemas</p> <p>R : Lemas yang dirasakan seluruh badan</p> <p>S : Lemas yang di rasakan mengganggu</p> <p>T : Lemas di rasakan setiap saat</p>	<p>Pasien datang ke RS Dr. Dradjat Prawiranegara pada tanggal 25 maret 2022 dengan kondisi lemas (25 maret 2022)</p> <p>P: Klien mengatakan badanya lemas dan pusing</p> <p>Q : Badanya sangat lemas</p> <p>R : Lemas yang di rasakan seluruh badan</p> <p>S : Lemas yang di rasakan sangat mengganggu dan klien hanya bisa berbaring saja</p> <p>T : Lemas yang rasakan hilang timbul, klien mengatakan lemas akan terasa saat terlalu banyak beraktivitas</p>
Riwayat Penyakit Dahulu	Keluarga Klien mengatakan, klien mengidap diabetes melitus tipe 2 sejak 1 tahun yang lalu	Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit diabetes melitus tipe 2 dan juga hipertensi

Riwayat keluarga	Kesehatan	Keluarga klien di dalam keluarganya ada yang memiliki penyakit keturunan Diabetes Mellitus dari ibu pasien	Klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit serius seperti diabetes dan juga hipertensi
------------------	-----------	--	---

Tabel 4.3 Pengkajian Primer

PENGAJIAN PRIMER KLIEN 1 Tn. S	PENGAJIAN PRIMER KLIEN 2 Ny. B	TINDAKAN
AIRWAY Bebas Benda asing (-) Sputum (-)	AIRWAY Bebas Benda asing (-) Sputum	Klien 1: - Klien 2 :-
BREATHING Saturasi :89% RR : 22 x/ menit Terpasang Nrm : 10 lpm	BREATHING Saturasi : 95% RR : 20 x/menit Terpasang Nrm : -	Klien 1 : Terpasang Nrm 10 lpm Klien 2 : -
CIRCULATION Td : 95/60 mmhg Nadi : 137 x/menit	CIRCULATION TD : 194/82 Nadi : 82 x/menit	Klien 1 : Terpasang: - Infus Dextrose monohydrate 500 ml (20 tpm)

<p>GDS : 48 mg/dl</p>	<p>Akral : Hangat</p> <p>GDS : 41 mg/dl</p>	<p>- D40 3 Flakon (10 tpm)</p> <p>Klien 2 : Terpasang infus : -Infus Dextrose monohydrate 500 ml (10 tpm) - D40 2 Flakon</p>
<p>DISABILITY</p> <p>Respon to pain (Merespon terhadap rangsangan nyeri)</p> <p>GCS : 7</p> <p>E : 2 V : 2 M : 3</p> <p>Keadaan umum : Sopor</p>	<p>DISABILITY</p> <p>Awake (Bangun)</p> <p>GCS : 12</p> <p>E : 2 V : 4 M : 5</p> <p>Keadaan umum : Somnolen</p>	<p>Klien 1 : -</p> <p>Klie 2 : -</p>
<p>EXPOSURE</p> <p>Muka Belakang</p>  <p>Tidak ada tanda tanda kelainan</p>	<p>EXPOSURE</p> <p>Muka Belakang</p>  <p>Tidak ada tanda kelainan</p>	<p>Klien 1 :-</p> <p>Klien 2 :-</p>

--	--	--

3. Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.4 Pengkajian Sekunder

No	Pemeriksaan Fisik	Tn. S	Ny. B
1.	Kesadaran	Somnolen	Composmentis
2.	Tanda-tanda vital	<p>GCS 8</p> <p>Eye :7 V: 2 M: 3</p> <p>TD : 95/60 mmhg</p> <p>S : 37,5 c</p> <p>N : 137 x/ menit</p> <p>R : 22x/menit</p> <p>BB : 40 kg</p> <p>TB : 157 cm</p> <p>IMT : $BB(kg)/TB(m)^2 = (40/(157/100)^2) = 15,6$</p> <p>Berat badan kurang</p>	<p>GCS 15</p> <p>E: 4 V: 5 M: 6</p> <p>TD : 194/82 mmhg</p> <p>S : 36,5 c</p> <p>N : 82 x/menit</p> <p>R : 20 x/menit</p> <p>BB: 46 kg</p> <p>TB : 160 cm</p> <p>IMT: $BB(kg)/TB(m)^2 = (45/(160/100)^2) = 17,5$</p> <p>Berat badan kurang</p>
Pemeriksaan Head to toe			
Klien 1		Klien 2	
Kepala dan leher : Normalcephali		Kepala dan leher : Normalcephali	
Dada : Simeteris		Dada : simetris	
Abdomen : tidak ada pembengkakan, tidak ada jejas		Abdomen : tidak ada pembengkakan, tidak ada jejas	

Pelvis dan eksremitas : akral dingin	Pelvis dan eksremitas : akral hangat
Anamnesis Kompak	
<p>Klien 1</p> <p>Keluhan : Pasien datang ke RS Dr. Dradjat Prawiranegara pada tanggal 17 maret 2022 dengan tak sadarkan diri.</p> <p>Obat : Cefixim, mecobalamin, lansoprazole, sucralfat, pregabalin</p> <p>Penyakit : Diabetes melitus tipe 2</p> <p>Alergi : Tidak ada</p> <p>Kejadian : Keluarga klien mengatakan, pasien mengalami lemas dan juga tidak nafsu makan sejak 3 hari yang lalu dan ada penurunan kesadaran sejak pagi</p>	<p>Klien 2</p> <p>Keluhan : Pasien datang ke RS Dr. Dradjat Prawiranegara pada tanggal 25 maret 2022 dengan kondisi lemas</p> <p>Obat : -</p> <p>Penyakit : Diabetes melitus tipe 2</p> <p>Alergi : Tidak ada</p> <p>Kejadian : Klien mengatakan merada lemas sejak 2 hari yang lalu kemudia di hari ke 3 klien mengatakan lemas yang di rasakan semakin parah dan membuat sulit menggerakkan anggota badanya</p>

4. Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan	Klien 1	Klien 2
GDS AWAL	48 mg/dL	41 mg/dL
LAB	Hematologi 1. Hemoglobin (12,7 mg/dL) 2. Hematoktri (38 %) 3. Leukosit (13,250/uL) 4. Tromnosit (41.000/uL)	Hematologi 1. Hemoglogin (7,6 mg/dl) 2. Hematokrit (24 %) 3. Leukosit (6,470/uL) 4. Trombosit (138.000/uL) Kimia Klinik Fungsi Ginjal 1. Ureum (154 mg/dl) 2. kreatinin (11,1 mg/dl)
Hasil EKG	Sinus Takikardia (Peningkatan detak jantung tak beraturan)	Sinus Aritmia (Perubahan irama jantung menjadi cepat atau lebih lambat)
Hasil Rotgen	Belum di ketahui	Belum di ketahui

5. Terapi obat yang di berikan

4.6 Tabel terapi obat

Klien 1	Klien 2
1. D40 3 Flakon (10 tpm) 2. Dextrose monohydrate 500 ml (20 tpm) 3. Inj. Ceftriaxone 2x1 g 4. Inj. Omeprazole 1x1 vial Inf. Paracetamol 1x1 gr	1. Bolus D40 2 flakon 2. Levofloxacin 1x750 mg 3. Furosemid 2x40 mg 4. Amlodipin 10mg/24jam 5. Omeprazol 40mg/24jam 6. Inf. Nacl 7. Inf dextrose monohydrate

4.1.3 Analisa Data

4.7 Tabel Analisa Data

Analisa Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
Klien 1 Tn. S Data subjektif : <ul style="list-style-type: none"> ● Klien tidak sadar ● Keluarga mengatakan sebelum tidak sadarkan diri klien merasa lemas Data Objektif <ul style="list-style-type: none"> ● TD : 95/60 mmhg ● N : 137 x/menit ● S : 37,5 C 	Sel beta pankreas terganggu ↓ Defisiensi glukosa ↓ Gula darah menurun ↓ Penurunan keadaran ↓ Hipoglikemia	Ketidakstabilan kadar glukosa darah

<ul style="list-style-type: none"> ● RR : 22 x/menit ● Spo: 89% ● TB : 157 cm ● BB : 40 kg ● IMT: 15,6 (BB kurang) ● GDS : 48 mg/dl 		
<p>Klien 2 Ny.B</p> <p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Klien mengatakan merasa lemas seluruh tubuh dan juga merasa pusing ● Klien mengatakan lemas yang di rasakan mengganggu aktivitas <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● TD : 194/82 mmhg ● S : 36,5 C ● N : 82 x/menit ● RR : 20 x/menit ● Spo : 95% ● TB : 160 cm ● BB : 46 kg ● IMT: 17,5 (BB kurang) ● GDS: 41 mg/dl 	<p>Sel beta pankreas terganggu</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Defisiensi glukosa</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Gula darah menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Hipoglikemia</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

4.8 Tabel diagnosa keperawatan

Pasien	Data Pasien	Diagnosa Keperawatan
Tn.S	<p>Klien 1</p> <p>Tn. S</p> <p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none">• Klien tidak sadar• Keluarga mengatakan sebelum tidak sadarkan diri klien merasa lemas <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none">• TD : 95/60 mmhg• N : 137 x/menit• S : 37,5 C• RR : 22 x/menit• Spo: 89%• TB : 157 cm• BB : 40 kg• IMT: 15,6 (BB kurang)• GDS : 48 mg/dl	<p>ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia</p>
Ny. B	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none">• Klien mengatakan merasa lemas selurus tubuh dan juga merasa pusing• Klien mengatakan lemas yang di rasakan mengganggu aktivitas	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia</p>

	<p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD : 194/82 mmhg • S : 36,5 C • N : 82 x/menit • RR : 20 x/menit • Spo : 95% • TB : 160 cm • BB : 46 kg • IMT: 17,5 (BB kurang) • GDS: 41 mg/dl 	
--	--	--

4.1.4 Perencanaan Keperawatan

4.9 Tabel Intervensi Keperawatan

DX. Keperawatan	Tujuan	Intervensi
Tn.S		
Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 jam pasien diharapkan ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran meningkat - Kadar glukosa darah membaik 	<p>Management Hipoglikemia :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia • Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan karbohidrat sederhana, jika perlu • Pertahankan kepatenan jalan napas <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan monitor gula darah

		<ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan interaksi antara diet, insulin/agen oral, dan olahraga • Ajarkan pengelolaan hipoglikemia • Ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia <p>kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian dekstrose, jika perlu • Kolaborasi pemberian glukagon, jika perlu
N.y B		
Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien diharapkan ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi dengan kriteria hasil : - Kadar glukosa darah meningkat -Pusing menurun - lemah/lesu menurun	Management Hipoglikemia : Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia • Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> • Berikan karbohidrat sederhana, jika perlu • Pertahankan kepatenan jalan napas Edukasi <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan monitor gula darah

		<ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan interaksi antara diet, insulin/agen oral, dan olahraga • Ajarkan pengelolaan hipoglikemia • Ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia <p>kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian dekstrose, jika perlu • Kolaborasi pemberian glukagon, jika perlu
--	--	--

4.1.5 Implementasi keperawatan

4.10 Tabel implementasi keperawatan

DX keperawatan	Hari ke-1 Rabu, 17-03-2022	Hari ke-2 Kamis, 18-03-2022	Hari ke-3 Jumaat, 19-03-2022
Tn.S			
Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan penurunan kesadaran	Implementasi	Implementasi	Implementasi
	1.Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia 2.Memonitoring vital sign TD : 95/60 mmhg N : 137 x/menit S : 37,5 C	1. Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia 2 Monitoring vital sign TD : 117/75 mmhg N : 90 x/menit S : 36,5 C	1. Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia 2 Monitoring vital sign TD : 135/77 mmhg N : 76x/menit S : 36 C

	RR : 22 x/menit Spo: 89%	RR: 24x/menit Spo: 86 %	RR: 20 x/menit Spo : 95%
	3. Memonitoring kadar gula darah GDS : 48 mg/dl	3. Monitoring kadar gula darah GDS : 130 mg/dl	3. Monitoring kadar gula darah GDS : 197 mg/dl
	4. Mempertahankan kepatenan jalan napas dengan melakukan pemasangan NRM	4. Mempertahankan kepatenan jalan napas dengan melakukan pemasangan NRM	4. Mempertahankan kepatenan jalan napas dengan melakukan pemasangan NRM
	5. Pemberian terapi awal	5. Pemberian terapi Lanjutan	5. Pemberian terapi Lanjutan
	6. Monitoring tingkat kesadaran	6. Monitoring tingkat kesadaran	6. Monitoring tingkat kesadaran
DX Keperawatan	Hari ke-1 Kamis, 23-03-2022	Hari ke-2 Jumaat, 24-03-2022	Hari ke-3 Sabtu, 25-03-2022
Ny.B			
	Implementasi	Implementasi	Implementasi
Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan penurunan kadar gula darah	1.Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia (10.00 WIB)	1.Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia	1.Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia

	<p>2.Memonitoring vital sign TD : 198/76 mmhg N : 83x/menit S : 36,2 C RR : 20x/menit Spo: 98%</p>	<p>2.Memonitoring vital sign TD : 166/66mmhg N : 81 x/menit S : 36,7 C RR : 20x/menit Spo: 99%</p>	<p>2.Memonitoring vital sign TD : 165 mmhg N : 80x/menit S : 36,5 C RR : 20 x/menit Spo: 96%</p>
	<p>3. Memonitoring kadar gula darah GDS : 41 mg/dl</p>	<p>3. Memonitoring kadar gula darah GDS : 120 mg/dl</p>	<p>3. Memonitoring kadar gula darah GDS : 133 mg/dl</p>
	<p>4. Mempertahankan kepatenan jalan napas</p>	<p>4. Mempertahankan kepatenan jalan napas</p>	<p>4. Mempertahankan kepatenan jalan napas</p>
	<p>5. Kolaborasi dengan pemberian terapi</p>	<p>5. Kolaborasi dengan pemberian terapi</p>	<p>5. Kolaborasi dengan pemberian terapi</p>

4.1.6 Evaluasi

4.11 Tabel evaluasi

DX Keperawatan	Hari ke-1 Rabu, 17-02-2022	Hari ke-2 Kamis,18-April2022	Hari ke-3 Jumaat,19-02-2022
Tn.S			
Ketidakstabilan kadar glukosadarah berhubungan dengan penurunan kesadaran	Evaluasi S : Klien mengalami penurunan kesadaran O : - Klien tampak lemas dan lemah - Mukosa bibir kering -Terpasang infus Dextrose monohydrate 500 ml (20 tpm) TD : 95/60 mmhg N : 137 x/menit S : 37,5 C RR : 22 x/menit Spo: 89% GCS : 7 GDS : 48 mg/dl A :	Evaluasi S : Klien mengatakan gelisah O : - Keadaan klien lemah -Klien sesekali mengamuk - Terpasang infus Nacl 500 ml (20 tpm) TD : 117/75 mmhg N : 90 x/menit S : 36,5 C RR: 24x/menit Spo: 86 % GDS : 130 mg/dl GCS : 8	Evaluasi S : Klien mengatakan rasa gelisah sudah mulai menurun O : - Keadaan klien masih lemah - Mengamuk (-) TD : 135/77 mmhg N : 76x/menit S : 36 C RR: 20 x/menit Spo : 95% GDS : 197 mg/dl GCS : 15

	<p>Ketidakstabilan kadar glukosadarah berhubungan dengan hipoglikemia belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p>	<p>A : Ketidakstabilan kadar glukosadarah berhubungan dengan hipoglikemia belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	<p>A : Ketidakstabilan kadar glukosadarah berhubungan dengan hipoglikemia belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
DX Keperawatan	Hari ke-1 Kamis, 23-03-2022	Hari ke-2 Jumaat, 24-03-2022	Hari ke-3 Sabtu, 25-03-2022
Ny.B			
	Evaluasi	Evaluasi	Evaluasi
Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan penurunan kadar gula darah	<p>S : Klien mengatakan badanya terasa lemas</p> <p>O : - Keadaan klien compomentis - Klien tampak lesu - Mukosa bibir kering</p> <p>TD : 198/76 mmhg N : 83x/menit S : 36,2 C RR : 20x/menit Spo: 98% GCS: 15 GDS : 41 mg/dl</p>	<p>S : Klien mengatakan badanya tidak terlalu lemas</p> <p>O: - Keadaan klien composmentis - Klien sudah mulai bisa menggerakkan badanya</p> <p>- Lesu (-) -Mukosa bibir lembab</p> <p>TD : 166/66mmhg N : 81 x/menit S : 36,7 C RR : 20x/menit Spo: 99% GDS : 120 mg/dl</p>	<p>S : Klien mengatakan badanya sudah lebih baik dari sebelumnya</p> <p>O: -Klien tampak tidak lemas lagi -Klien bisa menggerakkan badanya secara normal</p> <p>- lesu (-) TD : 165 mmhg N : 80x/menit S : 36,5 C RR : 20 x/menit Spo: 96% GDS : 133 mg/dl</p>

	<p>A : Ketidakstabilan kadar glukosadarah berhubungan dengan hipoglikemia belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	<p>A : Ketidakstabilan kadar glukosadarah berhubungan dengan hipoglikemia belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p>	<p>A : Ketidakstabilan kadar glukosadarah berhubungan dengan hipoglikemia belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
--	---	---	--

4.2 Pembahasan

Dalam studi kasus ini di pilih 2 pasien sebagai subjek studi kasus yaitu klien 1 (Tn.B) dan klien 2 (Ny.B). Kedua subjek sudai sesuai dengan kriteria yang ditetapkan. Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan Diabetes melitus tipe 2 dengan hipoglikemia ditemukan data yang mendukung diagnosa keperawatan diatas yaitu pasien mengalami penurunan kesadaran, pusing, pandangan mata kabur, badan terasa lemas dan juga lesu. Dalam pembahasan ini mencakup semua tahap proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, dan evaluasi.

4.2.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian klien 1 (Tn S) didapatkan data subjektif yaitu adanya penurunan kesadaran akibat kadar glukosa darah di bawah batas normal yaitu 90-110 mg/dl, dan data objektif yang di dapatkan pada klien 1 yaitu Td 95/60 mmhg,

Suhu 37,5 c, Nadi 137x/menit, RR 22x/menit, Bb 40 kg pada saat datang ke igd klien mengalami penurunan kesadaran. Selain itu di dapatkan hasil pemeriksaan gula darah sewaktu yaitu 48 mg/dl

Sedangkan pada klien 2 (Ny.B) didapati hasil pengkajian data subjektif yaitu klien mengeluh lemas dan pusing. Dan data objektif yang di dapatkan dari klien ke 2 yaitu Td 194/82 mmhg, Suhu 36,5c, nadi 82x/menit, RR 20x/menit, Bb 46 kg pada saat datang ke igd klien dalam keadaan sadar. Selain itu di dapatkan hasil pemeriksaan gula darah sewaktu yaitu 41 mmhg.

Sehingga berdasarkan data dari kedua pasien diatas tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dengan yang terjadi pada kedua pasien.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data-data yang di peroleh, maka peneliti menegakan diagnosa utama yaitu Ketidakstabilan kadar glukosa darah . Pada pasien Tn. B menemukan adanya beberapa diagnosa yang muncul pada saat pengkajian namun peneliti hanya memfokuskan satu diagnosa yaitu: Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia

Alasan penulis mengangkat diagnosa tersebut karena di dukung oleh data-data seperti hasil pengkajian data subjektif klien yaitu adanya penurunan kesadaran, penurunan kadar glukosa darah, dan juga lemas. Adapun data objektifnya adalah Td 95/60 mmhg, Suhu 37,5 c, Nadi 137x/menit, RR 22x/menit, Bb 40 kg dan hasil pemeriksaan gula darah sewaktu yaitu 48 mg/dl.

Pada klien yang ke 2 yaitu (Ny.B) didapatkan data subjektif yaitu klien mengeluh lemas dan pusing. Dan data objektif yang di dapatkan dari klien ke 2 yaitu Td 194/82 mmhg, Suhu 36,5c, nadi 82x/menit, RR 20x/menit, Bb 46 kg pada saat datang ke igd klien dalam keadaan sadar. Selain itu di dapatkan hasil pemeriksaan gula darah sewaktu yaitu 41 mmhg. Pada Ny.B peneliti menemukan beberapa diagnosa yang muncul pada saat pengkajian akan tetapi peneliti hanya memfokuskan pada satu diagnosa yaitu Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan

hipoglikemia Alasan penulis mengangkat diagnosa tersebut karena didukung oleh data-data seperti adanya lemas, penurunan kadar glukosa darah dan juga pusing.

Sehingga data yang didapat dari kedua klien tersebut sesuai dengan teori cukup mendukung dan mengangkat diagnosa keperawatan yaitu Ketidakstabilan kadar glukosa darah.

4.2.3 Intervensi keperawatan

Berdasarkan data-data yang di peroleh, maka penulis membuat intervensi pada kedua klien tersebut sesuai dengan SDKI dan SLKI yaitu sebagai berikut : mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemi, monitorin kadar gula darah, dan monitoring tingkat kesadaran pasien. Semua perencanaan yang di berikan kepada kedua klien sudah sesuai dengan teori yang ada dalam perencanaan dan peneliti menyusun rencana tersebut sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah di tetapkan. Perencanaan ini tidak mendapatkan kesulitan karena penulis menyusun rencana tindakann keperawatan sesuai dengan data-data masalah yang didapat dari hasil pengkajian pasien. kesenjangan antara teori dan kasus, perencanaan pada intervensi dilakukan sesuai dengan kasus.

4.2.4 impelmentasi keperawatan

Implementasi dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah di buat untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Peneliti melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan pada pasien, hanya saja adanya beberapa hambatan karena tidak semua rencana dapat dilaksanakan secara optimal, berkaitan dengan keterbatasan waktu dan yang lainnya. Penulis telah melakukan beberapa impelmentasi keperawatan kepada kedua klien sesuai dengan intervensi sesuai dengan SDKI dan SLKI yaitu sebagai berikut : mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemi, monitorin kadar gula darah, dan monitoring tingkat kesadaran pasien. Disamping itu penulis juga memonitori kadar glukosa sewaktu (GDS) sehingga dapat mengetahui jika terjadi peningkatan GDS di dalam tubuh. Impelmentasi tersebut dilakukan pada klien 1 (Tn.S) dan klien 2 (Ny.B). Pada saat melakukan implementasi dengan kedua

pasien peneliti tidak mendapat hambatan, karena pasien dan masing-masing keluarga pasien sangat kooperatif

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada kedua pasien mempunyai kesamaan yaitu setiap harinya kedua pasien menunjukkan peningkatan yang positif. Pada klien pertama (Tn.B) pada pengkajian pertama kondisi klien masih belum stabil dengan keadaan tidak sadar dan dengan data objektif Td 95/60 mmhg, Suhu 37,5 c, Nadi 137x/menit, RR 22x/menit, Bb 40 kg dan hasil pemeriksaan gula darah sewaktu yaitu 48 mg/dl dan masalah belum teratasi, kemudian di hari ke 2 kondisi klien mulai ada peningkatan yaitu sudah mulai stabil dengan data objektif TD : 117/75 mmhg N : 90 x/menit S : 36,5 C RR: 24x/menit. Dan pada hari ketiga keadaan pasien masih lemas dan kesadaran pasien menurun dan adanya peningkatan kadar gula darah yaitu sebesar GDS : 120 mg/dl. dan pada hari ketiga kondisi pasien masih lemas akan tetapi ada peningkatan dan intervensi di hentikan. Kemudian pada klien 2 (Ny.B) juga di dapati kondisi yang terus membaik pada pengkajian pertama di dapati klien masih lemas dan juga pusing adapun data objektifnya Keadaan klien compomentis Klien tampak lesu Mukosa bibir kering TD : 198/76 mmhg N : 83x/menit S : 36,2 C RR : 20x/menit Spo: 98% GCS: 15 GDS : 41 mg/dl pada hari pertama masalah belum teratasi dan kadar glukosa dalam darah klien masih di bawah batas norma, kemudian pada hari kedua keadaan klien mulai membaik dengan data objektif TD : 166/66mmhg N : 81 x/menit S : 36,7 C RR : 20x/menit Spo: 99% dan pemeriksaan kadar gula darah 120 mg/dl.

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan bahwa kedua pasien sama-sama mengalami ketidakstabilan kadar glukosa di dapatkan perbedaan dalam pengkajian pada klien 1 dan klien 2 yaitu, pada klien 1 terdapat penurunan kesadaran pada hari pertama dengan GDS : 48 mg/dl dan pada hari ke-2 ada peningkatan kesadaran dan